

Construir caminhos para a promoção da saúde dos Idosos: a interdisciplinaridade

Maria Clara Duarte Monteiro

D
2025



Maria Clara Duarte Monteiro .

Construir caminhos para a promoção da saúde dos Idosos: a
interdisciplinaridade

D.ICBAS 2025



Maria Clara Duarte Monteiro

Construir caminhos para a promoção da saúde dos Idosos: a interdisciplinaridade



MARIA CLARA DUARTE MONTEIRO

CONSTRUIR CAMINHOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS IDOSOS: A INTERDISCIPLINARIDADE

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar/Universidade do Porto.

Orientador - Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins

Categoria - Professor Coordenador

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do Porto /Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar Universidade do Porto

Coorientador - Doutora Soraia Dornelles Schoeller

Categoria - Professora Associada

Afiliação - Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

O *trabalho em equipa* eficaz
entre os profissionais de saúde não é apenas
uma questão de somar *competências* individuais,
mas de *integrar saberes*,
promover a *comunicação aberta*
e construir uma *cultura de confiança e respeito mútuo*.

Quando as equipas funcionam com *coesão e objetivos partilhados*,
o impacto na *segurança do utente* e na *qualidade dos cuidados* é *inegável*.

(Salas, Rosen & King, 2007)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Manuela Martins, orientadora deste trabalho, pela forma como partilha todo o seu saber, pela sua capacidade de tornar fácil o difícil e pela oportunidade de parceria no desenvolvimento deste percurso.

À Professora Doutora Soraia Schoellher, coorientadora deste estudo, pelo acompanhamento ao longo dos últimos anos e pela disponibilidade durante a elaboração desta tese.

À minha família, pelo apoio incondicional em todas as minhas decisões, respeito, incentivo, amor, presença e por acreditarem em mim em todo o meu percurso.

Aos meus amigos por toda a amizade, carinho, colaboração e incentivo, obrigada por estarem sempre lá.

A todos os enfermeiros, médicos e assistentes sociais que participaram neste estudo, que tão prontamente se disponibilizaram para responder às solicitações, o meu sincero reconhecimento e agradecimento.

A ti Pai, sei bem o quanto orgulhoso estás e sei que estarás sempre comigo neste caminho.

A todos a minha profunda gratidão!

Lista de Publicações

Artigo 1

Monteiro, M. C. D., Martins, M. M., Schoeller, S. D., & Antunes, L. (2021). Elder health care: Interdisciplinary health team. *Revista Baiana de Enfermagem*, 35, e36702. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v35.36702>

- Revista Baiana de Enfermagem, indexada em: SCOPUS; LILACS; BDENF; BVS; CINAHL; CUIDEN; Academic Search Complete; latindex; PERIÓDICA.
- Qualis B2. Quartil: Q4; SJR: 0,19

Artigo 2

Monteiro, M. C. D., Martins, M. M., & Schoeller, S. D. (2022a). Evaluation of the health level of the elderly: Patient care team considerations. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(1), e20201277. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1277>

- Revista Brasileira de Enfermagem, indexada em: BDENF; CINAHL; CUIDEN; DOAJ; ESCI; EBSCO; Google Scholar; latindex; LILACS; MEDLINE; OAJI; PERIÓDICA; ProQuest; PubMed; Redalyc; SciELO; SCOPUS; SJR; SIIC Data Bases; Ulrich's International Periodicals Directory.
- Qualis B1. Quartil: Q2; SJR: 0,43

Artigo 3

Monteiro, M. C., Martins, M. M., & Schoeller, S. D. (2022b). Consensus on scales for an interdisciplinary health assessment tool for the elderly population. *Revista Rene*, 23, e7847. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222378471>

- Revista Rene de Enfermagem, indexada em: ABCD - Index; BDENF; BVS; CINAHL; CUIDEN; DIADORIM; DIALNET; DOAJ; EBSCO; ERIH PLUS; Google Scholar; LATINDEX; LILACS; MIAR; MIGUILIM; PERIÓDICA; Portal oasisbr; Portal Periódicos CAPES; RedEdit; REDALYC, Espanha e Portugal; Ren@Enf; Sherpa Romeo; Sumários.org; ULRICH'S; WoS - ESCI.
- Qualis B1; Quartil: Q3; SJR: 0,23

Artigo 4

Monteiro, M. C. D., Martins, M. M., & Dornelles Schoeller, S. (2022c). Trabalho de equipa no cuidado a pessoas idosas: Especificidades do especialista em

enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(2). <https://doi.org/10.33194/rper.2022.241>

- Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, indexada em: Scopus; SciELO Citation Index; SciELO Portugal; DOAJ; CINAHL; EBSCO; RCAAP; Index; CUIDEN; latindex; ÍNDEXRMP; BNP; Google Académico®; Nursing Journal Directory; REDIB; CiteFactor; DRJI; Academic Resource Index.

Artigo 5

Monteiro, M. C. D., Martins, M. M. F. P. S., & Schoeller, S. D. (2023). Consulta interdisciplinar de saúde para pessoas idosas em Portugal: Atenção primária e hospital. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 44, e20220275. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220275>

- Revista Gaúcha de Enfermagem, indexada em: CINAHL; CUIDEN; EMBASE; LILACS; LAPTOC; LatIndex; MEDLINE/PubMed; MEDLINE Complete - EBSCOhost Research Databases; Scielo Citation Index; SCOPUS; BDENF; BVS Enfermagem; SciELO; Portal de Periódicos da Capes; Rev@Enf - Portal de Revistas de Enfermagem; CCN; Diadorim; DOAJ; Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde; SHERPA/RoMEO;
- Qualis: A2; Quartil: Q3; SJR: 0.32;

Artigo 6

Monteiro, M. C. D., Martins, M. M., & Schoeller, S. D. (2025). Interdisciplinary team interventions with older adults: A consensus study. Submetido para publicação em *Nursing Forum* (em revisão).

- Nursing Forum indexada em: Scopus; Web of Science (ESCI - Emerging Sources Citation Index); PubMed; Embase; UGC CARE.
- Qualis B1; Quartil: Q1; SJR: 0,972.

Introdução: A assistência aos idosos tem-se pautado por um modelo assistencial fragmentado, com centralidade nas condições biomédicas em detrimento de uma intervenção em equipa entre profissionais de saúde e sociais como estratégia para a assistência à saúde dos idosos no âmbito da promoção da saúde. As políticas de saúde orientam para o envelhecimento ativo e saudável para melhorar as condições de vida face à longevidade dos idosos.

Objetivos: Compreender o modelo assistencial em uso na assistência aos idosos; desenvolver uma proposta de intervenção interdisciplinar, valorizando as potencialidades do exercício profissional dos enfermeiros.

Metodologia: Trata-se de uma investigação organizada em duas fases. Na primeira, desenvolvemos um estudo qualitativo com abordagem interpretativa, através de entrevistas a uma amostra intencional de médicos, enfermeiros e assistentes sociais (24 profissionais) de um Agrupamento de Centros de Saúde do norte de Portugal. Deste estudo, resultou um instrumento multidisciplinar para assistência aos idosos. Na segunda, estudo quantitativo de caráter metodológico, cuja metodologia de colheita de dados foi um questionário, aplicado a uma amostra não probabilística em bola de neve, incluindo profissionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde e hospitais públicos da mesma região. Deste resultaram dois estudos de consenso com 101 profissionais; dois estudos descritivos transversais com 291 profissionais e um estudo comparativo com 192 enfermeiros.

Resultados: Do primeiro estudo, verificamos que não possuíam formação em gerontologia e que, na avaliação dos idosos, todos recolhiam dados sobre o estado funcional e social/sociofamiliar, focando-se nos idosos doentes ou dependentes, com partilha de informações distinta e esporádica. No segundo estudo, verificamos que, embora tivessem experiência em gerontologia, a maioria não possuía formação continua na área; na avaliação, utilizavam diversos instrumentos específicos para cada grupo profissional. O estudo de consenso sobre o uso de escalas para idosos revelou discrepâncias entre o que era considerado útil e o que era aplicado na prática. Em relação às intervenções da equipa, obtivemos consenso na área da nutrição (>85%), mas houve falta de consenso no comportamento preventivo e controlo do stress (<38,6%), bem como nas intervenções relacionadas com o estilo de vida saudável. No estudo comparativo, verificamos diferenças nas informações partilhadas, na dependência de ajuda e no suporte para a prática dos enfermeiros especialistas em reabilitação. O estudo transversal destacou particularidades nas práticas de avaliação dos idosos, na partilha de informações e nas reuniões de equipa, tanto nos cuidados de saúde primários quanto hospitalares. Dos estudos, resultou um Modelo de Consulta Interdisciplinar de Saúde da Pessoa Idosa.

Conclusões: A avaliação dos idosos baseia-se em diversos instrumentos e foca-se nos défices. Os profissionais atuam de forma isolada, frequentemente repetindo estratégias já desenvolvidas por outros, evidenciando dificuldades no trabalho em equipa e na interdisciplinaridade. As intervenções são divergentes e não contribuem para a promoção da saúde. Destacam-se os enfermeiros especialistas de reabilitação pela liderança e competências essenciais para uma intervenção coordenada e centrada nas especificidades das pessoas idosas.

Palavras-chave: Profissionais de Saúde. Trabalho em Equipa. Interdisciplinaridade. Promoção da Saúde. Idosos. Enfermagem.

Introduction: The care for the elderly has been characterised by a fragmented model, focused on biomedical conditions, to the detriment of team-based interventions among health and social care professionals as a strategy for elderly health care in the context of health promotion. Health policies aim at active and healthy ageing to improve the quality of life in response to the longevity of older adults.

Objectives: To understand the care model used in elderly care; to develop a proposal for interdisciplinary intervention, valuing the professional potential of nurses.

Methodology: This is research organised in two phases. In the first phase, a qualitative study with an interpretative approach was developed through interviews with an intentional sample of doctors, nurses, and social workers (24 professionals) from a Health Centre Group in northern Portugal. This study led to the development of a multidisciplinary tool for elderly care. In the second phase, a quantitative methodological study was carried out, collecting data through a questionnaire. This was applied to a non-probabilistic snowball sample, including professionals from Health Centre Groups and public hospitals in the same region. The results included two consensus studies with 101 professionals, two cross-sectional descriptive studies with 291 professionals, and one comparative study with 192 nurses.

Results: In the first study, we found that the professionals had no training in gerontology and that, in assessing the elderly, they all collected data on functional and social/socio-familial status, focusing on sick or dependent elderly people, with information sharing being distinct and sporadic. In the second study, although they had experience in gerontology, most professionals did not have continuous training in the area; they used various specific instruments for each professional group in their assessments. The consensus study on the use of scales for the elderly revealed discrepancies between what was considered useful and what was applied in practice. Regarding team interventions, consensus was reached regarding nutrition (>85%), but there was a lack of consensus on preventive behaviour and stress control (<38.6%), as well as on interventions related to healthy lifestyle. In the comparative study, we found differences in the shared information, the need for assistance, and the support for the practice of specialist rehabilitation nurses. The cross-sectional study highlighted particularities in the elderly assessment practices, information sharing, and team meetings in both primary healthcare and hospital settings. As a result of these studies, an Interdisciplinary Health Consultation Model for the Elderly was developed.

Conclusions: The assessment of the elderly relies on various instruments and focuses on deficits. Professionals act in isolation, often repeating strategies already developed by others, highlighting difficulties in teamwork and interdisciplinarity. Interventions are divergent and do not contribute to health promotion. Rehabilitation specialist nurses stand out for their leadership and essential skills for a coordinated and person-centred intervention, focused on the specific needs of older adults.

Keywords: Health Professionals, Teamwork, Interdisciplinarity, Health Promotion, Elderly, Nursing.

LISTA DE SIGLAS.....	X
LISTA DE FIGURAS.....	XII
LISTA DE TABELAS.....	XIII
LISTA DE QUADROS	XV
 INTRODUÇÃO	 21
 CAPÍTULO I	 31
UM OLHAR SOBRE O CAMINHO DA INTERDISCIPLINARIDADE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS IDOSOS	 31
1.1 Refletir sobre a assistência interdisciplinar aos Idosos	33
 CAPÍTULO II.....	 47
PROCESSO DE ASSISTÊNCIA INTERDISCIPLINAR NO CUIDADO COM IDOSOS.....	47
2.1 Avaliação do nível de saúde dos idosos em uso pela equipa multidisciplinar	50
2.2 Escalas representativas da avaliação dos idosos pela equipa de saúde.....	61
2.3 Intervenções da equipa de saúde: particularidades para uma assistência interdisciplinar com os idosos (artigo submetido para publicação)	74
2.4 Os enfermeiros de reabilitação e o trabalho de equipa no cuidado à pessoa idosa	94
2.5 Contributos para a criação de uma consulta interdisciplinar de intervenção em saúde dos Idosos	106
 CAPÍTULO III.....	 124
PROPOSTA DE PROCESSO ASSISTENCIAL INTERDISCIPLINAR PARA IDOSOS NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE - DISCUSSÃO.....	124
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	 145
 REFERÊNCIAS	 149
 ANEXOS	 161
ANEXO I.....	162
PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA O 1º ESTUDO (QUALITATIVO)	

ANEXO II	166
PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA O 2º ESTUDO (QUANTITATIVO)	
ANEXO III	170
ADENDA DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA O 2º ESTUDO (QUANTITATIVO)	
APÊNDICES.....	172
APÊNDICE I.....	173
ENTREVISTA DA PRIMEIRA RECOLHA DE DADOS	
APÊNDICE II	176
QUESTIONÁRIO DA SEGUNDA RECOLHA DE DADOS	

LISTA DE SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

AGA – Avaliação Geriátrica Abrangente

APGAR – Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve

AVDs – Atividades de Vida Diária

ARS – Administração Regional de Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

HPM - Health Promotion Model

ICBAS/UP – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar/Universidade do Porto

ICOPE – Integrated Care for Older People

INE – Instituto Nacional de Estatística

OARS – Older Americans Resources and Services

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEVI - Perfil do Estilo de Vida Individual

QAFMI - Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

STROBE – Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology

USF – Unidade de Saúde Familiar

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

WHO - World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Desenho do estudo	29
 Figuras 2 – Artigo “Assistência à Saúde dos Idosos: Equipe interdisciplinar de saúde”	
Figura 1 - Avaliação assistencial do Idoso.....	39
Figura 2 - Comunicação interdisciplinar: informação partilhada e meios de partilha da informação	40
 Figuras 3 – Artigo “Avaliação do nível de saúde dos idosos: olhares da equipe de assistência ao paciente”	
Figura 1 - Forças e fraquezas da avaliação dos idosos pelos profissionais de Saúde.....	56
 Figuras 4 – Artigo “Consulta interdisciplinar de saúde para pessoas idosas em Portugal: atenção primária e hospital”	
Figura 1 - Modelo de Consulta Interdisciplinar de Saúde da Pessoa Idosa – região norte. Portugal, 2018 a 2019	118

Tabelas 1 – Artigo: “Avaliação do nível de saúde dos idosos: olhares da equipe de assistência ao paciente

Tabela 1 - Caracterização da amostra.....	55
Tabela 2 – Distribuição segundo a utilidade dos instrumentos para aplicação em idosos por categoria profissional.....	55
Tabela 3 – Distribuição segundo o exame físico dos idosos por categoria profissional	57

Tabelas 2 – Artigo: “Consenso de escalas para um instrumento de avaliação interdisciplinar em saúde da população idosa”

Tabela 1 – Frequências absolutas e percentuais, intervalos de confiança de 95% das escalas reconhecidas pelos peritos de utilidade, aplicabilidade e interesse para a prática clínica. Porto, Portugal, 2017	67
--	----

Tabelas 3 – Artigo: “Interdisciplinary Team Interventions With Older Adults: Consensus Study”

Table 1: Description of consensus on Health Education in the professional care practice. Portugal, Porto, 2017	80
Table 2: Description of consensus on disease and/or complication prevention in the professional care practice. Portugal, Porto, 2017	81
Table 3: Description of consensus on promoting Lifestyle in the care practice of professionals. Portugal, Porto, 2017	82
Table 4: Description of Health Education interventions in the care practice of doctors, nurses, and social workers. Portugal, Porto, 2017	82
Table 5 presents the professionals’ interventions aimed at the prevention of diseases and/or complications.....	84

Tabelas 4 – Artigo: “Trabalho em equipa: especificidades do especialista em enfermagem de reabilitação”

Tabela 1 – Caracterização da amostra (n=192 enfermeiros) – Portugal, 2022	99
Tabela 2 – Distribuição das informações partilhadas pelos enfermeiros e enfermeiros especialistas de reabilitação	100
Tabela 3 – Distribuição da concordância sobre interdependência de tarefas pelos enfermeiros e enfermeiros especialistas de reabilitação	101

Tabelas 5 – Artigo: “Consulta interdisciplinar de saúde para pessoas idosas em Portugal: atenção primária e hospital”

Tabela 1 – Distribuição das diferenças da assistência a pessoas idosas por profissionais na Atenção Primária e no hospital – região norte. Portugal, 2018 a 2019	113
Tabela 2 – Distribuição segundo as intervenções concordantes com o PNSPI por profissionais da Atenção Primária e do hospital – região norte. Portugal, 2018 a 2019	116

LISTA DE QUADROS

Quadros 1 – Artigo: “Consulta interdisciplinar de saúde para pessoas idosas em Portugal: atenção primária e hospital”

Quadro 1 - Operacionalização das variáveis – região norte. Portugal, 2018 a 2019.....	111
Quadro 2 - Orientações para a prática profissional com pessoas idosas – região norte. Portugal, 2018 a 2019	117

INTRODUÇÃO

Os modelos atuais de assistência a idosos são criticados por não atenderem de forma eficaz às suas variadas necessidades e prioridades (Cesari et al., 2022). Embora haja evidências crescentes que sustentam modelos inovadores de cuidados integrados de saúde e sociais, a maioria dos sistemas de saúde permanece fragmentada e voltada para o tratamento de problemas agudos e doenças de curta duração (Briggs, *et al.*, 2018; Gavalda-Espelta *et al.*, 2023).

Essa fragmentação resulta do uso de abordagens centradas na doença, da especialização na gestão de multimorbilidades e da comunicação inadequada entre profissionais e utentes e entre as equipas (Akintayo-Usma, 2021). Os serviços de saúde continuam a gerir problemas de saúde de maneira desarticulada, sem coordenação entre os vários prestadores de cuidados, o que culmina em atendimentos inadequados às necessidades dos idosos, gerando custos consideráveis e, muitas vezes, desnecessários (WHO, 2020).

Para enfrentar esse desafio, a Organização Mundial da Saúde propôs uma abordagem de Cuidados Integrados para Idosos, visando aprimorar a capacidade funcional dessa população (WHO, 2020). No entanto, persiste uma lacuna no conhecimento sobre as estratégias para efetivar a integração entre os cuidados de saúde e sociais (Briggs, *et al.*, 2018), especialmente no que se refere à colaboração entre médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Isso evidencia a necessidade de adaptar os sistemas de saúde para alcançar melhores resultados de bem-estar, superando o modelo segmentado que trata apenas múltiplas patologias isoladamente.

A assistência médica e social para idosos exige uma abordagem específica devido às características dessa população. Entre os desafios enfrentados destacam-se a insuficiência de instituições especializadas, a carência de profissionais qualificados, a necessidade de melhorar a qualidade do atendimento e o desenvolvimento de infraestrutura adequada (Korolev, 2020). Para avançar na prática e nas políticas voltadas ao envelhecimento saudável, são necessárias evidências locais sobre a implementação de cuidados integrados centrados na pessoa (Wang & Chen, 2024).

O conceito de Envelhecimento Saudável da OMS desencadeou um debate global sobre a necessidade de mudar paradigmas, reorientar os serviços sociais e de saúde para modelos de cuidados coordenados e centrados na pessoa, conduzidos por equipas interdisciplinares (WHO, 2020). O sistema de saúde vigente não atende plenamente às necessidades da população idosa, tornando essencial o desenvolvimento de um modelo organizacional que promova a integração dos serviços de saúde e sociais (Lopes, 2021).

Portugal figura entre os países com os índices de envelhecimento mais elevados a nível mundial, sendo apontado por projeções recentes como o 4.º país com o processo de envelhecimento mais acelerado (Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, 2024). Aproximadamente 30% dos utentes com mais de 65 anos possuem multimorbilidades, com mais de cinco doenças crónicas (Gavaldà-Espelta, *et al.*, 2023). Diante desse cenário, a crescente complexidade das necessidades dessa população exige uma abordagem integrada entre os setores da saúde e social, a fim de potencializar respostas mais eficazes. A Organização Mundial da Saúde defende, portanto, reformas estruturais nos sistemas de saúde e assistência social (WHO, 2020).

Essa integração requer também uma nova dinâmica de interação entre os profissionais. Todos os envolvidos na prestação de cuidados aos idosos devem ser capacitados para adotar uma abordagem interdisciplinar, adquirindo conhecimentos e habilidades específicas para lidar com a complexidade desse atendimento (Cesari *et.al*, 2022). As *Guidelines* para os Cuidados Integrados às Pessoas Idosas (ICOPE) estabelecem recomendações baseadas em evidências para prevenir, retardar ou reverter o declínio das capacidades físicas e mentais dessa população. Tais diretrizes reforçam a importância de colocar as necessidades e preferências das pessoas idosas no centro da coordenação dos cuidados.

A Resolução do Conselho de Ministros nº14/2024 reforça o compromisso do programa XXIII Governo Constitucional em promover políticas públicas voltadas para o envelhecimento saudável. O Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026 (2024), implementado em Portugal, visa promover uma cidadania sénior ativa e garantir a qualidade de vida e a dignidade na terceira idade. Este plano inclui medidas para a manutenção da autonomia, independência e bem-estar das pessoas idosas, com foco na prevenção e na promoção de estilos de vida

saudáveis. A sua implementação exige uma ação multidisciplinar dos serviços de saúde, em articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Em Portugal, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, lançado em 2004, passou por diversas revisões para adaptar as políticas de saúde às mudanças demográficas e epidemiológicas. Essas revisões procuraram aprimorar a qualidade dos cuidados, promovendo a autonomia, a independência e a qualidade de vida dos idosos. Uma das principais evoluções desse programa foi a implementação da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (DGS, 2017a), que representa um avanço ao integrar abordagens multidisciplinares e promover um envelhecimento ativo e saudável. Essa estratégia enfatiza a criação de ambientes capacitadores e a garantia de cuidados contínuos e integrados, atendendo de forma abrangente às necessidades da população idosa e contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida.

No entanto, observa-se na prática um desencontro de ações profissionais. O estudo de Vieira (2018) revelou que a avaliação multidimensional gerontogeriatrica realizada por médicos, enfermeiros e assistentes sociais em um ACeS demonstrava falta de coordenação entre as equipas. Embora as ações não fossem incongruentes, eram pouco abrangentes, isoladas e repetitivas. Essa desconexão entre as diretrizes políticas e as práticas dos profissionais evidencia discrepâncias no modelo assistencial em uso (WHO, 2020). Além disso, a prática interprofissional colaborativa ainda é um conceito novo e pouco explorado na Atenção Primária à Saúde (Previato & Baldissera, 2018).

Diante dessa problemática, torna-se essencial que o trabalho em saúde com Idosos seja desenvolvido por meio de ações interdisciplinares, promovendo maior integração entre profissionais de saúde e da assistência social. A revisão integrativa da literatura corrobora essa necessidade, apontando que a construção de modelos de atenção integral para idosos, considerando a interligação entre os serviços de saúde e sociais, é uma estratégia fundamental para promover um envelhecimento ativo e sustentável (Placideli & Bocchi, 2021).

A literatura internacional destaca a importância da transição das equipas multiprofissionais para equipas interprofissionais, favorecendo a colaboração

entre os diversos profissionais de saúde (Peduzzi, *et al.*, 2020). Uma scoping review realizada na Bélgica, sobre consultas interdisciplinares para idosos, reforça o papel central dos enfermeiros nessas equipas, mesmo que a maioria dos estudos analisados, tenha incluído principalmente médicos e enfermeiros (Deschodt *et al.*, 2016).

Além disso, Guimarães e Branco (2020) destacam que o trabalho em equipa contribui para descentralizar a prática do modelo biomédico, minimizando ações isoladas e favorecendo a inovação na assistência à saúde. Nesse contexto, a resposta dos sistemas de saúde modernos às necessidades da população envelhecida tornou-se uma prioridade não apenas na área da saúde, mas também no âmbito social e das políticas públicas. Repensar o envelhecimento implica o envolvimento de múltiplos sectores, como a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, entre outros (DGS, 2022b).

A resposta integrada às necessidades multidimensionais dos Idosos tem demonstrado ser mais eficaz do que as abordagens centradas apenas no tratamento de doenças (WHO, 2020). Assim, um modelo contemporâneo de saúde para o Idoso deve abranger sessões educativas, promoção da saúde, prevenção de doenças e complicações, atendimento precoce e reabilitação (Veras, *et al.*, 2018).

A promoção do envelhecimento ativo e saudável tem sido apontada como uma prioridade nas políticas de saúde nacionais e internacionais, sendo uma resposta aos desafios relacionados ao aumento da longevidade. As diretrizes recomendam a implementação de intervenções centradas na autonomia individual e na adoção de medidas preventivas (Resolução do Conselho de Ministros nº14/2024; WHO, 2020).

Nesse contexto, a estratégia mais apropriada para o cuidado da pessoa Idosa envolve a monitorização contínua do seu perfil de saúde, priorizando a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Isso requer uma abordagem preventiva e integral (Veras *et al.*, 2018). O desenvolvimento de ferramentas que reúnam informações para subsidiar o planeamento da assistência gerontogeriatrica holística, interdisciplinar e humanizada é fundamental (Corrêa *et al.*, 2019).

Ações simples devem ser implementadas, como a utilização de uma Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), que se mostra essencial para traçar um perfil social e

clínico dos idosos. Isso possibilita subsidiar os profissionais de saúde e assistência social na identificação dos problemas e das necessidades de cuidados da população idosa (Saraiva *et al.*, 2017; Stoop *et al.*, 2019).

Portanto, diante da fragmentação dos modelos de assistência a idosos, do envelhecimento populacional e das dificuldades de implementação de políticas públicas eficazes, a necessidade de os enfermeiros integrarem e fortalecerem as equipas interdisciplinares torna-se evidente.

Nesse sentido, os enfermeiros deparam-se com a necessidade de crescer para cumprir o seu compromisso social com clareza, no entanto, devem manter o respeito pelas suas bases disciplinares, pois, sem uma orientação disciplinar clara, será fácil perder o rumo (Watson, 2017). Entende-se que as bases teóricas da ciência de enfermagem se constituem como referenciais fundamentais à disciplina.

Entre os modelos e teorias de enfermagem adequados para fortalecer os cuidados à pessoa idosa no âmbito da promoção do envelhecimento saudável, este trabalho focaliza as concepções do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (HPM), que é pouco explorado em Portugal. A referida autora, identificou a promoção da saúde como um objetivo para o século XXI (Tomey & Alligood, 2004).

O HPM de Nola Pender surgiu na década de 80, nos Estados Unidos, como uma proposta para integrar as teorias de enfermagem às ciências do comportamento, fundamentado na concepção de promoção da saúde (Cardoso *et al.*, 2022; Tomey & Alligood, 2004). O HPM possui como bases e fontes teóricas a perspetiva de enfermagem holística, a psicologia social e a teoria de aprendizagem. Postula que cognição, ação e ambiente influenciam os comportamentos de promoção da saúde dos indivíduos.

Este modelo de enfermagem, baseado na concepção de promoção da saúde através de ações que mantenham ou intensifiquem o bem-estar do indivíduo (Cardoso *et al.*, 2022; Tomey & Alligood, 2004), pode ser utilizado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde pelo estudo da inter-relação de três pontos principais: as características e experiências individuais; os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar; o comportamento de promoção da saúde desejável (Cardoso *et al.*, 2022). O modelo delineado por Nola Pender poderá

orientar a aplicação do processo de enfermagem na prática clínica gerontológica, direcionando o enfermeiro na identificação de diagnósticos, estabelecimento de resultados e implementação de intervenções dirigidas para a promoção da saúde do idoso (Cardoso *et al.*, 2022). Podemos assim concluir que o modelo proposto representa uma estrutura capaz de integrar os fatores biopsicossociais que podem influenciar comportamentos promotores para um envelhecimento saudável, subsidiando a prática clínica de Enfermagem/Enfermagem de Reabilitação para a implementação de intervenções de excelência.

No âmbito das suas competências, a intervenção do EEER tem por objetivo promover o diagnóstico precoce e ações preventivas, para assegurar a manutenção das capacidades funcionais, prevenir complicações e incapacidades, assim como, proporcionar intervenções terapêuticas para manter ou recuperar a independência nas diferentes atividades de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Indiscutivelmente, o EEER, assume cada vez mais um papel crucial nos cuidados prestados durante o envelhecimento, através da conceção, implementação e avaliação de planos de cuidados especializados que maximizem a funcionalidade do idoso, capacitando-o para uma maior autonomia e independência no autocuidado, incrementando desta forma a sua qualidade de vida.

A excelência do exercício profissional de enfermagem de reabilitação para além de trazer ganhos em saúde em todos os contextos da prática, tem vindo a influenciar positivamente a qualidade dos cuidados de enfermagem. O foco do agir é a promoção da saúde e a maximização do potencial da pessoa idosa, quer ao nível dos cuidados de saúde primários, quer ao nível dos cuidados de saúde diferenciados. A promoção da saúde, por sua vez, constitui um imperativo dos cuidados de reabilitação, vislumbrando-se mais uma oportunidade de cuidado para a Enfermagem ao superar o modelo biomédico.

A promoção da saúde é um dos critérios fundamentais da qualidade nos cuidados de enfermagem, integrando-se na procura permanente da excelência do exercício profissional, auxiliando os clientes a alcançar o seu máximo potencial de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Em Portugal, constitui uma prioridade da Direcção-Geral da Saúde e está enquadrada no Plano Nacional de Saúde 2021-2030, que reforça a importância da promoção da saúde e da prevenção de doenças. Este plano desafia os prestadores de cuidados a incorporarem ações com a mesma relevância

dos cuidados curativos, de reabilitação e outros, consolidando o compromisso com a melhoria contínua da qualidade e segurança na prestação de cuidados (DGS, 2022b).

Decorrente do seu exercício profissional, é exigido diariamente ao enfermeiro especialista de reabilitação em contexto hospitalar, num serviço de medicina onde exerce funções, uma capacidade de articulação constante e imediata com outros profissionais da equipa, nomeadamente, médicos e assistentes sociais, para uma assistência dirigida às reais necessidades de uma população envelhecida, utentes internados e respetivas famílias.

Num contexto de doença aguda e/ou de agudização de doença, sabemos que o tempo de internamento tão breve converge na maior parte das situações, para desencadear uma crise na família, aquando do regresso a casa. Esta realidade torna-se mais expressiva quando um membro da família se torna dependente de terceiros no autocuidado e nas atividades de vida diária, quando é necessário gerir o regime terapêutico e o regime medicamentoso, adquirir conhecimentos e habilidades para cuidar ou para lidar com dispositivos médicos, entre tantos outros.

A vivência diária com situações tão diversificadas e por vezes tão complexas, suscitou em nós inquietações consideráveis sobre os cuidados de saúde e sociais que são prestados aos Idosos. Facto que dirigiu a nossa atenção para a relevância da prevenção primária e acompanhamento e/ou vigilância dos Idosos na comunidade, local de eleição para a identificação precoce de necessidades, mas sobretudo para a promoção de estilos de vida saudáveis e para um envelhecimento bem-sucedido, com recurso ao trabalho em equipa.

As experiências vivenciadas, constituíram também as motivações para desenvolver uma pesquisa sobre o trabalho em equipa entre profissionais de saúde e sociais, por se acreditar que venha a construir caminhos para uma atenção diferenciada *com* o Idoso no âmbito da Promoção da Saúde.

No sentido de clarificar o caminho da investigação e compreender a problemática em estudo, pretendeu-se dar resposta à seguinte *questão de investigação*: Como desenvolver uma assistência capacitadora de envelhecimento ativo e saudável a partir da equipa multidisciplinar?

Esta questão central, conduziu-nos à formulação de um conjunto de questões de investigação, que estiveram na base da orientação do nosso estudo:

- Qual a perceção dos profissionais de saúde e sociais sobre a assistência aos Idosos?
- Que fundamentos usam os profissionais para diagnosticar, planear, intervir e avaliar a assistência aos Idosos?
- Como desenvolvem os profissionais o trabalho em equipa de forma a garantirem continuidade assistencial?

O trabalho desenvolvido teve dois objetivos: compreender o modelo assistencial em uso na assistência aos idosos e desenvolver uma proposta de intervenção interdisciplinar, valorizando as potencialidades do exercício profissional dos enfermeiros.

Pelo exposto, a finalidade deste estudo é contribuir para melhorar a intervenção interdisciplinar, conciliando o trabalho dos profissionais com as necessidades dos clientes, resultando em inquestionáveis ganhos em saúde para a população idosa no âmbito do envelhecimento ativo e saudável. Além disso, valoriza o desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina do conhecimento e da ciência.

Pretende-se através do presente relatório, reproduzir as diferentes etapas percorridas no âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem, realizado no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar/Universidade do Porto.

A figura 1 resume o desenho geral do estudo. A investigação desenvolvida decorreu em duas fases distintas.

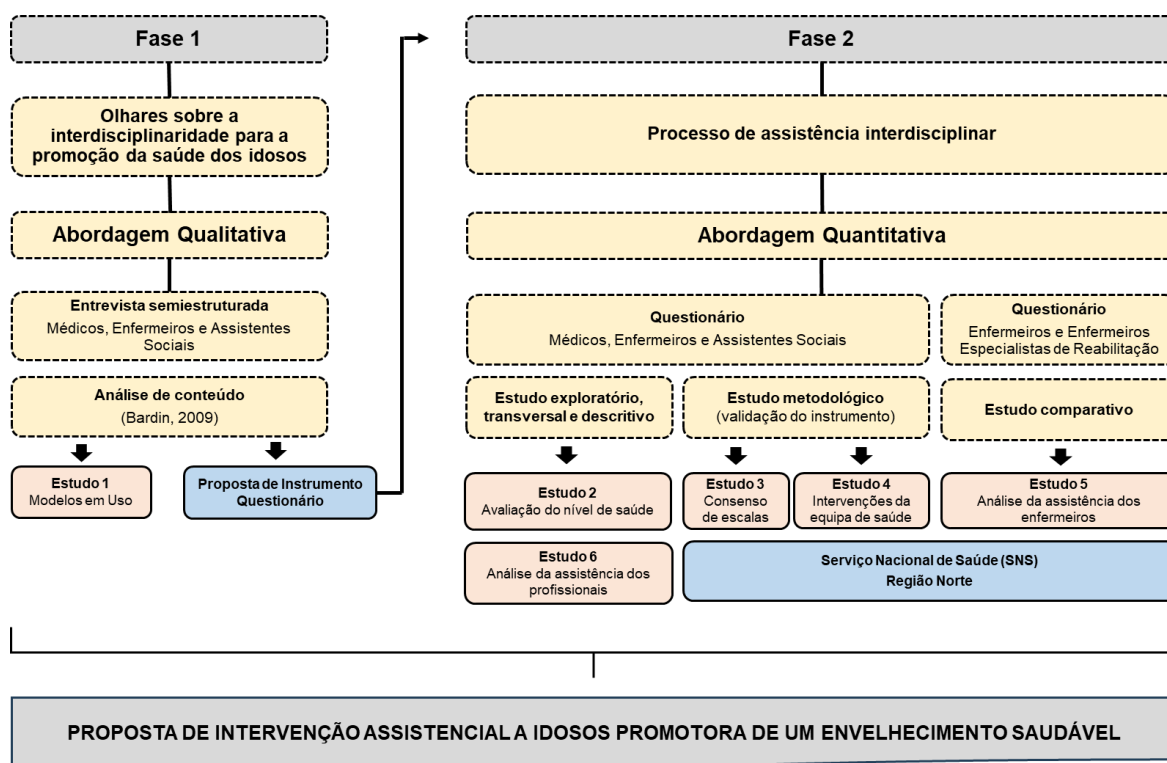


Figura 1 – Desenho do estudo

A presente tese é apresentada sob a forma de artigos científicos desenvolvidos no âmbito deste programa de doutoramento. Os estudos foram publicados em revistas científicas de revisão por pares, e o candidato foi responsável pelo desenho do estudo, colheita de dados, análise de dados, interpretação e análise dos resultados e elaboração do relatório final. Para um melhor entendimento sobre o percurso da investigação, a tese está organizada em dois capítulos principais que correspondem às fases do estudo apresentado na figura 1.

O Capítulo I foca os modelos assistenciais em uso à população Idosa e inclui o artigo 1. Procurou-se compreender o desenvolvimento das práticas, na opinião de médicos, enfermeiros e assistentes sociais que exercem funções com Idosos, a fim de contribuir para uma reflexão sobre o problema e se possível identificar estratégias de melhoria do exercício profissional interdisciplinar. Deste estudo, resultou um instrumento multidisciplinar para assistência aos idosos.

O Capítulo II reporta-se ao processo de assistência interdisciplinar no cuidado com Idosos, incluindo a avaliação da saúde dessa população por diferentes profissionais, como médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Além disso, valida

o instrumento de avaliação interdisciplinar e apresenta estudos sobre o trabalho em equipa entre enfermeiros e especialistas em reabilitação. O capítulo também analisa as práticas de assistência aos idosos em cuidados primários e hospitalares e propõe um modelo de consulta interdisciplinar adequado a cada contexto assistencial. O capítulo é composto por cinco artigos.

A presente tese é composta por seis artigos distintos, mas complementares, que se interligam para proporcionar uma visão abrangente sobre a assistência em uso por médicos, enfermeiros e assistentes sociais e suas implicações na saúde dos idosos.

Importa salientar que a paginação dos artigos não segue a sequência da tese, mas sim a impressão original de cada artigo, conforme as orientações de cada revista.

O Capítulo III consiste numa discussão geral e integrativa dos resultados dos seis artigos com a literatura existente e das suas implicações para a fundamentação de melhores práticas. Este capítulo integra igualmente a explicitação das limitações do estudo e considerações específicas para futuras investigações.

As referidas pesquisas foram aprovadas pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte, pelas instituições de saúde hospitalares e pelos ACeS envolvidos (Anexos 1 e 2).

CAPÍTULO I

UM OLHAR SOBRE O CAMINHO DA INTERDISCIPLINARIDADE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS IDOSOS

Em Portugal, à medida que a sociedade envelhece, os problemas de saúde e sociais dos idosos desafiam os modelos tradicionais de cuidados.

O modelo fragmentado de prestação de cuidados compromete a assistência eficiente para atender às necessidades complexas das pessoas idosas (Sun *et al.*, 2022). As políticas de saúde nacionais e internacionais enfatizam o trabalho em equipa interprofissional, como um recurso imprescindível na assistência aos idosos, no entanto, as equipas oferecem práticas sob a lógica do modelo biomédico e centradas num único profissional (Ceccon *et al.*, 2021). Este tipo de modelos tem demonstrado sinais de baixa sustentabilidade no respeito pelos direitos das pessoas idosas e na promoção de cuidados de qualidade (WHO, 2017a).

Neste capítulo, é apresentado um estudo qualitativo, descritivo, exploratório com abordagem interpretativa, realizado no primeiro momento do programa de doutoramento, com recurso à entrevista semiestruturada, para compreensão e exploração de realidades específicas.

Brasil & Baixinho (2025) destacam que a pesquisa qualitativa proporciona uma visão mais detalhada sobre as vivências, opiniões e percepções das pessoas em diversos contextos, incluindo a área da saúde. Nesse âmbito, esta abordagem assume um papel essencial na implementação de boas práticas, uma vez que permite analisar fatores que influenciam o sucesso ou insucesso dessas iniciativas. Adicionalmente, possibilita compreender como os indivíduos experienciam

processos e tomam decisões, fornecendo informações fundamentais para otimizar intervenções e políticas (Hamilton & Finley, 2019).

No contexto deste estudo, a construção de significados a partir da narrativa dos profissionais possibilitou uma compreensão mais holística da realidade investigada, tornando-se, assim, um elemento essencial para o percurso doutoral.

Este estudo surgiu da necessidade de compreender com base nos discursos de médicos, enfermeiros e assistentes sociais, o desenvolvimento da assistência aos mais de 65 anos, para se manterem saudáveis, ativos, independentes e autônomos. Nesta perspectiva, constituíram objetivos deste momento da investigação: i) conhecer o modelo de assistência aos idosos utilizado pelos profissionais de saúde e sociais de um ACeS; ii) identificar os focos de atenção na assistência aos idosos; iii) analisar o trabalho em equipa entre médicos, enfermeiros e assistentes sociais; iv) construir um instrumento de avaliação assistencial interdisciplinar para a saúde da população idosa.

A colheita de dados deste estudo seguiu o guião de entrevista que se encontra no Apêndice I. Para a sua realização, procedeu-se à obtenção do consentimento da comissão de ética (Anexo I), tal como já referido.

Desta fase do estudo resultou um artigo.

1.1. Refletir sobre a assistência interdisciplinar aos Idosos

Considerar a assistência interdisciplinar aos idosos é fundamental para compreender e aprimorar os modelos em uso a esta população. Entende-se por modelos em uso, os processos atuais de prestação de cuidados que visam satisfazer as necessidades sociais e de saúde das pessoas idosas.

Em Portugal, a crescente complexidade dos problemas de saúde, impulsionada pelo envelhecimento populacional e a multimorbilidade, aliada à maior consciência do direito à saúde, tem revelado a falta de agilidade dos sistemas de saúde em responder adequadamente (Lopes, 2021). A atual prestação de serviços de saúde fragmenta a atenção ao idoso, com multiplicação de consultas de especialistas, informação não compartilhada, inúmeros fármacos, exames clínicos e imagens, entre outros procedimentos (Donelan *et al.*, 2019; Fonseca *et al.*, 2021).

O número crescente de idosos com múltiplas necessidades aumenta a pressão para modificar os sistemas de saúde existentes, sendo que, os cuidados integrados podem fazer parte de tais alterações (Liljas *et al.*, 2019; Placideli & Bocchi, 2021; Sun *et al.*, 2022). Acontece que, por múltiplas razões, os sistemas de saúde não têm acompanhado a resposta a esta realidade (Lopes, 2021), considerando-se para tal, premente repensar um Serviço Nacional de Saúde diferente para o adequado cuidado com o idoso.

Revisão integrativa da literatura (Placideli & Bocchi, 2021) aponta a necessidade da construção de modelos de atenção integral que contemplem as diversas necessidades dos idosos e que sejam articulados entre serviços de saúde e sociais, promotores do envelhecimento ativo. Parece haver um consenso relativamente à importância da integração de cuidados nos modelos assistenciais de saúde em uso no país, desde a reforma dos Cuidados de Saúde Primários iniciada em 2005, com ênfase nas USF e UCSP, à criação da RNCCI em 2006, até às recentes ULS em 2024. A grande surpresa, porém, é que não se aplica na prática do dia-a-dia.

Por sua vez, o trabalho em equipa é considerado um instrumento indispensável de atuação dos profissionais de saúde, particularmente na área da enfermagem (Laccort & Oliveira, 2017), tem potencial para produzir melhores resultados na

assistência aos utilizadores e na satisfação dos próprios profissionais (Peduzzi *et al.*, 2020).

A condução de um estudo qualitativo possibilitou delinear as etapas subsequentes da investigação, proporcionando uma orientação robusta para a aprofundada análise e validação dos dados obtidos.

Em síntese, os principais resultados deste estudo evidenciaram uma significativa lacuna na especialização dos profissionais de saúde no cuidado aos idosos. Além disso, a identificação de que dados essenciais para o acompanhamento dos idosos não eram avaliados por nenhum profissional, mostrou falhas na assistência entre médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Estes achados contribuíram para o presente estudo ao acentuarem a necessidade emergente de desenvolver um instrumento multidisciplinar abrangente para a avaliação da assistência aos idosos e ao reforçarem a importância de uma formação especializada em gerontologia.

De seguida, apresentamos o artigo que resultou deste estudo:

Artigo publicado na Revista Baiana de Enfermagem

Monteiro, M. C. D., Martins, M. M., Schoeller, S. D., & Antunes, L. (2021). Elder health care: Interdisciplinary health team. *Revista Baiana de Enfermagem*, 35, e36702. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v35.36702>

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS IDOSOS: EQUIPE INTERDISCIPLINAR DE SAÚDE

ELDER HEALTH CARE: INTERDISCIPLINARY HEALTH TEAM

ATENCIÓN MÉDICA PARA ANCIANOS: EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE SALUD

Maria Clara Duarte Monteiro¹
Maria Manuela Martins²
Soraia Dornelles Schoeller³
Lucas Antunes⁴

Como citar este artigo: Monteiro MCD, Martins MM, Schoeller SD, Antunes L. Assistência à saúde dos idosos: equipe interdisciplinar de saúde. Rev baiana enferm. 2021;35:e36702.

Objetivo: compreender, com base nos discursos da equipe de saúde, o desenvolvimento da assistência aos mais de 65 anos, para se manterem saudáveis, ativos, independentes e autônomos. **Método:** pesquisa qualitativa com abordagem interpretativa, realizada num Agrupamento de Centros de Saúde do Norte de Portugal. Dados colhidos por entrevista semiestruturada e analisados por meio de análise de conteúdo, por categorias, numa amostra de médicos, enfermeiros e assistentes sociais. **Resultados:** entre os participantes, 83% não possuíam formação em gerontologia. Havia focos de avaliação da assistência, em que todos os profissionais estimavam os mesmos dados, mas havia dados necessários ao acompanhamento dos idosos que não eram avaliados por nenhum profissional. A partilha da informação para a assistência, quando ocorria, recaía nas situações de doença ou de alterações do contexto social. **Conclusão:** achados evidenciaram lacunas no trabalho em equipa desenvolvido pelos profissionais de saúde e sociais, e na assistência no âmbito da Promoção da Saúde.

Descritores: Idoso. Promoção da Saúde. Pessoal de Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente. Enfermagem.

Objective: to understand, based on the discourses of the health team, the development of care for the elderly aged over 65 years, in order to remain healthy, active, independent and autonomous. Method: qualitative research with interpretative approach, carried out in a Group of Health Centers in Northern Portugal. Data were collected by semi-structured interviews and analyzed through content analysis, by categories, in a sample of physicians, nurses and social workers. Results: among the participants, 83% did not have a gerontology training. There were focuses of care evaluation, in which all professionals estimated the same data, but there were data necessary for the follow-up of the elderly that were not evaluated by any professional. The sharing of information for care, when it occurred, fell into situations of illness or changes in the social context. Conclusion: findings showed gaps in teamwork developed by health and social professionals, and in health Care Promotion.

Descriptors: Aged. Health Promotion. Health Personnel. Patient Care Team. Nursing.

Objetivo: entender, en base a los discursos del equipo de salud, el desarrollo de la atención a mayores de 65 años, con el fin de mantenerse sanos, activos, independientes y autónomos. Método: investigación cualitativa con enfoque

¹ Enfermeira. Mestre em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, Portugal. <https://orcid.org/0000-0001-8882-5389>.

² Enfermeira. Doutora em Ciências da Enfermagem. Professora Titular da Escola Superior de Enfermagem. Porto, Portugal. <https://orcid.org/0000-0003-1527-9940>.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2822-4407>.

⁴ Estudante de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. again.lucas@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-5359-4039>.

interpretativo, llevada a cabo en un Grupo de Centros de Salud en el Norte de Portugal. Los datos se recogieron por entrevistas semiestructuradas y analizaron a través del análisis de contenidos, por categorías, en una muestra de médicos, enfermeras y trabajadores sociales. Resultados: entre los participantes, el 83% no tenía formación en gerontología. Hubo focos de evaluación de la atención, en los que todos los profesionales estimaron los mismos datos, pero había datos necesarios para el seguimiento de las personas mayores que no fueron evaluados por ningún profesional. El intercambio de información para la atención, cuando se produjo, resultó en situaciones de enfermedad o cambios en el contexto social. Conclusión: los hallazgos mostraron lagunas en el trabajo en equipo desarrollado por profesionales de la salud y sociales, y en la atención de promoción de la salud.

Descriptores: Anciano. Promoción de la Salud. Personal de salud. Grupo de Atención al Paciente. Enfermería.

Introdução

Promover o envelhecimento saudável “[...] requer uma transformação dos sistemas de saúde que substitua os modelos curativos baseados na doença pela prestação de atenção integrada e centrada nas necessidades dos adultos maiores^(1,4). Neste sentido, para o melhor entendimento da problemática em estudo, procurou-se conhecer os idosos da região estudada. Conforme resultados de pesquisa⁽²⁾ sobre a atividade física habitual de 1.522 idosos pertencentes à área geográfica apoiada por uma Unidade de Cuidados na Comunidade do Concelho, em estudo, verificou-se que 70% eram inativos ou pouco ativos e 45,7% possuíam um perfil de estilo de vida negativo. Numa subamostra de 1.322 idosos, “[...] quando se pergunta se usam escadas em vez de elevador 98,5% dizem não^(2:108-9). Investigação^(3,7) envolvendo pessoas com mais de 65 anos encontrou que “[...] na maior parte do dia, 99,4% não realizam atividades físicas moderadas, como caminhar rápido e, no seu lazer, 45,3% não incluem atividades físicas leves, como passear de bicicleta ou caminhar (duas ou mais vezes por semana)”.

Apesar dos numerosos efeitos adversos de um estilo de vida sedentário e dos benefícios, ainda que modestos, do aumento da atividade física, sabe-se, hoje, que a inatividade física continua a ser uma constante entre vários grupos etários da população, sobretudo entre idosos⁽⁴⁾, sendo considerado o maior fator de risco comunitário para a saúde em Portugal. Por conseguinte, a tendência crescente do envelhecimento populacional, com agravamento há algumas décadas, “[...] exige uma resposta abrangente da saúde pública^(1,6)”.

Nas últimas décadas, o índice de envelhecimento da população portuguesa agravou-se, ao registrar, para cada 100 jovens, a existência de 141 idosos em 2014. Segundo dados censitários, este índice era de 102 em 2001 e de 128 em 2011. Pela primeira vez, em Portugal, o número de idosos superou o número de jovens. As projeções da população para 2050 apontam que o número de pessoas com mais de 60 anos ultrapassará o dobro e com mais de 80 anos venha a triplicar⁽⁵⁾. Estão associados a esse fator índices de dependência “[...] muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade, mas frequentemente suscetíveis de prevenção^(6,1). Relatório da Organização Mundial de Saúde esclarece que comportamentos saudáveis podem prevenir ou retardar problemas de saúde, “[...] principalmente se forem detectados cedo o suficiente [...] entretanto, o mundo está muito longe desses ideais^(1,6)”.

As políticas nacionais e internacionais de saúde do idoso enfatizam a preocupação com o aumento da esperança de vida, reconhecendo a necessidade de implementação de intervenções centradas na promoção da autonomia individual e na adoção de medidas de prevenção com foco no envelhecimento ativo e saudável^(1,6). No entanto, para se obterem ganhos em saúde, nomeadamente anos de vida com independência, será necessário melhorar as práticas dos profissionais que atuam na área de saúde pública e envelhecimento⁽⁶⁾.

Apesar da existência de políticas públicas dirigidas para a saúde do idoso, a literatura evidencia que existem discrepâncias no modelo assistencial em uso pelos profissionais de saúde

e sociais, verificando-se um desencontro entre as expectativas e a prestação^(7,8). A atual prestação de cuidados de saúde a idosos é caracterizada, em vários países, por fragmentação e pouca responsabilização⁽⁹⁾. Por isto, a resposta dos sistemas de saúde modernos aos problemas enfrentados por uma população mundial envelhecida tornou-se uma prioridade igualmente importante do ponto de vista social, de saúde e de políticas públicas. É importante que os profissionais entendam a integração de serviços de saúde e sociais dirigida às necessidades multidimensionais dos idosos como um desafio, que requer uma sinergia criada pela boa colaboração multiprofissional⁽¹⁰⁾.

Atendendo a que “[...] num número cada vez maior de países, mais de 1 em cada 5 pessoas tem mais de 60 anos [...] incluir o Envelhecimento Saudável em todas as políticas e em todos os níveis de governo será, portanto, crucial”^(11,22). Por essa razão, acredita-se que este estudo poderá contribuir significativamente para promover a saúde e melhorar a qualidade de vida, de modo que a intervenção recaia no âmbito da promoção da saúde com recurso ao trabalho em equipa interdisciplinar.

Nesse contexto, o ponto de partida do estudo realizado incidiu sobre os resultados de um estudo de investigação realizado num município do Norte de Portugal e respetivo Agrupamento de Centros de Saúde denominado “Modelos em uso na assistência aos Idosos”. Para clarificar o caminho da investigação e compreender a problemática em estudo, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: Como profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes sociais) desenvolvem o trabalho centrado na assistência à pessoa idosa com vista à promoção da saúde e envelhecimento ativo? A resposta à questão apresentada poderá fornecer subsídios para ampliar o conhecimento acerca da interdisciplinaridade, contribuindo para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde aos idosos. Portanto, o presente estudo tem como objetivo compreender, com base nos discursos da equipa de saúde, o desenvolvimento da assistência aos mais de 65 anos, para se manterem saudáveis, ativos, independentes e autónomos.

Método

Atendendo à natureza específica da problemática em estudo, considera-se essencial o recurso à metodologia qualitativa, com uma abordagem interpretativa. A pesquisa qualitativa tenta interpretar os fenómenos sociais, tais como interações e comportamentos, quanto aos significados que as pessoas lhe atribuem, pelo que, em função disso, é comumente referida como pesquisa interpretativa⁽¹¹⁾. Esta abordagem de pesquisa está relacionada com a hermenêutica, “[...] uma vez que enfoca frequentemente, o significado como os indivíduos interpretam o mundo de um dado contexto”^(11:205). O descrito corresponde, neste estudo, às experiências vividas pelos profissionais de saúde/socias em contexto de trabalho, onde desenvolvem a sua atividade profissional.

O estudo foi realizado num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de uma região do Norte de Portugal, durante o ano de 2015. Por tratar-se de um serviço público de saúde, que tem por missão garantir a prestação de cuidados de saúde de proximidade à população de determinada área geográfica, é composto por diversas unidades que integram equipas multiprofissionais. Acresce ainda o facto de os autores conhecerem o contexto dado, os subestudos anteriormente realizados junto da população dos maiores de 65 anos, em que participaram 2.461 idosos, e os resultados que daí emergiram, no que diz respeito à perceção social e de saúde.

A escolha dos sujeitos da pesquisa foi realizada de forma intencional. Para compreender o modelo assistencial em uso para atendimento aos maiores de 65 anos dessa área geográfica, utilizou-se como critérios de inclusão a participação de médicos e enfermeiros com maior incidência de maiores de 65 anos nas suas listas assistenciais e a participação de assistentes sociais que davam assistência a idosos há mais de um ano. Os selecionados acompanhavam diariamente os idosos, ao contrário de outros profissionais que eram consultados pontualmente. Foram excluídos os profissionais que não aceitaram participar do estudo e aqueles com número de idosos inferior a novecentos na sua lista de

assistência. Utilizou-se o critério de saturação das informações, o qual pressupõe interrupção de inclusão de novos participantes na pesquisa, quando os dados obtidos passam a apresentar redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados⁽¹¹⁾.

A colheita de dados foi realizada por meio de entrevistas, do tipo semiestruturado. Esta modalidade permitiu compreender como os sujeitos (médicos, enfermeiros e assistentes sociais) concebiam o seu mundo e como descreviam essa concepção. Esse tipo de entrevista permite ao entrevistado maior autonomia de resposta, ajudando-o não só a explicitar o seu universo como a torná-lo mais compreensível, possibilitando ao investigador, concomitantemente, a organização e a estruturação do pensamento⁽¹¹⁾. A amostra da pesquisa procurou um número necessário de participantes para se obter um significado do fenómeno em estudo e resultou dos critérios de inclusão, sendo composta por 8 médicos, 8 enfermeiros e 8 assistentes sociais. A realização de cada entrevista teve a duração aproximada de uma hora.

Para orientação da pesquisa, delinearam-se as seguintes perguntas de investigação: Como descrevem os enfermeiros, os médicos e os assistentes sociais a assistência que prestam? Será que médicos, enfermeiros e assistentes sociais avaliam aspetos diferentes no processo de envelhecimento dos idosos? Como desenvolve a intervenção cada grupo profissional, tendo em vista o envelhecimento saudável, ativo, independente e autónomo?

Os dados colhidos foram submetidos à análise de conteúdo, que teve início desde a primeira entrevista e não apenas após a sua transcrição, momento em que o investigador é inevitavelmente imerso na problemática em estudo, realizando, desde logo, um trabalho reflexivo. A técnica de análise de conteúdo utilizada, seguiu os princípios descritos por Bardin⁽¹²⁾, com recurso ao programa informático de análise de dados qualitativos ATLAS.ti, que se revelou muito útil e

fiável para a categorização das informações que seriam analisadas. Do processo de análise da informação recolhida nas entrevistas emergiram unidades de significação que originaram duas categorias temáticas: processo de avaliação dos idosos e trabalho em equipa. Esta última, subdivide-se em: meios de partilha da informação de saúde e social e conteúdo ou natureza da informação partilhada.

Para assegurar o anonimato dos sujeitos da pesquisa, as entrevistas foram numeradas de acordo com a sequência em que ocorreram e com a sigla, de acordo com o profissional entrevistado, isto é, EM para médicos, EE para enfermeiros e EAS para assistentes sociais.

De forma a garantir os princípios éticos inerentes ao processo de investigação, o pedido foi remetido à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, sendo aprovado com o Nº 19/2015. Todos os sujeitos que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e confirmaram o conteúdo final das entrevistas.

Resultados

A pesquisa desenvolveu-se com 24 participantes, sendo um homem e 23 três mulheres, destacando-se a totalidade dos enfermeiros e dos assistentes sociais do sexo feminino. As idades dos três grupos profissionais variou de 30 anos ao máximo de 60 anos, com predominância da faixa etária de 31 a 40 anos nos grupos dos assistentes sociais e dos enfermeiros. No grupo dos médicos, prevaleceu a faixa etária dos 51 a 60 anos. No que concerne à formação específica em gerontologia, 20 dos profissionais em estudo, não a possuíam. No âmbito do processo de avaliação, as áreas de intervenção de cada um dos profissionais junto aos idosos na primeira consulta e as áreas de intervenção comuns entre todos estão apresentadas na Figura 1.

Figura 1 – Avaliação assistencial do idoso

Fonte: Elaboração própria.

Dos discursos dos profissionais de saúde e sociais emergiram áreas comuns da avaliação inicial do idoso, como o uso de escalas, sobretudo o índice de Barthel.

[...] aplicamos também uma escala da dependência, que é a escala de Barthel, que neste momento é mediante essa escala que nós fazemos uma vigilância mais ou menos apertada ao utente. (EE2).

Escala Barthel, para saber se independente ou não. (EM2).

[...] temos numa fase inicial na altura da candidatura, a escala de Barthel, que adotamos até para o nível de dependência que normalmente é física que essa escala dá [...]. (EAS4).

Emergiu ainda dos discursos dos participantes a recolha de dados qualitativos, tal como o contexto sociofamiliar.

Sim, temos sempre que avaliar o grau de dependência do utente, isto na primeira visita, a consulta de enfermagem, as condições, com quem vive, quem é o prestador de cuidados, se está num apoio domiciliário [...]. (EE3).

Depois também há todo aquele contexto social, se a pessoa vive sozinha, se está acompanhada, se tem apoio de vizinhos, se tem de amigos ou parentes. (EM7).

Nós fazemos a avaliação da situação familiar e económica. (EAS8).

Entre enfermeiros e médicos, era comum a colheita de dados de saúde, como seria expectável, porém focada na doença/dependência, patologias, risco de úlcera de pressão, entre outros.

Se o doente está autónomo, se o doente não apresenta nenhum défice nem nenhuma queixa a nível motor nem cognitivo [...] se eventualmente tem algum tipo de alteração é adaptado. (EM3).

Vejo quais são os problemas do utente, levanto os focos e completo uma avaliação inicial normal, independentemente se tem mais de 65 anos. (EE2).

Entretanto, apenas os enfermeiros referiram utilizar o SClínico como recurso tecnológico de suporte para realizar a avaliação.

Nós cá, no serviço, trabalhamos com o SClínico em termos informáticos. Em termos de saúde do idoso, o próprio programa já nos dá. Nós abrindo o programa de saúde do idoso a partir dos 65 é obrigatório num doente que nos chegue com mais de 65 anos, ele entra-nos logo nos autocuidados, autocuidado higiene, vestuário, transferência. Nós temos que colocar se tem algum tipo de dependência ao realizar esse tipo de autocuidado, mas trabalhamos mais nessas áreas [...]. (EE6).

Percebeu-se, nos discursos dos enfermeiros, que a avaliação inicial realizada dirigia-se para responder ao programa de saúde incorporado no sistema de informação clínico, podendo, deste modo, tornar-se redutor para uma avaliação multidimensional, com foco na dependência para o autocuidado. Os médicos e assistentes sociais priorizavam, na sua avaliação, aspetos cognitivos, com recurso ao *Mini Mental State Examination* (MMSE), conforme exemplificado.

Sim, passamos normalmente o mini mental. (EAS5).

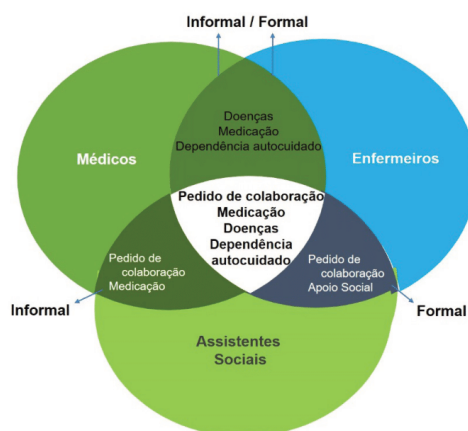
Cognitivos. É o mini mental que a gente mais usa. (EM3).

Já os enfermeiros priorizavam aspetos físicos, utilizando a escala de Norton ou Braden:

[...] e depois fazemos sempre uma avaliação de uma escala de Norton, ou de uma escala de Braden para depois atribuir um plano de cuidados àquele doente e família. (EE3).

No que concerne ao trabalho em equipa, emergiram duas áreas relevantes da comunicação estabelecida entre os profissionais de saúde e sociais, subsequentes à assistência aos idosos, conforme apresentado na Figura 2: meios de partilha da informação e conteúdo da informação partilhada.

Figura 2 – Comunicação interdisciplinar: informação partilhada e meios de partilha da informação



Fonte: Elaboração própria.

Entre os profissionais de saúde e sociais do estudo, todos recorriam aos dois meios de comunicação, embora o modo informal se sobrepusesse ao modo formal para médicos, sobretudo o diálogo.

[...] se forem realmente alterações que eu faça e que eu ache que tenha alguma importância para a parte de enfermagem ou alguma alteração do contexto social, pois, com certeza, que comunico. (EM7).

Para assistentes sociais, a conversa pessoal ou telefónica predominou:

[...] ligamos diretamente ao centro de saúde, falamos com o enfermeiro [...] (EAS5).

Quanto aos enfermeiros, recorriam mais ao meio formal, fazendo uso do sistema de informação clínico (SClínico®) ou ainda por carta escrita e/ou protocolo de ligação.

Nós agora também temos um novo sistema que é o SClínico, que os nossos dados são observáveis pela médica e nós também conseguimos observar a parte médica [...] (EE5),

Além dessa partilha de informação verbal (não documentada), ocorriam ainda os momentos em que os profissionais de saúde e sociais, no seu quotidiano, apenas a realizavam perante algum motivo que a justificasse. Os motivos pelos quais os assistentes sociais requeriam colaboração de um profissional de saúde estavam relacionados com situações de doença, para obter o

complemento de dependência ou mesmo para esclarecer dúvidas de saúde/doença. De igual modo acontecia com os enfermeiros.

Por exemplo, a situação em que há doença. (EAS5).

[...] no sentido de obter um relatório médico, geralmente precisamos de um relatório médico. Aqui ninguém vai para um lar sem saber que tipo de patologias apresenta. (EAS7).

[...] é só se houver alguma coisa bizarra ou anormal [...] se for uma situação normal que o utente está bem, não temos esse hábito. (EE5).

O médico, sendo o profissional que menos partilhava a informação, também solicitava a colaboração de outros profissionais, mas apenas de forma esporádica, em situação de doença ou de alteração do estado de saúde.

Partilhamos a evolução, o seu controlo de doenças, se está a fazer bem ou não está, se surgiu algum problema de novo. A enfermeira também partilha comigo, se alguma coisa não está bem, porque, às vezes, eles vêm à consulta de enfermagem e não vêm à consulta médica. Por exemplo, quando alguma coisa está descontrolada em termos de diabetes, de HTA [Hipertensão Arterial], se o utente parece assim um bocadinho desorientado. (EM1).

Os discursos partilhados entre médicos e enfermeiros eram, sobretudo, relativos às doenças em geral, mas também à medicação e à dependência no autocuidado. Entretanto, os enfermeiros partilhavam com o médico, para a dependência no autocuidado.

[...] utente dependente, falamos dos problemas de saúde, dos crónicos. É uma doente hipertensa, diabética ou então de problemas agudos, leve internada por uma infeção respiratória, tem estas lesões [...] (EE2).

Já os médicos partilhavam as doenças, sobretudo com os enfermeiros.

Cá no centro de saúde, aqueles que têm doenças crónicas, acabamos também por partilhar muita informação [...] (EM6).

No que se refere aos discursos que os médicos partilhavam com os assistentes sociais, incidiam nos pedidos de colaboração para intervenção, nomeadamente em situações de abandono do idoso e/ou de outra necessidade de apoio.

Com a assistente social já aconteceu utentes meus que se descobre que estão abandonados no domicílio. Então, ativamos os serviços sociais. (EM7).

Com a assistente social nem por isso, é outra situação em que há necessidade de apoio ou de intervenção, porque senão é muito raro. Até hoje acabo que, mesmo de idosos, não tive que recorrer. (EM6).

Constatou-se que os assistentes sociais partilhavam com os médicos a medicação habitual do idoso, seguido também do pedido de colaboração, no caso de maus-tratos ou para solicitar um relatório médico, com o intuito de integração em lar.

Geralmente precisamos de um relatório médico. Aqui ninguém vai para um lar sem saber que tipo de patologia apresenta [...] a terapêutica que está a fazer. (EAS7).

Relativamente aos discursos dos enfermeiros com os assistentes sociais, incidiam no pedido de colaboração para aquisição de medicamentos e de apoio social por más condições habitacionais,

Um doente que nos chegue cá e nós nos deparamos que necessite de algum apoio social, se tem alguma dificuldade na aquisição de alguma medicação, nós também encaminhamos para apoio social [...] (EE6).

Os assistentes sociais revelaram, dos seus discursos com os enfermeiros, sobretudo a capacidade funcional do idoso, seguindo-se os pedidos de colaboração para aquisição de ajudas técnicas, de complemento de dependência ou apoio em situações de maus-tratos,

[...] acabo que já não tem capacidade para algumas tarefas de vida diária e aí a enfermeira diz-me se sim ou se não. (EAS3).

[...] nas questões de maus-tratos, eu articulo sempre. A avaliação é feita por mim, pela colega psicóloga e pelos serviços de saúde. Sempre estes três. (EAS8).

[...] imagina se eu acbo que a pessoa precisa do complemento de dependência, portanto peço opinião se valeria a pena. Por exemplo, o idoso ser encaminhado para requerer o complemento de dependência. (EAS3).

Discussão

Em Portugal, “Ao longo dos anos, a taxa de feminização [...] tem apresentado uma tendência geral de crescimento. Em 2018 [...] fixou-se nos 76,5%, o que está acima da taxa da administração pública no global (60,2%)”^(13:57). À semelhança desse estudo, constatou-se que a amostra é constituída maioritariamente por mulheres (1 homem e 23 mulheres).

Estudo aponta que o pessoal de enfermagem é o que mais contribui para essa taxa, superando os demais grupos profissionais⁽¹³⁾. No caso dos assistentes sociais deste estudo, tal não aconteceu, pois todos eram do sexo feminino. A média etária encontrada foi de 42,4 anos, sendo a idade mínima de 30 anos e a máxima de 60 anos, correspondendo respetivamente a enfermeiros e médicos. A maioria dos profissionais (83,3%) não tem formação em gerontologia, o que pode interferir na assistência interdisciplinar aos idosos. Nesta perspetiva, existe evidência que indica “[...] diferença entre os processos de trabalho das profissões da área médica (com foco nas especializações) e o Serviço Social com formação generalista”^(14:97), comprovando que a natureza do trabalho com idosos exige do profissional a procura de formação contínua e necessidade de constante atualização.

Processo de Avaliação dos Idosos

Entende-se por avaliação, a recolha de diversos dados relativos ao idoso ao nível físico, mental, funcional e social efetuada por equipa multiprofissional quando da primeira consulta, com o objetivo de estabelecer e coordenar planos de cuidados, serviços e intervenções que respondam aos seus problemas, às suas necessidades e às suas incapacidades. A avaliação das distintas dimensões possibilita uma intervenção mais completa e adequada dos profissionais e, consequentemente, melhor qualidade de vida para o idoso.

Para os enfermeiros, a avaliação corresponde à primeira etapa do Processo de Enfermagem, que se revela de extrema importância para a identificação de necessidades em cuidados de enfermagem. O índice de Barthel é o instrumento o mais comumente usado para avaliar se o idoso é capaz de desempenhar determinadas atividades de modo independente, compreendendo dez atividades básicas da vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso de sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Ainda centrados nos aspetos físicos, os enfermeiros aplicam a escala de Norton ou de Braden na avaliação da saúde dos idosos. Os referidos instrumentos são frequentemente utilizados na prática profissional desses profissionais, pois a lesão por pressão é um foco de atenção altamente sensível aos cuidados de enfermagem. No entanto, admite-se que esta prática não se encontra sistematizada em todas as instituições de saúde⁽¹⁵⁾.

Estudos nacionais e internacionais⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ reforçam o conhecimento sobre a eficácia de uma avaliação holística e multidimensional do idoso, contemplando a avaliação clínica, física, mental, funcional, social, nutricional, entre outras, com o recurso de vários instrumentos. “Todas as evidências sugerem que beneficia tanto os indivíduos saudáveis quanto aqueles com deficiências significativas e múltiplas comorbidades”^(17,7). Entende-se que essa avaliação revela também uma mudança de paradigma, dado que, atualmente, não é considerada para pessoas saudáveis e está ainda muito dirigida para identificar problemas médicos, mentais e funcionais de idosos com fragilidade⁽¹⁶⁾. Outros achados destacam incidir na avaliação do idoso com alterações cognitivas significativas, para além da morbilidade e da funcionalidade⁽¹⁶⁾. Pressupondo esta avaliação multidimensional realizada por uma equipa constituída por médico, enfermeiro e assistente social, entre outros, os Cuidados de Saúde Primários constituem locais privilegiados para uma assistência interdisciplinar aos idosos e promotora de saúde.

A avaliação global do idoso é uma estratégia que facilita uma abordagem multifatorial

apoiada em um processo estruturado, com recurso a escalas ou questionários de avaliação desenvolvidos nas últimas décadas e validados cientificamente.

Trabalho em Equipa

A complexidade dos cuidados em saúde atuais exige que “[...] o trabalho em equipa (TE) seja sistematicamente referido como um factor humano fundamental para a qualidade do cuidado prestado nas instituições de saúde”^(18,53). É seu propósito eliminar o pensamento fragmentado e promover o cuidado integrado. Este é descrito como um conjunto bem organizado de serviços e processos de assistência voltado para as necessidades multidimensionais dos idosos, que concede ao desempenho articulado da equipa multiprofissional melhores resultados do que os desempenhos individuais⁽¹⁰⁾. Para fortalecer os comentários expostos anteriormente, defende-se que a mudança para a assistência integral exige a reestruturação ao nível dos serviços, bem como a reformulação do trabalho desenvolvido pelas equipas de saúde com enfoque na colaboração interdisciplinar. Importa considerar também que o trabalho em equipa e a comunicação estão intimamente ligados à segurança dos doentes⁽⁷⁾.

Meios de partilha da informação de saúde e social

A informação é muito valiosa para a prestação dos cuidados de saúde com qualidade e segurança, constituindo uma condição basilar dos processos de gestão dos cuidados de enfermagem. Assim, o acesso rápido e facilitado aos dados tem contribuído para melhorar o processo de tomada de decisão clínica⁽¹⁹⁾, assumindo extrema relevância para a comunicação eficaz entre médicos, enfermeiros e assistentes sociais que trabalham em equipa. Os meios de comunicação utilizados pelos participantes divergem entre informais e formais, com implicações distintas na prática de cuidados, traduzindo-se em mais ou menos ganhos para a saúde dos utentes. Resultados semelhantes foram encontrados noutra estudo desenvolvido em Ontário⁽²⁰⁾.

Os meios informais de comunicação, a exemplo das conversas pontuais, refletem a tradicional *conversa de corredor* sobre assuntos de interesse para o profissional naquele momento. Os meios formais de comunicação são constituídos pela documentação sistemática da atividade de cada profissional no processo clínico do utente (processo único), acessível a todos os profissionais em situações relevantes da prestação de cuidados (Registo de Saúde Eletrónico) ou, ainda, pelas reuniões periódicas da equipa, além de atas de reuniões, memorandos, comunicação assistida por computador e registos de comunicação⁽²⁰⁾.

As reuniões interprofissionais regulares são consideradas como um meio essencial para a construção de uma boa comunicação em equipa⁽²⁰⁻²¹⁾. Outro sistema de informação é o SClínico, interoperável, capaz de garantir qualidade e continuidade de cuidados⁽²²⁾. A necessidade de melhorar o desempenho da equipa multidisciplinar, para homogeneizar as práticas e a informação recolhida nacionalmente, é reiterada pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde de Portugal com o desenvolvimento do SClínico®. Esse sistema tem tornado a atuação dos profissionais de saúde mais eficaz e eficiente, possibilitando melhor apoio, assistência e acompanhamento ao utente.

Apesar disso, continua-se a verificar uma fragmentação da documentação dos cuidados de saúde prestados pela equipa multiprofissional, que em nada preconiza a integralidade do indivíduo. Estudo nacional relatou, em relação às falhas na comunicação, que “[...] 50% dos casos tinham inexistência de comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, de forma a garantir a continuidade informacional nos cuidados de saúde”⁽²³⁻⁵⁾. Desse modo, admite-se a necessidade de uma comunicação efetiva entre os setores de cuidados, para uma atuação conjunta, capaz de permitir troca de saberes. Entretanto, apesar da evolução das ciências médicas com enfoque nos aspetos de prevenção e promoção da saúde, em desfavor dos aspetos puramente curativos, encontra-se ainda o predomínio do modelo biomédico na partilha da informação em uso entre os profissionais de saúde e sociais.

Corroborar esse entendimento, a seguinte afirmação: “[...] os seguidores deste modelo têm uma atitude redutora, de quem vê a doença, o órgão e desvaloriza a tradução subjetiva da doença, com as relações pessoais, familiares, sociais e culturais”⁽²⁴⁻³⁶⁾. Isso se poderá verificar nos discursos sobre o conteúdo da informação partilhada, que será determinante para a sua disseminação (ou não) entre todos. Este modelo está em discordância com práticas promotoras de um envelhecimento ativo, autónomo e saudável^(1,6-7). Outros autores⁽²²⁻⁹¹⁾ partilham a mesma opinião, admitindo que “[...] são imperativos estudos que enfoquem este fenómeno, da partilha da informação, entre os dois grupos profissionais mais decisivos em saúde (médicos e enfermeiros)” estabelecendo-se uma nova relação entre eles, distante do modelo biomédico, baseada na interdisciplinaridade e não na multidisciplinaridade. Esta mudança permite maior diversidade das ações e busca permanente de consenso, o que requer uma comunicação horizontal entre os elementos de uma equipa. Numa perspetiva interdisciplinar, a abordagem do problema seria vista conjuntamente, bem como a busca de soluções criativas para resolvê-lo.

Conteúdo ou natureza da informação partilhada

A informação diz respeito a dados que foram interpretados, organizados e estruturados, resultantes da documentação da assistência nos sistemas de informação em saúde, contribuindo para a promoção da continuidade dos cuidados, mediante a sua utilização pelos diversos profissionais de saúde. Estudo⁽²²⁻⁸⁸⁾ verificou que o “[...] conteúdo da informação recolhida, processada e documentada pelos enfermeiros, relevante para efeitos do exercício profissional dos médicos, organiza-se em três categorias: parâmetros de vigilância, medicação e atitudes terapêuticas, e dados intercorrentes”. Neste estudo, evidenciaram-se, quanto às áreas de informação comuns entre todos os profissionais de saúde e social: os pedidos de colaboração, a medicação, as patologias em geral e a dependência no autocuidado. Estas intervenções em uso na assistência

aos idosos fazem emergir reflexões e questionamentos, tais como: *Os idosos não recebem orientações promotoras de saúde? Os profissionais de saúde e sociais dirigem a sua atenção tendo em vista o envelhecimento saudável, ativo, autônomo e independente? Médicos, Enfermeiros e Assistentes Sociais, dirigem todos a sua intervenção para as mesmas áreas?*

Por outro lado, a carência de estudos sobre esta temática estimula a criação e a reformulação de políticas públicas que garantam uma comunicação interdisciplinar padronizada. Desse modo, não é possível falar sobre qualidade em saúde sem fazer referência à qualidade da interação e da comunicação entre os profissionais responsáveis pelo cuidado e pela segurança do doente.

A falha de comunicação está entre as principais causas de eventos adversos à saúde em âmbito internacional. Até 70% desses eventos ocorrem entre os profissionais de saúde⁽²³⁾. Pesquisa aponta diferenças hierárquicas, poder e conflitos entre os principais motivos encontrados, que podem inibir os elementos da equipe interdisciplinar. Salienta-se ainda que a dificuldade de articulação em equipe está geralmente relacionada com as distintas formações de base, ideias e papéis de cada grupo profissional⁽²¹⁾. Frente a estas questões, o desenvolvimento de programas de formação-ação sobre estratégias para a melhoria da comunicação em equipe, compreendendo todos os elementos abrangidos, torna-se cada vez mais premente.

A comunicação é também importante para a ação dos assistentes sociais, pois são esses profissionais os que mais solicitam a colaboração dos demais, o que revela a necessidade de interligação constante do serviço social com os profissionais de saúde. Estudo realizado na Finlândia⁽¹⁰⁾ admite a necessidade de reforçar a articulação entre os profissionais sociais e de saúde, para que, em equipe, atendam melhor às necessidades dos idosos. Todavia, estudo⁽¹⁸⁾ demonstra que o envolvimento das instituições de saúde na formalização e no apoio de atividades interdisciplinares muito contribui para a existência de equipes de trabalho funcionais. Do mesmo modo, pesquisa admite que a liderança

é eficaz na promoção do entendimento mútuo entre as várias profissões⁽²¹⁾.

Pelo exposto, cabe a reflexão do necessário empenho das instituições de saúde, dos gestores e dos profissionais da equipe para a resolução de um problema comum. O desenvolvimento desta cultura interdisciplinar refletirá na qualidade dos processos assistenciais e, consequentemente, na segurança dos clientes.

Relata-se como limitação do estudo o fato de todos os profissionais serem de uma só região, o que circunstancia uma realidade limitada.

Conclusão

Os profissionais do estudo não demonstraram intervir de forma coordenada e centrada nas especificidades dos idosos. Referiram ainda não ter, na sua maioria, formação em gerontologia/geriatria.

Sobre o processo de avaliação dos idosos, há dados que todos os profissionais priorizam e outros que ninguém avalia. Todos recolhem dados sobre o estado funcional, isto é, a dependência para a realização de atividades de vida diária e sobre o estado social e o contexto sociofamiliar, mas não contemplam os idosos saudáveis. O foco das ações dirige-se apenas aos idosos doentes/dependentes de terceiros.

No que se refere à comunicação interdisciplinar, aspecto particularmente relevante na assistência aos idosos, os resultados obtidos denotam que os meios de partilha da informação entre médicos, enfermeiros e assistentes sociais que trabalham em equipe são distintos e surgem apenas de modo esporádico, isto é, quando existe um motivo. Este resultado revela a fragmentação do processo assistencial interdisciplinar, que compromete a qualidade e a continuidade de cuidados.

Merece destaque o conteúdo da informação partilhada em equipe, resultante das intervenções individuais que incidem na medicação habitual, doenças, dependência no autocuidado e pedidos de colaboração, com enfoque das respectivas intervenções para o tratamento da doença ao invés da promoção da saúde. Entretanto, o

facto de os assistentes sociais solicitarem mais a colaboração de outros profissionais evidencia a necessidade de articulação constante entre o serviço social e o serviço de saúde.

Pelo exposto, considera-se que urge envolver as diferentes profissões, criar sinergias entre as diferentes áreas de conhecimento, desenvolver as *skillmix* para uma mudança de paradigma na assistência aos idosos no âmbito da promoção da saúde.

A carência de estudos sobre esta temática estimula a criação e reformulação de políticas públicas que garantam um sistema uniformizado e interdisciplinar de avaliação da pessoa idosa.

Compreender o modelo assistencial em uso, na perspetiva dos profissionais de saúde e sociais, contribui para melhorar o trabalho em equipa interdisciplinar e acentuar as suas potencialidades, proporcionando o desenvolvimento de estratégias que aperfeiçoem, cada vez mais, a assistência aos idosos.

Fonte de Financiamento:

Esta pesquisa foi parcialmente apoiada pelo financiamento do município de Vila Nova de Famalicão.

Colaborações:

1 – concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Maria Clara Duarte Monteiro, Maria Manuela Martins, Soraia Dornelles Schoeller;

2 – redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Maria Clara Duarte Monteiro, Maria Manuela Martins, Soraia Dornelles Schoeller e Lucas Antunes;

3 – aprovação final da versão a ser publicada: Maria Clara Duarte Monteiro, Maria Manuela Martins e Soraia Dornelles Schoeller.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde [Internet]. Genebra; 2015 [cited 2019 Mar 19]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO-FWC_ALC_15.01_por.pdf?ua=1
2. Cardoso T, Martins MM, Monteiro MC. Unidade de Cuidados na Comunidade e promoção da saúde do idoso: um programa de intervenção. *Rev Enf Ref*. 2017;serIV(13):103-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16071>
3. Martins M, Monteiro C, Martinho J, Guerra-Martin MD, Alves I, Vieira M. Atividade física nos mais de 65 anos e a Promoção da Saúde. *Actas Gerontol* [Internet]. 2016 [cited 2018 Sep 24];2:1-10. Available from: https://www.researchgate.net/publication/295078234_Atividade_fisica_nos_mais_de_65_anos_e_a_Promocao_da_Saude
4. Escalante Y. Actividad física, ejercicio físico y condición física en el ámbito de la Salud Pública. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2011 [cited 2017 Nov 15];85(4):325-8. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000400001
5. Portugal. Instituto Nacional de Estatística. Dia Mundial da População – 11 de julho. Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia [Internet]. Lisboa (PT); 2015 [cited 2020 Apr 27]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt&xlang=pt
6. Portugal. Serviço Nacional de Saúde. Direção-Geral da Saúde. Documentos e Publicações. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas [Internet]. Lisboa (PT); 2006 [cited 2020 May 3]. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>
7. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020 [Internet]. Lisboa (PT); 2015 maio [cited 2015 Jun 2]. Available from: <https://drive.google.com/drive/folders/1eozNFyshkj7xOnuBZfL0aKmtVTvNKGt?usp=sharing>
8. Young HM, Siegel EO, McCormick WC, Fulmer T, Harootyan LK, Dorr DA. Interdisciplinary collaboration in geriatrics: advancing health for older adults. *Nurs Outlook*. 2011;59(4):243-50. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2011.05.006>
9. Eloranta S, Arve S, Routasalo P. Multiprofessional collaboration promoting home care clients' personal resources: perspectives of older clients. *Int J Older People Nurs*. 2008 Jun;3(2):88-95. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2007.00105.x>

10. Boeckxstaens P, De Graaf P. Primary care and care for older persons: position paper of the European Forum for Primary Care. Qual Prim Care [Internet]. 2011 [cited 2020 Nov 1];19(6):369-89. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22340900/>
11. Streubert HJ, Carpenter DR. Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista. 5a ed. Loures: Lusociência; 2002.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. 5a ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
13. Portugal. Serviço Nacional de Saúde. Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde [Internet]. Lisboa (PT); 2018 [cited 2019 Sep 28]. Available from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relat%C3%B3rio-Social-MS_SNS-2018-002.pdf /
14. Silveira R, Silva E. O trabalho do/a Assistente Social na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): a (in) visibilidade de suas ações x os processos de trabalho em equipe. Textos Contextos. 2018;17(1):97-114. DOI: 10.15448/1677-9509.2018.1.27325
15. Portugal. Serviço Nacional de Saúde. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 [Internet]. Lisboa (PT); 2015 [cited 2015 Sep 22]. Available from: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020.aspx>
16. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database Syst Rev. 2017;9(9):CD006211. DOI: 10.1002/14651858.CD006211.pub3
17. López MVG, Bastante MM, Torres LM, Cantero ADP. Cuidados básicos para la edad avanzada. Spain: Grupoparadigma; Editorial DAE; 2015. Serie Cuidados Básicos, Geriatria, Gerontologia y enfermería geriátrica.
18. Santos MC, Grilo AM, Andrade G, Guimarães T, Gomes A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. Rev Portuguesa Saude Pub [Internet]. 2010 [cited 2020 May 1];(10):47-57. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.21/3120>
19. Pereira F. Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Coimbra: Formasau; 2009.
20. Brown JB, Lewis L, Ellis K, Stewart M, Freeman TR, Kasperski MJ. Mechanisms for communicating within primary health care teams. Can Fam Physician [Internet]. 2009 [cited 2018 Aug 26];55(12):1216-22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20008604/>
21. Asakawa T, Kawabata H, Kisa K, Terashita T, Murakami M, Otaki J. Establishing community-based integrated care for elderly patients through interprofessional teamwork: a qualitative analysis. J Multidiscip Healthc. 2017;10:399-407. DOI: 10.2147/JMDH.S144526
22. Mota L, Pereira F, Sousa P. Sistemas de Informação de Enfermagem: exploração da informação partilhada com os médicos. Rev Enf Ref. 2014;serIV(1):85-91. DOI: 10.12707/RIII12152
23. República Portuguesa. Serviço Nacional de Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma Nº 001/2017, de 8/2/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde [Internet]. Lisboa (PT); 2017 [cited 2017 Jul 19]. Available from: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023296.pdf>
24. Sequeira C. Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Coimbra: Quarteto; 2006.

Recebido: 5 de maio de 2020

Aprovado: 14 de setembro de 2020

Publicado: 13 de abril de 2021



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.

CAPÍTULO II

PROCESSO DE ASSISTÊNCIA INTERDISCIPLINAR NO CUIDADO COM IDOSOS

Apesar da longevidade da população ser considerada uma admirável conquista, ela também pode ser considerada um desafio para os sistemas de saúde. O avanço significativo social e de saúde não garante que as pessoas estejam a viver de forma mais saudável.

Saúde e serviço social nem sempre estão totalmente integrados e muitas vezes centram-se num problema de cada vez, resultando num risco de cuidados fragmentados (Ivanoff *et al.*, 2018).

A natureza da fragilidade em idosos significa que apresentam inúmeras comorbilidades, que por sua vez exigem uma abordagem baseada em equipa para serem atendidas, incluindo profissionais de saúde aliados, serviço social, enfermagem e medicina, todos, lado a lado (Ellis & Sevdalis, 2019; Placideli & Bocchi, 2021). A prática interdisciplinar é uma alternativa eficaz e inovadora para atender a necessidades específicas, proporcionando uma assistência integral de cuidados através da colaboração e partilha mútua entre os profissionais (Fonseca *et al.*, 2021).

Há evidências crescentes na literatura desta articulação integrada de cuidados, como abordagem promissora na assistência aos idosos (Stoop *et al.*, 2019), paradoxalmente as práticas atuais, são limitadas. Atendendo a este facto, importa explorar as práticas dos médicos, enfermeiros e assistentes sociais, através das perceções sobre essas mesmas práticas.

Contudo, para enriquecer ainda mais o estudo, a utilização de métodos qualitativos e quantitativos revelou-se uma estratégia pertinente. A combinação destas metodologias permite ao investigador obter uma visão mais abrangente do fenómeno em estudo, enquanto reduz as limitações inerentes a cada abordagem quando utilizadas isoladamente (Barroga *et al.*, 2023; Santana & Paiva, 2022). Conforme sugere a literatura, a investigação qualitativa tem a capacidade de evidenciar aspetos que podem passar despercebidos em estudos de natureza quantitativa, reforçando, assim, a importância de uma abordagem metodológica complementar (Brasil & Baixinho, 2025).

A abordagem de métodos mistos pode ser usada para corroborar resultados, esclarecer conclusões, desenvolver teorias e testá-las, ou generalizar achados a partir de ambas as abordagens (Nair & Prem, 2020).

Nesse sentido, observa-se uma tendência crescente na utilização combinada de métodos mistos ou triangulação de métodos, que integra abordagens qualitativas e quantitativas de forma simultânea ou sequencial, por meio da inclusão de instrumentos de colheita de dados, técnicas de análise e interpretação de dados. Essa estratégia fortalece a investigação ao explorar as potencialidades de cada metodologia, melhorando a qualidade da pesquisa, aprofundando a análise e possibilitando a obtenção de novos achados, ampliando a compreensão do fenómeno estudado (Barroga *et al.*, 2023; Santana & Paiva, 2022).

A investigação quantitativa implica a recolha e análise de dados numéricos, geralmente com recurso a métodos estatísticos. Os investigadores que seguem a abordagem quantitativa fundamentam-se em pressupostos que incluem a verificação dedutiva de teorias, a adoção de procedimentos para minimizar vieses, o controlo de fatores que possam influenciar os resultados e a possibilidade de generalização e replicação dos achados (Creswell & Creswell, 2018). Portanto, a investigação quantitativa é fundamental para gerar dados mensuráveis, generalizar resultados e fortalecer a qualidade e impacto da pesquisa científica (Barella, *et al.*, 2024).

A investigação quantitativa foi essencial para analisar as práticas assistenciais de médicos, enfermeiros e assistentes sociais com idosos. Através da recolha e análise estatística de dados, foi possível identificar padrões de colaboração interdisciplinar e avaliar o trabalho em equipa na promoção da saúde dos idosos, servindo de base

para o desenvolvimento de um modelo de consulta interdisciplinar em cada contexto.

No segundo momento desta investigação, foram realizados os estudos quantitativos, com os seguintes objetivos: i) compreender as diferenças dos médicos, enfermeiros e assistentes sociais na avaliação do nível de saúde dos idosos; ii) descrever o consenso do conteúdo do instrumento para avaliação assistencial interdisciplinar em saúde da população idosa; iii) analisar a diferença entre a prática profissional dos enfermeiros e dos enfermeiros especialistas de reabilitação, no trabalho em equipa desenvolvido nos cuidados aos idosos; iv) analisar a visão de médicos, enfermeiros e assistentes sociais, sobre práticas na assistência a idosos nos cuidados de saúde primários e hospital; v) criar orientações para a prática de consultas interdisciplinares para idosos.

A colheita de dados dos referidos estudos quantitativos, seguiu o questionário que se encontra no Apêndice II. Para a sua realização, procedeu-se à obtenção do consentimento das comissões de ética (Anexo I e II), tal como já referido.

Desta fase do estudo resultaram cinco artigos que dão corpo a este capítulo.

2.1 Avaliação do nível de saúde dos idosos em uso pela equipa multidisciplinar

A avaliação do estado de saúde dos idosos é um campo dinâmico e essencial para promover o envelhecimento saudável e melhorar os cuidados prestados a essa população. Scoping review recente (Stoop *et.al*, 2019), identifica como componente predominante em programas de cuidados integrados, uma avaliação geriátrica abrangente, também conhecida como avaliação de necessidades ou multidimensional.

Diretrizes claras precisam ser desenvolvidas, indicando qual profissão avalia o quê, quando e como, a fim de garantir quais as necessidades que são avaliadas (Ivanoff, *et al.*, 2018), convergindo para que seja validado o trabalho em equipa. Torna-se urgente a reformulação de políticas públicas que garantam um sistema de avaliação padronizado incluindo uma avaliação de necessidades/multidimensional abrangente (Stoop *et al.*, 2019), não vinculada a instrumentos, personalizada e centrada na pessoa (Ivanoff *et al.*, 2018). Importa ainda, segundo os últimos autores, definir processos e procedimentos de comunicação e colaboração entre as equipas e entre as organizações.

Esta etapa resulta de um estudo quantitativo e transversal, junto de 15 hospitais e 21 ACeS da região norte de Portugal.

O estudo realizado anteriormente, teve como resultado a construção do questionário, que foi aplicado a médicos, enfermeiros e assistentes sociais dos cuidados de saúde primários e diferenciados.

Através deste estudo, foi possível identificar instrumentos utilizados para avaliação dos idosos, e dados do exame físico, na perspetiva dos profissionais, destacando a natureza complexa e multidimensional deste processo. Neste contexto, foi essencial para compreender as diferentes perceções de médicos, enfermeiros e assistentes sociais, que refletem as suas distintas formações e áreas de atuação.

Os achados mais significativos do estudo mostraram que a avaliação dos idosos tem por base uma diversidade de instrumentos que são utilizados por médicos, enfermeiros e assistentes sociais, sugerindo uma abordagem multidisciplinar na avaliação e cuidados aos idosos. Cada grupo profissional contribuiu com

informações essenciais que, quando articuladas, oferecem uma visão holística do estado de saúde do idoso. No entanto, a falta de validação do trabalho em equipa destaca a necessidade de partilha contínua e eficaz, dos cuidados de saúde e sociais, entre os profissionais.

Em suma, estes resultados fornecem uma base sólida para o desenvolvimento de instrumentos de avaliação, contribuindo para padronizar a colheita de dados e para assegurar que as dimensões biopsicossociais do idoso sejam avaliadas de forma integrada.

Perante o exposto, apresentamos de seguida o artigo que resultou deste estudo:

Artigo publicado na Revista Brasileira de Enfermagem

Monteiro, M. C. D., Martins, M. M., & Schoeller, S. D. (2022a). Evaluation of the health level of the elderly: Patient care team considerations. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(1), e20201277. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1277>

Avaliação do nível de saúde dos idosos: olhares da equipe de assistência ao paciente

Evaluation of the health level of the elderly: patient care team considerations

Evaluación del estado de salud de los ancianos: miradas del grupo de asistencia al paciente

Maria Clara Duarte Monteiro¹

ORCID: 0000-0001-8882-5389

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins¹

ORCID: 0000-0003-1527-9940

Soraia Dornelles Schoeller^{II}

ORCID: 0000-0002-2822-4407

^I Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto, Portugal.

^{II} Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Como citar este artigo:

Monteiro MCD, Martins MMFP, Schoeller SD. Evaluation of the health level of the elderly: patient care team considerations. Rev Bras Enferm. 2022;75(1):e20201277. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1277>

Autor Correspondente:

Maria Clara Duarte Monteiro
E-mail: claramonteir@gmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa

EDITOR ASSOCIADO: Fátima Helena Espírito Santo

Submissão: 31-12-2020

Aprovação: 02-04-2021

RESUMO

Objetivo: Compreender as diferenças dos médicos, enfermeiros e assistentes sociais na avaliação do nível de saúde dos idosos. **Métodos:** Estudo quantitativo transversal, com uso de estatística descritiva. Amostra não probabilística, constituída por 291 participantes provenientes de três categorias profissionais: 71 (24,4%) médicos, 192 (66%) enfermeiros e 28 (9,6%) assistentes sociais. Utilizou-se questionário contemplando as variáveis: características sociodemográficas e instrumentos utilizados para avaliação. **Resultados:** Instrumentos com maior utilidade para avaliação dos idosos: para médicos, Mini Exame do Estado Mental; para enfermeiros, Escala de Braden; e para assistentes sociais, Genograma. No exame físico, os dados mais coletados pelos médicos e enfermeiros são os sinais vitais; e pelos assistentes sociais, a condição para executar as Atividades de Vida Diária. **Conclusões:** A avaliação dos idosos tem por base uma diversidade de instrumentos e apresenta-se como área em que os profissionais de saúde e sociais necessitam compartilhar informações.

Descritores: Pessoal de Saúde; Nível de Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente; Idoso; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To understand the differences of physicians, nurses, and social workers in the evaluation of the health status of the elderly. **Methods:** A cross-sectional quantitative study, using descriptive statistics. Non-probabilistic sample, consisting of 291 participants from three professional categories: 71 (24.4%) physicians, 192 (66%) nurses, and 28 (9.6%) social workers. We used a questionnaire including the variables: sociodemographic characteristics and instruments used for evaluation. **Results:** Instruments with greater utility for the evaluation of the elderly: for physicians, Mini Mental State Examination; for nurses, Braden scale; and for social workers, genogram. In the physical examination, the data most collected by physicians and nurses are the vital signs; and by social workers, the condition for performing the Activities of Daily Living. **Conclusions:** The evaluation of the elderly is based on a diversity of instruments and is an area in which health and social professionals need to share information. **Descriptors:** Health Personnel; Health Level; Patient Care Team; Elderly; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Comprender las diferencias de médicos, enfermeros y asistentes sociales en la evaluación del estado de salud de los ancianos. **Métodos:** Estudio cuantitativo transversal, con uso de estadística descriptiva. Muestra no probabilística, constituída por 291 participantes provenientes de tres categorías profesionales: 71 (24,4%) médicos, 192 (66%) enfermeros y 28 (9,6%) asistentes sociales. Utilizó encuesta contemplando las variables: características sociodemográficas e instrumentos utilizados para evaluación. **Resultados:** Instrumentos con mayor utilidad para evaluación de los ancianos: para médicos, Mini-Examen del Estado Mental; para enfermeros, Escala de Braden; y para asistentes sociales, Genograma. En el examen físico, los datos más recogidos por los médicos y enfermeros son los signos vitales; y por los asistentes sociales, la condición para ejecutar las Actividades de Vida Diaria. **Conclusiones:** La evaluación de los ancianos tiene por base una diversidad de instrumentos y se presenta como área en que los profesionales de salud y sociales necesitan compartir informaciones. **Descriptores:** Personal de Salud; Estado de Salud; Grupo de Atención al Paciente; Anciano; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A assistência aos idosos suscita um debate internacional no sentido de potencializar todos os recursos para os manter ativos, autônomos, independentes e com qualidade de vida. Com o envelhecimento progressivo da população, as necessidades em saúde e sociais tendem a tornar-se cada vez mais específicas e complexas, desafiando os modelos de cuidados em uso, os quais vêm a ser insuficientes para o alcance de uma longevidade saudável. A avaliação estruturada das condições dos idosos poderá contribuir para a detecção precoce de fatores de risco que favorecem o declínio funcional e condicionam a qualidade de vida dessa população⁽¹⁾, mas sobretudo se seguir uma lógica de monitorização contínua do nível de saúde.

Diversas evidências têm demonstrado a efetividade de uma avaliação multidimensional do idoso, tanto em relação a custos para o sistema como em resultados de saúde⁽²⁾, ancorada em distintos instrumentos ou escalas de avaliações específicas. Nesse sentido, o trabalho em equipe interdisciplinar tem procurado ser uma resposta possível, constituindo parte integrante das políticas de saúde. O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, estabelecido em Portugal desde 2006, visa obter ganhos em anos de vida com independência, atuando sobre os determinantes da perda de autonomia e de independência⁽³⁾, exigindo uma ação multidisciplinar dos serviços de saúde, em estreita articulação com o serviço social do país.

Apesar do exposto, não se encontra instituída qualquer diretriz sistematizada para uma avaliação gerontológica abrangente, a ser realizada pela equipe de saúde e social, em Cuidados de Saúde Primários. Tal programa propositivo parece sofrer descontinuidades ou falhas em sua realização ao longo do tempo e em diferentes contextos regionais. É corrente observar, na prática, desencontro de ações profissionais como constatado em estudo em que o processo de avaliação dos idosos, realizado por médicos, enfermeiros e assistentes sociais de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS), demonstra informações que se repetem, sendo que a respectiva intervenção é direcionada para a área de atuação de cada profissional⁽⁴⁾.

As políticas de saúde do idoso nacionais e internacionais enfatizam a necessidade de implementação de intervenções centradas na promoção da autonomia individual, adotando medidas de prevenção com foco no envelhecimento ativo e saudável^(5,6-7). Porém, a literatura evidencia discrepâncias no modelo assistencial em uso pelos profissionais de saúde, verificando-se o desencontro entre as expectativas e a prestação dos cuidados^(8,9) ainda muito centrada no modelo biomédico, com foco na identificação e tratamento de doenças agudas. Há dificuldades na adequação das consultas à população idosa, e estas não diferem das consultas dirigidas a adultos de meia-idade⁽¹⁾. A coleta de dados não é satisfatória para uma análise detalhada da sua condição de saúde⁽¹⁰⁾, comprometendo o planeamento das intervenções. É, portanto, reconhecida a necessidade de modificar a abordagem na assistência à saúde dessa população.

Vários são os investigadores que têm refletido sobre essa questão, e eles são consensuais nas propostas de assistência interdisciplinar, entre as quais está a Avaliação Multidimensional do Idoso, que utiliza métodos de avaliação sistemática, baseia-se no princípio do trabalho interdisciplinar, visando a

um acompanhamento de longo prazo ao idoso^(2,11). As dimensões mais estudadas e utilizadas nessa avaliação referem-se ao estado funcional, saúde mental e funcionamento social. Todas essas dimensões devem ser levadas em conta na planificação dos cuidados de saúde, com o objetivo de criar um plano integral para maximizar a saúde no envelhecimento.

Para isso, é necessário um processo de diagnóstico precoce, terapêutico e de orientação de serviços de apoio⁽¹⁾, que permita detectar necessidades não expressas e problemas de saúde não percebidos, pois se por um lado as pessoas idosas tendem a ocultar queixas importantes, por outro os próprios profissionais tendem a desvalorizá-las, associando-as ao processo natural de envelhecimento. Não obstante, é preciso que os profissionais entendam a lógica desse processo, atuem com vistas à interdisciplinaridade e superação da fragmentação da assistência, alcançando assim o cuidado integral e a qualidade assistencial desejada⁽¹²⁾. Importa compreender que a responsabilidade pela promoção da saúde envolve todos os setores, e não só o da saúde, havendo necessidade de reforçar a articulação dos serviços de saúde com os serviços sociais⁽³⁾ visando à obtenção de ganhos em saúde e qualidade de vida.

Resumindo, a assistência em equipe carece de ser repensada de modo a articular ações que possibilitem desenvolver um novo enfoque à saúde dos idosos na perspetiva da integralidade, reconhecendo novas necessidades de saúde das comunidades e dos indivíduos, tais como o envelhecimento da população e sobretudo o aumento da longevidade. É nesse pressuposto que se assenta o presente estudo, pelo que se conclui ser necessário construir caminhos para a promoção da saúde dos idosos no âmbito da interdisciplinaridade e compartilhamento de ações.

Na pesquisa efetuada, constatou-se que são escassas as pesquisas acerca da temática em questão, sendo que as existentes não foram realizadas em Portugal. Por isso, e pelo reconhecimento da importância de uma avaliação multidimensional e interdisciplinar promotora de um envelhecimento autónomo, ativo e saudável, a pertinência desta investigação ficou reforçada.

OBJETIVOS

Analisar como se concretiza a avaliação aos idosos na perspetiva dos médicos, enfermeiros e assistentes sociais; identificar os instrumentos mais utilizados e de maior utilidade; identificar as diferenças de utilização dos instrumentos por cada profissão.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O estudo foi autorizado pela Comissão de Ética das instituições de saúde envolvidas, com início em 2017. Os participantes foram informados dos objetivos da investigação e da garantia de confidencialidade dos dados coletados, assinando o consentimento informado.

Desenho

Atendendo às características e ao objetivo do estudo, a opção metodológica recai sobre a abordagem quantitativa, do tipo estudo

transversal. Trata-se de um estudo observacional em epidemiologia norteado pela ferramenta STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*). Tem por finalidade não só conceber um programa de intervenção na área de gerontogeriatría para profissionais de saúde e do serviço social que traga ganhos em saúde para a população idosa no âmbito do envelhecimento ativo, autônomo e saudável, mas também garantir que tal programa se apresente em condições sustentáveis sem repetição de dados de um mesmo idoso por vários profissionais.

A coleta de dados ocorreu entre maio de 2018 e março de 2019. O questionário foi enviado via correio ou por e-mail com referência ao link de acesso em suporte eletrônico. Anteriormente, foi realizado um pré-teste com 101 profissionais de saúde e sociais de outra região, que participaram como peritos de forma voluntária, com o propósito de aferir e identificar possíveis problemas relacionados à aplicação do questionário, bem como ao tempo previsto para o seu preenchimento.

População e amostra

A população do estudo foi constituída por médicos, enfermeiros e assistentes sociais que desenvolviam cuidados aos idosos nos ACeS e hospitais pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde da região norte de Portugal. A amostra foi obtida por um método não probabilístico, por conveniência, e foi constituída por profissionais que aceitaram participar do estudo, num total de 291 participantes: 71 (24,4%) médicos, 192 (66%) enfermeiros e 28 (9,6%) assistentes sociais.

Crítérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram: profissionais que exercem a sua atividade laboral nos ACeS e nos serviços de medicina, cirurgia, ortopedia e outros serviços de internação hospitalar onde os idosos são atendidos. Por se considerar constituir uma experiência diferenciada na assistência das pessoas idosas, foram excluídos do estudo os profissionais que exerciam funções em hospitais oncológicos e psiquiátricos.

Protocolo do estudo

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário ad hoc de "Avaliação assistencial interdisciplinar em saúde da população idosa", autopreenchido, desenvolvido para avaliar a percepção dos profissionais de saúde e sociais sobre a assistência multidisciplinar, dividido em duas partes, sendo "Parte I – características sociodemográficas dos profissionais" e "Parte II – instrumentos de avaliação gerontogeriatría utilizados", cujas questões emergem das categorias e subcategorias identificadas no estudo realizado previamente sobre os "Modelos em uso na assistência aos idosos". A Parte II, referente à avaliação do idoso realizada pelos profissionais, foi dividida em três blocos de itens, em que as questões compreendem 14 instrumentos de avaliação de idosos e 10 dados de saúde.

Para a operacionalização das variáveis, adotamos a seguinte especificação: variável de caracterização sociodemográfica (sexo,

idade, escolaridade, categoria profissional, tempo de serviço, experiência profissional em gerontologia, formação contínua em gerontologia, formação académica em gerontologia e local de trabalho); variável Instrumentos de avaliação dos idosos. Esta última foi quantificada com base em escalas de Likert nas componentes: 1) utilidade das escalas em uso (*nada útil, pouco útil, útil, muito útil, fundamental para a clínica*) e contendo as dimensões Barthel, Lawton & Brody, Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Braden, Tinetti, *Mini Nutritional Assessment* (MNA), Apgar Familiar, Genograma, Ecomapa, Perfil do Estilo de Vida (PEV), Escala Geriátrica da Depressão, Questionário de Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI), Zarit e Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE); 2) aplicação de escalas na prática clínica (*aplica, não aplica, vê interesse em aplicar, não vê interesse em aplicar*), com as dimensões Barthel, Braden, Lawton & Brody, MEEM, Tinetti, Apgar Familiar, Genograma, Ecomapa, PEV, Escala Geriátrica da Depressão, Sobrecarga do Cuidador Informal, Zarit e EFE; e 3) coleta de dados físicos (*nunca, raramente, às vezes; quase sempre, sempre*), contemplando as dimensões de peso/altura, visão/audição, deglutição, tegumentos, mobilidade/exercício físico, equilíbrio/marcha, estado de nutrição, sinais vitais, condição da situação de eliminação intestinal/vesical, avaliação da condição de execução das Atividades de Vida Diária (AVDs).

No presente artigo, pretendemos descrever a avaliação dos idosos na perspectiva dos diferentes profissionais, colocando em evidência as características sociodemográficas dos participantes e a respetiva avaliação interdisciplinar.

Análise dos resultados e estatística

Os dados obtidos foram processados no programa estatístico IBM-SPSS (versão 25.0). A descrição da amostra foi efetuada com recurso às frequências absolutas e relativas, para variáveis qualitativas; e à média e desvio-padrão, para variáveis quantitativas. A análise dos itens que constituem o questionário por categoria profissional foi efetuada empregando-se as frequências absolutas e relativas. Para analisar a associação entre a categoria profissional e as respostas a cada item do questionário, foi utilizado o teste de qui-quadrado quando seus pressupostos eram verificados (menos de 20% das células com valor esperado inferior a 5). Para todas as análises, foi considerado o nível de significância 0,05.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 291 participantes provenientes de três categorias profissionais: 71 (24,4%) médicos, 192 (66%) enfermeiros e 28 (9,6%) assistentes sociais. Predominaram profissionais do sexo feminino (80,4%) com média de idade de 42,3 anos (DP = 9,6 anos), a maioria com licenciatura (71,8%) e quase metade em gerontologia (48,1%). Possuíam experiência profissional em gerontologia, 185 participantes (64,5%). Porém, 239 (83,6%) não tinham formação continuada em gerontologia. O tempo médio de serviço foi de 17,9 anos (DP = 9,9 anos), verificando-se, no tocante ao local de trabalho, que a maioria dos participantes trabalhava num ACeS (74,6%).

Tabela 1 – Caracterização da amostra

Dados sociodemográficos e profissionais	Total n (%)	Médicos n (%)	Enfermeiros n (%)	Assistentes sociais n (%)	Valor de p*
	291 (100,0)	71 (24,4)	119 (40,9)	28 (9,6)	
Sexo					< 0,001
Feminino	234 (80,4)	39 (54,9)	169 (88,0)	26 (92,9)	
Masculino	57 (19,6)	32 (45,1)	23 (12,0)	2 (7,1)	
Idade, média (DP)	42,3 (9,6)	41,9 (13,3)	42,7 (8,0)	41,6 (7,8)	0,600
Escolaridade					-
Bacharelado	3 (1,0)	0 (0,0)	3 (1,6)	0 (0,0)	
Licenciatura	209 (71,8)	34 (47,9)	152 (79,2)	23 (82,1)	
Mestrado	78 (26,8)	36 (50,7)	37 (19,3)	5 (17,9)	
Doutorado	1 (0,3)	1 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Tempo de serviço, média (DP)	17,9 (9,9)	14,9 (13,0)	19,4 (8,4)	14,6 (7,6)	0,001
Experiência profissional em gerontologia					0,002
Não	102 (35,5)	37 (52,9)	57 (30,0)	8 (19,6)	
Sim	185 (64,5)	33 (47,1)	133 (70,0)	19 (70,4)	
Formação contínua em gerontologia					0,029
Não	239 (83,6)	61 (87,1)	161 (84,7)	17 (65,4)	
Sim	47 (16,4)	9 (12,9)	29 (15,3)	9 (34,6)	
Formação acadêmica em gerontologia					-
Bacharelado	7 (8,6)	1 (5,9)	6 (10,0)	0 (0,0)	
Licenciatura	39 (48,1)	6 (35,3)	32 (53,3)	1 (25,0)	
Mestrado	14 (17,3)	5 (29,4)	7 (11,7)	2 (50,0)	
Doutorado	1 (1,2)	0 (0,0)	1 (1,7)	0 (0,0)	
Especialização	20 (24,7)	5 (29,4)	14 (23,3)	1 (25,0)	
Local de trabalho					0,096
ACeS	217 (74,6)	47 (66,2)	146 (76,0)	24 (85,7)	
Hospital	74 (25,4)	24 (33,8)	46 (24,0)	4 (14,3)	

DP: desvio-padrão; *teste qui-quadrado; *valor de p < 0,05.

Utilidade dos instrumentos para aplicação em idosos

Agrupamos a utilidade dos instrumentos em “nada útil e pouco útil” e “útil, muito útil e fundamental”. Verificamos que todos os instrumentos propostos ficam com valores iguais ou superiores a 70% na classificação de útil, muito útil e fundamental, para o total de participantes. Definimos em duas categorias os dados minoritários (nunca, raramente, às vezes) e os dados majoritários (quase sempre e sempre).

Constata-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre a categoria profissional e a utilidade para a

prática clínica com idosos conforme: o índice de Lawton & Brody (p < 0,001), o índice de Tinetti (p < 0,001), o MNA (p < 0,001), o Apgar Familiar (< 0,001), o Ecomapa (p = 0,040), o PEV (p < 0,001), a Escala Geriátrica de Depressão (p < 0,001), o QASCI (p < 0,001), o Zarit (p = 0,001), a Escala de Fragilidade de Edmonton (p < 0,001) e o MEEM (p < 0,001). Ainda, viu-se que os enfermeiros apresentaram percentuais mais elevados quando comparados com as restantes categorias profissionais para todos os instrumentos exceto para o MEEM, no qual os médicos apresentaram percentuais mais elevados relativamente às restantes categorias profissionais.

Tabela 2 – Distribuição segundo a utilidade dos instrumentos para aplicação em idosos por categoria profissional

Instrumentos de avaliação	Total	Médicos	Enfermeiros	Assistentes sociais	Valor de p*
Barthel					-
NA + PU	19 (7,2)	5 (8,2)	8 (4,4)	6 (26,1)	
U + MU + F	245 (92,8)	56 (91,8)	172 (95,6)	17 (73,9)	
Lawton & Brody					< 0,001
Nada útil	42 (19,5)	9 (20,9)	21 (14,1)	12 (52,2)	
U + MU + F	173 (80,5)	34 (79,1)	128 (85,9)	11 (47,8)	
Mini Exame do Estado Mental					< 0,001
NA + PU	22 (9,0)	1 (1,5)	12 (7,8)	9 (37,5)	
U + MU + F	222 (91,0)	65 (98,5)	142 (92,2)	15 (62,5)	
Braden					-
NA + PU	22 (8,7)	6 (12,8)	4 (2,2)	12 (52,2)	
U + MU + F	231 (91,3)	41 (87,2)	179 (97,8)	11 (47,8)	
Tinetti					< 0,001
NA + PU	46 (23,7)	11 (27,5)	22 (16,7)	13 (59,1)	
U + MU + F	148 (76,3)	29 (72,5)	110 (83,3)	9 (40,9)	

Continua

Continuação da Tabela 2

Instrumentos de avaliação	Total	Médicos	Enfermeiros	Assistentes sociais	Valor de p*
<i>Mini Nutritional Assessment</i>					<0,001
NA + PU	32 (14,4)	8 (17,0)	12 (7,9)	12 (52,2)	
U + MU + F	190 (85,6)	39 (83,0)	140 (92,1)	11 (47,8)	
Apgar Familiar					<0,001
NA + PU	48 (20,1)	17 (28,3)	18 (11,5)	13 (56,5)	
U + MU + F	191 (79,9)	43 (71,7)	138 (88,5)	10 (43,5)	
Genograma					0,454
NA + PU	41 (17,2)	8 (13,6)	27 (17,3)	6 (25,0)	
U + MU + F	198 (82,8)	51 (86,4)	129 (82,7)	18 (75,0)	
Ecomapa					0,040
NA + PU	58 (25,9)	18 (38,3)	32 (20,9)	8 (33,3)	
U + MU + F	166 (74,1)	29 (61,7)	121 (79,1)	16 (66,7)	
Perfil do Estilo de Vida					<0,001
NA + PU	51 (26,0)	15 (36,6)	24 (18,0)	12 (54,5)	
U + MU + F	145 (74,0)	26 (63,4)	109 (82,0)	10 (45,5)	
Escala Geriátrica de Depressão					<0,001
NA + PU	30 (13,7)	7 (13,5)	13 (9,0)	10 (45,5)	
U + MU + F	189 (86,3)	45 (86,5)	132 (91,0)	12 (54,5)	
QASCI					<0,001
NA + PU	26 (11,0)	7 (13,0)	8 (5,1)	11 (44,0)	
U + MU + F	210 (89,0)	47 (87,0)	149 (94,9)	14 (56,0)	
Zarit					0,001
NA + PU	51 (25,4)	14 (33,3)	25 (18,2)	12 (54,5)	
U + MU + F	150 (74,6)	28 (66,7)	112 (81,8)	10 (45,5)	
Fragilidade de Edmontom					<0,001
NA + PU	30 (14,0)	7 (14,9)	11 (7,6)	12 (52,2)	
U + MU + F	185 (86,0)	40 (85,1)	134 (92,4)	11 (47,8)	

NA: Nada útil; PU: pouco útil; U: útil; MU: Muito útil; F: fundamental. *Teste qui-quadrado; *valor de p < 0,05

Instrumentos em uso nos idosos

Os profissionais referem aplicar com mais frequência o Barthel (68,9%) e o Braden (59,5%). Por categoria profissional, os instrumentos mais utilizados na prática pelos médicos são o Barthel (65,6%) e o MEEM (60,3%); pelos enfermeiros, o Braden (77,1%) e o Barthel (75%); e pelos assistentes sociais, o Barthel (30,4%).

Instrumentos de interesse para aplicar em idosos

Dos instrumentos de maior interesse para todos os profissionais, destacamos o QASCI (32,6%), a Escala de Fragilidade de Edmontom (29,9%) e a Escala Geriátrica de Depressão (28,8%), sendo que os médicos apresentaram valores percentuais mais elevados quando comparados com as restantes categorias profissionais.

Por categoria profissional, os instrumentos de maior interesse para aplicar em idosos são: para os médicos, o QASCI (49,1%), a Escala de Fragilidade de Edmontom (41,8%) e a Escala Geriátrica de Depressão (39,3%); para os enfermeiros, o QASCI (29,8%), a Escala de Fragilidade de Edmontom (29,2%) e o PEV (28,6%); e para os assistentes sociais, o genograma (34,8%) e o Ecomapa (31,8%).

Foi considerado "força" sempre que o instrumento apresentasse percentual maior de interesse por cada grupo. O instrumento de avaliação Barthel ("força" para todos os profissionais) evidencia desperdício de forças, pois há uma repetição e não se aproveita o trabalho em equipe já realizado por outro profissional. As fraquezas ocorrem pelas diferenças de opinião do interesse na sua utilização. Os médicos veem interesse em aplicar a Escala de Fragilidade de



Nota: QASCI - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

Figura 1 – Forças e fraquezas da avaliação dos idosos pelos profissionais de saúde

Edmontom e a Escala Geriátrica de Depressão; já os enfermeiros preferem o Perfil do Estilo de Vida; e os assistentes sociais, o Genograma e o Ecomapa. Pode-se afirmar que essa fraqueza tem todas as potencialidades de se tornar uma força do trabalho em equipe.

Dados sobre a avaliação física dos idosos

Do total de profissionais, os dados mais coletados referem-se à condição para execução das AVDs (94%), sinais vitais (90,8%), mobilidade/exercício/físico (90,8%) e equilíbrio/marcha (90,1%). No caso dos médicos, os dados incidem nos sinais vitais (98,6%), condição de execução das AVDs (97,1%), eliminação intestinal/

vesical (95,6%), equilíbrio/marcha (92,8%) e mobilidade/exercício físico (92,8%). Para os enfermeiros, recaem sobre os sinais vitais (97,4%), condição de execução das AVDs (96,3%), mobilidade/exercício físico (95,2%), tegumentos (93,1%), equilíbrio/marcha (93,1%) e eliminação intestinal/vesical (91,5%); enquanto os assistentes sociais se dirigem para a condição de execução das AVDs (68,0%), equilíbrio/marcha (60,0%) e mobilidade/exercício físico (52,0%). Verifica-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre a categoria profissional e a coleta de dados sobre a deglutição ($p < 0,001$), tegumentos ($p < 0,001$), mobilidade/exercício físico ($p < 0,001$) e equilíbrio/marcha ($p < 0,001$), apresentando os enfermeiros percentuais mais elevados quando comparados com as restantes categorias profissionais. Também existe uma associação estatisticamente significativa entre a categoria profissional e a coleta de dados sobre o peso/altura ($p < 0,001$), sinais vitais ($p < 0,001$), estado de nutrição ($p < 0,001$), eliminação intestinal ($p < 0,001$) e visão/audição ($p = 0,022$), sendo, nesse caso, os médicos a apresentarem percentuais mais elevados relativamente às restantes categorias profissionais.

Tabela 3 – Distribuição segundo o exame físico dos idosos por categoria profissional

Dados de avaliação física	Total n (%)	Médicos n (%)	Enfermeiros n (%)	Assistentes sociais n (%)	Valor de p^*
Peso/Altura N + R + AV QS + S	78 (27,6) 205 (72,4)	10 (14,5) 59 (85,5)	44 (23,3) 145 (76,7)	24 (96,0) 1 (4,0)	$< 0,001$
Visão/audição N + R + AV QS + S	110 (39,4) 169 (60,6)	22 (32,8) 45 (67,2)	72 (38,5) 115 (61,5)	16 (64,0) 9 (36,0)	0,022
Deglutição N + R + AV QS + S	72 (25,8) 207 (74,2)	22 (32,8) 45 (67,2)	33 (17,6) 154 (82,4)	17 (68,0) 8 (32,0)	$< 0,001$
Tegumentos N + R + AV QS + S	55 (19,7) 224 (80,3)	17 (25,8) 49 (74,2)	13 (6,9) 175 (93,1)	25 (100,0) 0 (0,0)	$< 0,001$
Mobilidade/exercício físico N + R + AV QS + S	26 (9,2) 256 (90,8)	5 (7,2) 64 (92,8)	9 (4,8) 179 (95,2)	12 (48,0) 13 (52,0)	$< 0,001$
Equilíbrio/marcha N + R + AV QS + S	28 (9,9) 254 (90,1)	5 (7,2) 64 (92,8)	13 (6,9) 175 (93,1)	10 (40,0) 15 (60,0)	$< 0,001$
Estado de nutrição N + R + AV QS + S	54 (19,2) 227 (80,8)	9 (13,2) 59 (86,8)	29 (15,4) 159 (84,6)	16 (64,0) 9 (36,0)	$< 0,001$
Sinais Vitais N + R + AV QS + S	26 (9,2) 258 (90,8)	1 (1,4) 68 (98,6)	5 (2,6) 185 (97,4)	20 (80,0) 5 (20,0)	$< 0,001$
Eliminação intestinal/vesical N + R + AV QS + S	40 (14,2) 241 (85,8)	3 (4,4) 65 (95,6)	16 (8,5) 172 (91,5)	21 (84,0) 4 (16,0)	$< 0,001$
Capacidade de execução AVDs N + R + AV QS + S	17 (6) 266 (94)	2 (2,9) 67 (97,1)	7 (3,7) 182 (96,3)	8 (32,0) 17 (68,0)	-

N: Nunca; R: Raramente; AV: às vezes; QS: Quase sempre; S: Sempre. *Teste qui-quadrado; *valor de $p < 0,05$.

DISCUSSÃO

Em Portugal, ao longo dos anos, a taxa de feminização tem apresentado uma tendência geral de crescimento, tendo-se fixado nos 76,3%, superando a taxa global da Administração Pública (59,9%)

⁽⁷⁾. Neste estudo, a quase totalidade da amostra é constituída por mulheres (80,4%), sendo o pessoal de enfermagem quem mais contribui para essa taxa⁽⁷⁾, muito embora também esteja associada aos assistentes sociais (88% e 92,9% respetivamente).

A média etária de 42,3 anos é distribuída de modo muito similar entre médicos (41,9 anos), enfermeiros (42,7 anos) e assistentes sociais (41,6 anos), à semelhança do panorama nacional, em que a média global das idades dos profissionais se fixou em 44 anos⁽¹³⁾, embora a distribuição da idade média pelos diversos grupos profissionais varie entre os 41 e os 50 anos.

Sobre o nível de escolaridade, a maioria possui licenciatura (71,8%), e cerca de metade dos médicos possui mestrado (50,7%), convergindo esses resultados com dados nacionais em que é possível constatar que, no universo das carreiras ou corpos especiais da saúde (médico, enfermeiro, entre outros), cerca de 82% desses trabalhadores são detentores de grau académico igual ou superior a licenciado⁽¹³⁾.

Apesar de a maioria da amostra (64,5%) possuir experiência profissional em gerontologia, apenas 16,4% referem ter formação

contínua nessa área. Existe evidência de diferenças entre os processos de trabalho das profissões da área médica (com foco nas especializações) e o Serviço Social com formação generalista⁽¹⁴⁾. Contudo, a natureza do trabalho com idosos exige que o profissional procure uma constante atualização. No que concerne à formação académica em gerontologia, quase metade (48,1%) é licenciada nessa área, sendo o grupo profissional dos enfermeiros aquele que detém o valor mais elevado (53,3%), enquanto, no âmbito do mestrado (29,4%) e de pós-graduação (29,4%), são os médicos que se destacam.

Não obstante as diferenças entre os profissionais, as suas opções são consensuais relativamente à utilidade de instrumentos para aplicação em idosos, evidenciando-se o Barthel, para avaliação das AVDs; o Braden, para avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera por pressão; e o MEEM, para avaliação cognitiva. Pesquisas apontam que, entre os instrumentos mais utilizados

nos vários programas integrados de atendimento aos idosos, evidenciam-se o EASYcare (*Elderly Assessment System*), o RAI-HC (*Resident Assessment Instrument - Home Care*)/RAI-CHA (*Community Health Assessment*) e o GRACE (*Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders*)⁽¹⁵⁾. A discordância dos achados com a literatura

permite corroborar outros autores⁽¹⁰⁾ que afirmam ser urgente a reformulação de políticas públicas garantidoras de um sistema de avaliação uniformizado, constituindo um desafio a difusão dos diversos instrumentos, para que se tornem efetivos no cotidiano dos profissionais.

Já quanto à opinião individual dos profissionais, cada categoria considera distintos instrumentos para a avaliação dos idosos, incidindo os médicos na avaliação mental, os enfermeiros na avaliação física e os assistentes sociais na avaliação social. Tais resultados concordam com vários autores e estudiosos da Avaliação Multidimensional do Idoso, perspetivando a necessidade de contemplar a avaliação de quatro domínios: clínico, funcional, psíquico e socioambiental⁽²⁾ — podendo constituir a interdisciplinaridade um recurso imprescindível nesse âmbito. Contudo, os enfermeiros consideram uma maior diversidade de instrumentos relativamente aos médicos e assistentes sociais, compreendendo diversos domínios e evidenciando a visão holística da disciplina de enfermagem.

No que se refere à utilidade do Barthel, um estudo de revisão sistemática⁽¹¹⁾ ratifica a presente investigação, uma vez que constou em 90% (450) dos artigos analisados como um dos instrumentos de eleição para avaliação do estado funcional do idoso. Na Espanha, os instrumentos mais confiáveis encontrados para avaliar a mobilidade dos idosos foram o *Short Physical Performance Battery* (SPPB) e o *Minesotta Leisure Time*⁽¹⁶⁾, divergindo do presente estudo, embora justificado pelas características da amostra. O Barthel avalia a capacidade da pessoa para desempenhar determinadas atividades básicas da vida diária (ABVDs) de modo independente, fornecendo informação com base na pontuação total e nas pontuações parciais para cada atividade avaliada, permitindo identificar as incapacidades específicas da pessoa e adequar os cuidados às respetivas necessidades.

Já a escala de Braden é um dos instrumentos recomendados para a identificação precoce do grau de risco, uma vez que, segundo evidência internacional, cerca de 95% das úlceras por pressão são evitáveis⁽¹⁷⁾. É constituída por seis dimensões: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento — todas elas altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Na prática, é consensual a utilização do Barthel e do Braden, incorporados no sistema de informação clínico (SCLínico) das instituições de saúde públicas. Esses resultados apontam para uma assistência médica e de enfermagem à pessoa idosa muito associada a situações de doença/dependência, em vez de voltada à promoção da saúde e/ou o envelhecimento saudável.

São considerados pelos profissionais instrumentos de menor utilidade para idosos, o PEV e o Ecomapa. O PEV procura identificar componentes do estilo de vida que afetam a saúde e o bem-estar da pessoa, procura mudanças comportamentais e promoção da saúde⁽¹⁸⁾. Sabendo que a longevidade depende muito dos comportamentos individuais, que são influenciados e modificados e, defendendo a OMS⁽⁶⁾ um estilo de vida ativo e saudável, verifica-se que envelhecer saudável constitui um desafio das sociedades atuais, denotando-se, ainda, pouca preocupação com esse grupo etário no âmbito da promoção da saúde. O Ecomapa, representando a unidade familiar em relação com a comunidade que a rodeia e as relações com outros sistemas,

mostra-se um valioso instrumento para a compreensão de processos familiares⁽¹⁹⁾ tão significativos para a saúde emocional do idoso⁽²⁰⁾, para o bem-estar espiritual e para a qualidade de vida⁽¹⁸⁾. Investigação qualitativa realizada em São Paulo (Brasil) avaliou a percepção dos idosos sobre o envelhecimento, concluindo que se torna fundamental o conhecimento da equipe de saúde sobre o processo de senescência e senilidade, sobre o contexto familiar e social do idoso⁽²¹⁾, pelas repercussões decorrentes na saúde do idoso e da própria família, o que difere do presente estudo.

O Tinetti tem sido utilizado para avaliar o equilíbrio e as anormalidades da marcha. Contudo, sabendo que esses aspectos estão entre os principais fatores predisponentes das quedas em idosos⁽²²⁾, verifica-se que os achados divergem da evidência, sugerindo lacunas na avaliação de aspectos de saúde significativos. A sua utilização tem importantes contribuições para a qualidade de vida dos idosos, possibilitando intervenções preventivas, assistenciais e de reabilitação.

Em síntese, a diversidade de instrumentos na assistência aos idosos por cada grupo profissional poderá contribuir não só para diminuir as fraquezas do trabalho interdisciplinar, mas também para a avaliação holística do idoso e para a determinação de um plano de intervenção integral, definido entre médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Com o desígnio de compreender como se concretiza o exame físico dos idosos pelos profissionais, destaca-se que estes se centram na capacidade ou necessidade de ajuda do idoso para a realização de AVDs, as quais se podem dividir em básicas (ABVDs), as que se relacionam com o autocuidado (comer e beber, higiene, vestir-se...) e instrumentais (AIVDs), necessárias para viver em comunidade (fazer compras, uso do telefone...), uma vez que o processo de envelhecimento está associado ao aumento da prevalência de incapacidades funcionais e de doenças crônicas.

Os resultados reforçam as diversas evidências de que a capacidade funcional consta entre as variáveis mais identificadas nos instrumentos de medida construídos especificamente para idosos⁽¹⁰⁾. A sua avaliação permite que os médicos e enfermeiros identifiquem as respetivas necessidades em cuidados de saúde; e que os assistentes sociais adequem a melhor resposta de suporte disponível na comunidade. Paralelamente, salientamos dos dados pouco coletados a visão/audição, divergindo esses achados da investigação internacional que considerou a visão/audição uma das cinco áreas primordiais na avaliação das necessidades de cuidados em idosos⁽¹⁾. Por sua vez, a diminuição da acuidade visual e auditiva são dois dos principais sintomas/manifestações, que podem predispor a alterações no equilíbrio, a dependência funcional e a episódios de quedas⁽²³⁾, confirmando a pertinência da sua integração no exame físico. Por categoria profissional — nesse caso, para médicos e enfermeiros —, salientam-se os sinais vitais, reportando-se a sua monitorização ao acompanhamento e controle dos parâmetros relacionados com a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura corporal, que nos idosos podem variar em consequência da vulnerabilidade associada ao envelhecimento⁽²⁴⁾.

Observa-se, na literatura, que os sinais vitais refletem cada vez mais a idade e as alterações patológicas nos sistemas orgânicos, pelo que constituem relevantes indicadores do estado de saúde, contribuindo para o diagnóstico de doenças agudas e crônicas e para determinar a sua gravidade⁽²⁵⁾, logrando atenção particular

como evidenciado nos achados deste estudo. A preocupação mais centrada na doença do que na promoção da saúde evidencia o modelo biomédico ainda dominante, o qual diverge de práticas promotoras de um envelhecimento ativo, autônomo e saudável^{3,5,7}.

Em síntese, a avaliação realizada pela equipe multidisciplinar não se complementa: ela se afasta de uma avaliação global da saúde do idoso e contribui, por sua vez, para que determinados marcadores do estado de saúde dos idosos fiquem em descoberto e outros sejam repetidos por mais que um profissional.

Limitações do estudo

A limitação refere-se à necessidade de adequar o instrumento de avaliação interdisciplinar para uma maior abrangência dos três grupos profissionais, pois, no caso dos assistentes sociais, as opções de resposta relacionadas com o exame físico interferiram com a sua real expressão. Ademais, a dificuldade de acesso a estudos com os três grupos profissionais impossibilitou a obtenção de maior comparação de resultados com a literatura.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Os resultados do presente estudo fornecem relevantes contribuições para a prática clínica de enfermagem e para o trabalho em equipe entre médicos, enfermeiros e assistentes sociais, ao evidenciar fragilidades na articulação interdisciplinar, com repercussões na promoção da saúde dos idosos. Espera-se que essa investigação motive a reflexão sobre a temática e possa trazer subsídios para a atualização do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.

CONCLUSÕES

Perante o envelhecimento e a longevidade da população, aumentou a necessidade de padronizar a avaliação das pessoas idosas, considerando as componentes biopsicossociais e a intervenção de todos os profissionais de saúde e sociais. Contudo, ressalvas devem ser feitas quanto à utilidade de instrumentos para a avaliação da saúde dos idosos, pois, para os médicos, são de maior utilidade os que incidem em aspectos cognitivos; para os enfermeiros, os que recaem em aspectos físicos; e para os assistentes sociais, os que contemplam aspectos sociais; desse modo, converge-se para uma avaliação holística do idoso, sem que seja validado o trabalho em equipe.

A evidência do uso diferenciado de instrumentos entre os participantes do estudo pode contribuir para melhorar a articulação dos cuidados de saúde e sociais, com implicações na promoção da saúde dos idosos. Por categoria profissional, são os enfermeiros que utilizam uma maior diversidade de instrumentos de medida, comparados aos médicos e assistentes sociais. O exame físico realizado incide maioritariamente na capacidade funcional da pessoa idosa, evidenciando o foco dos profissionais dirigido para as consequências do envelhecimento, o que não favorece a intervenção precoce com o propósito de prevenir e manter o bem-estar dessa população. Denota-se, ainda, pouca preocupação dos profissionais com a identificação de estilos de vida e do suporte social, aspectos essenciais à promoção da longevidade e do envelhecimento ativo e saudável.

Diante desses resultados, sugerem-se futuros estudos dirigidos à interdisciplinaridade entre médicos, enfermeiros e assistentes sociais, como uma estratégia essencial na avaliação da saúde da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

1. Balsinha MC, Gonçalves-Pereira M. A avaliação do paciente idoso em Medicina Geral e Familiar: desafios e oportunidades. *Rev Port Med Geral Fam.* 2014;30:196-201. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v30i3.11364>
2. Moraes EN, Pereira AMVB, Azevedo RS, Moraes FL. Avaliação multidimensional do Idoso/SAS. [Internet]. 2018[cited 2019 Oct 5]. 113p. Available from: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/avaliacaomultididoso_2018_atualiz.pdf
3. Direção-Geral da Saúde (PT). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas [Internet]. Portugal. 2006 [cited 2019 Jul 19]. Available from: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dgcg-de-02072004.aspx>
4. Vieira M. Modelos em uso na assistência a Idosos: traçado para a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação[Dissertação] [Internet]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2018[cited 2019 Oct 5]. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.26/25779>
5. Direção-Geral da Saúde (PT). Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020 [Internet]. Portugal. 2015 [cited 2018 Jul 19]. Available from: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>
6. World Health Organization (WHO). Global strategy and action plan on ageing and health. [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 23]. 56 p. Available from: <https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>
7. Direção-Geral da Saúde (PT). Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025[Internet]. Portugal. 2017 [cited 2018 Nov 12]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
8. Eloranta S, Arve S, Routasalo P. Multiprofessional collaboration promoting home care clients' personal resources: perspectives of older clients. *Int J Older People Nurs.* 2008;3(2):88-95. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2007.00105.x>
9. Young HM, Siegel EO, McCormick WC, Fulmer T, Harootyan LK, Dorr DA. Interdisciplinary collaboration in geriatrics: advancing health for older adults. *Nurs Outlook.* 2011;59(4):243-50. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2011.05.006>
10. Medeiros PA, Fortunato AR, Viscardi AA, Sperandio FF, Mazo GZ. Instrumentos desenvolvidos para o gerenciamento e cuidado de idosos em instituições de longa permanência: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016; 21(11):3597-610. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.09912015>

11. Paixão Jr. CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(1):7-19. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100002>
12. Manzo BF, Ribeiro HCTC, Brito MJM, Alves M. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2012 [cited 2019 Oct 5];20(1):[08 telas]. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_20.pdf
13. Ministério da Saúde (BR). Relatório social do ministério da saúde e do serviço nacional de saúde 2017. Portugal. 2017 [cited 2019 May 5]. [Available from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-Social-MS_SNS-2017-vfinal.pdf
14. Silveira RB, Silva EA. O trabalho do/a Assistente Social na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): a (in) visibilidade de suas ações x os processos de trabalho em equipe. *Texto Contexto Enferm*. 2018;17(1):97-114. <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2018.1.27325>
15. Stoop A, Lette M, van Gils PF, Nijpels G, Baan CA, Bruin SR. Comprehensive geriatric assessments in integrated care programs for older people living at home: A scoping review. *Health Soc Care Community*. 2019;27(5):1-18. <https://doi.org/10.1111/hsc.12793>
16. Castañeda FJR, Aznar CT, Baquero CM, Guerra JC. Sistemática descripción de los instrumentos de medida de la movilidad en personas mayores de 65 años: revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2015;89(6):545-61. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272015000600003>
17. Direção-Geral da Saúde (PT). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários[Internet]. Portugal. 2015 [cited 2018 Jan 22]. Available from: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0032015-de-11032015.aspx>
18. Nahas MV, Barros MV, Francalacci V. O Pentágono do Bem-estar. Base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2000;5(2). <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.5n2p48-59>
19. Wright M, Leahey M. Enfermeiras e famílias. Guia para avaliação e intervenção na família. 5ª ed. São Paulo: ROCA; 2011. 392p.
20. Ferreira LK, Meireles JFF, Ferreira MEC. Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(5):639-51. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180028>
21. Horta AL, Ferreira DC, Zhao LM. Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(4):523-8. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000400004>
22. Rivolta MW, Aktaruzzaman M, Rizzo G, Lafortuna CL, Ferrarin M, Bovi G, et al. Evaluation of the Tinetti score and fall risk assessment via accelerometry-based movement analysis. *Artif Intell Med*. 2019;95:38-47. <https://doi.org/10.1016/j.artmed.2018.08.005>
23. Palma CS. Quedas nos idosos: do risco à prevenção [Dissertação]. Beja: Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde; 2012. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.26/3975>
24. Teixeira CC, Boaventura RP, Souza ACS, Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Bachion MM, et al. Aferição de sinais vitais: um indicador do cuidado seguro em idosos. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(4):1071-8. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500003970014>
25. Chester JG, Rudolph JL. Vital signs in older patients: age-related changes. *J Am Med Dir Assoc*. 2011;12(5):337-43. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2010.04.009>

2.2 Escalas representativas da avaliação dos idosos pela equipa de saúde

Existe um consenso nas ciências da saúde de que as pessoas idosas apresentam necessidades multidimensionais que determinam por sua vez, respostas integradas (Ellis & Sevdalis, 2019; Placideli & Bocchi, 2021; Stoop *et al.*, 2019) com o propósito de facilitar a manutenção da capacidade funcional, diminuir o risco de complicações e promover o envelhecimento ativo e saudável. Por sua vez, de forma mais ou menos explícita, todas as políticas de saúde para idosos orientam os profissionais de saúde e sociais para práticas assistenciais interdisciplinares, com enfoque no trabalho em equipa (WHO, 2017b; WHO, 2020).

Conforme Araújo *et al.* (2024), a avaliação da pessoa idosa deve ser multidimensional, utilizando instrumentos que permitam medir a condição de saúde física, cognitiva e social. Além disso, na prática clínica, a utilização de instrumentos é essencial para identificar problemas, formular diagnósticos, implementar intervenções de enfermagem e avaliar os resultados, sendo crucial para a tomada de decisão e melhoria dos resultados.

No entanto, observa-se uma carência de instrumentos multidimensionais apropriados e específicos para avaliar a saúde da população idosa, sobretudo em países em desenvolvimento, onde os idosos apresentam características singulares. Uma Scoping Review de 2023 encontrou falta de abordagens padronizadas nos processos de avaliação de pessoas idosas internadas para reabilitação geriátrica, desenvolvidos por equipas multidisciplinares, concluindo que a avaliação é realizada apenas por um profissional, neste caso o médico (Muscat *et al.*, 2023). Pesquisadores corroboram que, a elaboração de um instrumento de avaliação interdisciplinar, que recolha informações para subsidiar o planeamento de uma assistência gerontogeriatrica integral e humanizada, se torna essencial (Corrêa *et al.*, 2019).

Neste âmbito, iniciamos nesta fase por nos questionar: quais as escalas a serem utilizadas num instrumento de avaliação para o trabalho em equipa, diante das necessidades dos idosos, no âmbito da promoção da saúde e no acompanhamento da doença? Assim, neste capítulo pretendemos descrever o consenso de conteúdo de um instrumento para avaliação assistencial interdisciplinar em saúde da população idosa.

Para atingir esse objetivo, apresentamos os resultados de um estudo metodológico, com validação de conteúdo realizado por consenso de 101 especialistas com experiência profissional em gerontologia. Através deste estudo, fomos procurar a utilidade, prática e interesse de escalas, na perspectiva de médicos, enfermeiros e assistentes sociais, que trabalham com idosos.

O processo de consenso foi realizado através do questionário resultante dos estudos anteriores, contendo perguntas fechadas sobre escalas para idosos, adaptadas e validadas para a população portuguesa. Os estudos metodológicos abordam o desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (Melo *et al.*, 2017). As crescentes exigências por avaliações de resultados sólidos e confiáveis, testes rigorosos de intervenções e procedimentos sofisticados de obtenção de dados têm levado a um aumento do interesse pela pesquisa metodológica entre enfermeiros pesquisadores (Fernandes & Magalhães, 2024).

O estudo destacou a discrepância entre as escalas consideradas úteis pelos profissionais e as realmente aplicadas na prática. No entanto, oito das treze escalas submetidas foram indicadas como utilizáveis. Dada a influência da especificidade de cada profissão na prática profissional, torna-se crucial, criar sinergias entre profissionais de saúde e de assistência social, rentabilizando recursos para uma prática focada em cuidados integrados e articulados, em prol de uma assistência interdisciplinar e digna para a pessoa idosa.

Conforme evidenciado pelos resultados, o presente estudo permitiu aferir o consenso entre peritos sobre a seleção de escalas representativas na avaliação de idosos, para uma proposta de instrumento de avaliação interdisciplinar.

Este estudo resultou na publicação de um artigo original, apresentado de seguida:

Artigo publicado na Revista Rene

Monteiro, M. C., Martins, M. M., & Schoeller, S. D. (2022b). Consensus on scales for an interdisciplinary health assessment tool for the elderly population. *Revista Rene*, 23, e7847. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222378471>



Consenso de escalas para um instrumento de avaliação interdisciplinar em saúde da população idosa*

Consensus on scales for an interdisciplinary health assessment tool for the elderly population

Como citar este artigo:

Monteiro MCD, Martins MMFPS, Schoeller SD. Consensus on scales for an interdisciplinary health assessment tool for the elderly population. Rev Rene. 2022;23:e78471. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222378471>

✉ Maria Clara Duarte Monteiro¹
✉ Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins²
✉ Soraia Dornelles Schoeller³

*Extraído da tese em andamento intitulada "Construir caminhos para a promoção da saúde dos idosos – a interdisciplinaridade", Universidade do Porto, 2022.

¹Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto. Porto, Portugal.

²Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal.

³Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil.

Autor correspondente:

Maria Clara Duarte Monteiro
Rua 5 de Outubro, 1125, 3º frente;
Vila do Conde, 4480-666. Porto, Portugal.
E-mail: claramonteir@gmail.com

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

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes

EDITOR ASSOCIADO: Renan Alves Silva

RESUMO

Objetivo: descrever o consenso do conteúdo de um instrumento para avaliação assistencial interdisciplinar em saúde da população idosa. **Métodos:** estudo de consenso realizado entre médicos, enfermeiros e assistentes sociais, contemplando a construção de um instrumento e o pré-teste para seleção de escalas para uso na prática. Questionário constituído por perguntas com identificação de escalas representativas na avaliação dos idosos. Consideraram-se selecionadas pelos peritos as escalas que obtiveram o critério de consenso igual ou superior a 75%. Amostra constituída mediante "bola de neve", resultando em 101 participantes. **Resultados:** das 13 escalas submetidas, os profissionais apontaram oito passíveis de utilização e duas que aplicavam na sua prática. As escalas excluídas constituem parte integrante das recomendações de boas práticas na assistência aos idosos. Identificou-se discrepância entre o que consideram útil e de interesse versus o que aplicam na prática. **Conclusão:** o consenso entre peritos permitiu identificar e selecionar dados de avaliação interdisciplinares para uma proposta de instrumento, com vistas a subsidiar o processo de cuidado. **Contribuições para a prática:** contribui-se, assim, para a conscientização sobre o uso de escalas recomendadas para idosos e para evitar a sobreposição das mesmas intervenções por vários profissionais, com ganhos significativos para essa população. **Descritores:** Equipe de Assistência ao Paciente; Serviços de Saúde para Idosos; Pesquisa Interdisciplinar; Consenso; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to describe the consensus of the content of an instrument for assessing interdisciplinary health care of the elderly population. **Methods:** consensus study conducted among physicians, nurses, and social workers, contemplating the construction of instrument and the pre-test for selection of scales for use in practice. Questionnaire consisting of questions that identified representative scales in the assessment of the elderly. The scales that obtained consensus criterion of equal to or greater than 75% were considered selected by the experts. Sample was composed through snowball sampling, resulting in 101 participants. **Results:** of the 13 scales submitted, the professionals indicated that eight were suitable for use and two were already applied within their practice. The excluded became part of the recommendations for good practices in elderly care. A discrepancy was identified between what they consider to be useful and of interest versus what is applied in practice. **Conclusion:** consensus among experts allowed us to identify and select interdisciplinary assessment data for a proposed instrument to support the care process. **Contributions to practice:** this contributes to awareness about the use of recommended scales for the elderly and to avoid the overlapping of the same interventions by several professionals, with significant gains for this population. **Descriptors:** Patient Care Team; Health Services for the Aged; Interdisciplinary Research; Consensus; Nursing.

Introdução

O envelhecimento populacional mundial tem despertado interesse crescente, procura de compreensão acerca das consequências para a saúde e das possíveis mudanças nos modelos assistenciais. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, entre 2015 e 2020, em Portugal, o índice de envelhecimento passou de 146,5 para 167 pessoas idosas por cada 100 jovens, podendo atingir 370,5 em 2080⁽¹⁾. Com o envelhecimento demográfico a acentuar-se de forma exponencial e concomitante aumento da esperança de vida, é iminente a modificação do perfil de saúde dessa população.

Viver com mais idade exige viver bem. Contudo, a assistência aos idosos é caracterizada por cuidados de saúde fragmentados e desajustados, sem interligação e coordenação entre os vários profissionais; há custos desnecessários e consideráveis⁽²⁾, pondo em causa os modelos de atenção em saúde. Estudos corroboram essa afirmação, evidenciando uma assistência à saúde dos idosos pautada em práticas profissionais individualizadas, com ênfase no modelo biomédico⁽³⁻⁴⁾ e prática de cuidados segmentada⁽⁵⁾. Em âmbito internacional, prevalecem lacunas no conhecimento sobre modelos de cuidados integrados dos sistemas de saúde e sociais para idosos⁽⁶⁾, ao passo que, a priori, o processo de transição demográfica requer a adequação dos referidos serviços às necessidades e expectativas dessa população.

Segundo as políticas de saúde do idoso, a promoção de um envelhecimento saudável diz respeito a ações multissetoriais e considera crucial a articulação entre os diversos serviços e profissionais⁽²⁾. No entanto, parece haver consenso de que existem fragilidades no trabalho em equipe entre médicos, enfermeiros e assistentes sociais, sobre a avaliação dos idosos: esta tem por base uma diversidade de escalas e apresenta-se como uma área em que os profissionais de saúde e assistentes sociais necessitam compartilhar informações⁽³⁻⁴⁾. Literatura científica internacional expressa necessidade de mudança das equipas multiprofissionais para equipas interprofissionais⁽⁷⁾ com vistas a

uma avaliação integral, holística e contínua do idoso.

Inverter a lógica do sistema de saúde, dos modelos curativos com enfoque na doença, é determinante para a qualidade de vida dos idosos. Considera-se essencial e eficaz num modelo contemporâneo de saúde para o idoso, integrar promoção da saúde e prevenção de doenças, acompanhamento de doenças crônicas, reabilitação e cuidados paliativos⁽²⁾, mediante consultas orientadas para a monitorização contínua do perfil de saúde habitual e identificação precoce de situações suscetíveis de mudança. O presente estudo se assenta no pressuposto da busca de caminhos para a promoção do envelhecimento ativo e saudável da população idosa, com abordagem interdisciplinar.

Tem como ponto central a preocupação de conhecer as áreas prioritárias identificadas por médicos, enfermeiros e assistentes sociais no desenvolvimento da assistência aos maiores de 65 anos, no sentido de melhorar as ações conjuntas e articuladas de promoção da saúde. O enfoque do estudo nos referidos profissionais justifica-se pelo fato de constituírem a equipe nuclear da assistência aos idosos em Portugal, dadas as necessidades de saúde associadas e os desafios sociais enfrentados.

A par das práticas fragmentadas dos profissionais, constatou-se, no país, lacunas de conhecimento sobre instrumentos validados e implementados na prática para a coleta de dados de saúde dos idosos, que possibilitem a documentação do trabalho conjunto, evitem a duplicação de informações entre os profissionais da equipe e facilitem a identificação precoce de necessidades de saúde e sociais. Apesar de o sistema de informação clínica em uso permitir a consulta da intervenção de cada profissional, sugere também um registo individualizado e não interdisciplinar.

Sendo assim, é essencial criar instrumentos capazes de subsidiar o planeamento de uma assistência interdisciplinar e integral aos idosos, razão pela qual este estudo foi conduzido. Por sua vez, torna-se fundamental neste processo a validade do conteúdo, a fim de verificar se os itens incluídos são representativos para avaliar o fenómeno em estudo⁽⁸⁾.

Pelo exposto, destaca-se a seguinte questão

norteadora para este estudo: Quais as escalas a serem utilizadas num instrumento de avaliação para o trabalho em equipe diante das necessidades dos idosos no âmbito da promoção da saúde e no acompanhamento da doença? Foi definido como objetivo: descrever o consenso do conteúdo de um instrumento para avaliação assistencial interdisciplinar em saúde da população idosa.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, utilizando também o consenso de especialistas sobre a pertinência de escalas para a prática. Ocorreu de janeiro a novembro de 2017.

A população em estudo foi selecionada segundo alguns critérios de inclusão: médicos, enfermeiros e assistentes sociais, inseridos em instituições de saúde de Portugal, a exercerem funções com idosos, há mais de seis meses — por se considerar o período de integração nessa área de atuação. Adotou-se como critério de exclusão: profissionais que exerciam funções em hospitais oncológicos e psiquiátricos, áreas, estas, com exigências distintas, que requerem conhecimentos, instrumentos e estratégias de avaliação específicos. A amostra foi obtida por método não probabilístico, com uso da técnica “bola de neve”: os pesquisadores forneceram os contatos iniciais que atendiam aos critérios de inclusão. Os três profissionais de cada categoria que aceitaram primeiro foram as sementes e convidaram outros do mesmo perfil para participar, resultando em 101 profissionais selecionados aleatoriamente: 5 (5%) médicos, 93 (92%) enfermeiros e 3 (3%) assistentes sociais.

O estudo foi composto por duas etapas: construção do instrumento e pré-teste sobre o uso de escalas para a prática — esta última, por peritos. Na primeira etapa, foi construído um questionário de Avaliação Assistencial Interdisciplinar em Saúde da População Idosa, de autopreenchimento. O conteúdo das questões referentes à assistência multidisciplinar emergiu das categorias identificadas em estudo pré-

vio realizado sobre os “Modelos em uso na assistência aos idosos” com base em entrevistas a oito médicos, oito enfermeiros e oito assistentes sociais, o qual tem resultados publicados⁽³⁾ tanto da pesquisa bibliográfica quanto da evidência científica disponível.

O questionário foi organizado em duas partes. Na primeira, foram colocadas questões visando à caracterização sociodemográfica e profissional do respondente. Na segunda parte, foram apresentadas escalas para estudo da assistência multidisciplinar a idosos.

No presente trabalho, considerou-se como perito: ser profissional especialista na área da gerontologia e, cumulativamente, ter experiência como pesquisador com publicações científicas na área e ser reconhecido como um profissional diferenciado nos cuidados prestados a essa população.

Propunha-se ao grupo de peritos assinalar a sua resposta em relação à utilidade, aplicação e interesse de escalas para a prática. Entendeu-se por “aplicação”, a existência de medidas normativas no serviço para a utilização de determinadas escalas ou o uso pelo profissional para ajudar no estabelecimento de juízos clínicos; por “interesse”, um reconhecimento dos subsídios das escalas para a obtenção de dados de saúde dos idosos, que poderá levar à sua utilização; e por “utilidade”, a identificação das escalas mais prováveis de serem usadas na prática diária com idosos.

Para a operacionalização da variável sociodemográfica e profissional, os peritos responderam aos seguintes itens: sexo, idade, escolaridade, categoria profissional, tempo de serviço, experiência profissional em gerontologia, formação contínua em gerontologia, formação académica em gerontologia e local de trabalho. A resposta sobre a utilidade de escalas era quantificada por meio de uma escala do tipo Likert em cinco níveis, nos componentes: nada útil (não vê fundamentos científicos no cuidado para utilizar), pouco útil (são escassas as situações em que utiliza), útil, muito útil (quando traz grande valia para as práticas) e fundamental (sem o qual torna-se impossível avaliar o cuidado; garante qualidade maior das práticas). Di-

mensões da variável “utilidade”: dependência no autocuidado – Barthel; capacidade funcional – Lawton & Brody; cognição – *Mini Mental State Examination*; risco de lesão por pressão – Braden; equilíbrio corporal – Tinetti; nutrição – *Mini Nutritional Assessment*; funcionalidade familiar – Apgar Familiar; estrutura familiar – Genograma; suporte social – Ecomapa; estilo de vida – Perfil do Estilo de Vida; depressão – Escala de Depressão Geriátrica; sobrecarga física, social e emocional do cuidador informal – Questionário de Sobrecarga do Cuidador Informal; e estresse do cuidador – Zarit. Para a análise da variável “Utilidade de escalas para a prática clínica” e para melhor compreensão das escolhas dos profissionais, foi efetuado um corte entre os que consideram nada ou pouco útil e, no sentido oposto, útil, muito útil e fundamental para a prática clínica.

A informação sobre a aplicação de escalas foi alcançada por meio de uma resposta dicotômica: aplica, não aplica; o interesse seguiu o mesmo critério mediante duas opções (vê interesse em aplicar; não vê interesse em aplicar), contendo as mesmas dimensões da variável anterior, exceto nutrição – *Mini Nutritional Assessment*. As variáveis foram selecionadas por serem vulgarmente utilizadas na investigação e na prática clínica com idosos e já se encontrarem validadas para a população portuguesa.

Na segunda etapa do estudo, foi realizado um pré-teste com 101 profissionais de saúde e sociais de várias regiões do país e experiência profissional em gerontologia. Adotou-se o termo “perito” para descrever os participantes do estudo que, de forma voluntária, validaram o conteúdo do questionário. Por sua vez, a validade de conteúdo por peritos busca aperfeiçoar o conteúdo do instrumento tornando-o mais confiável, preciso e decisivo no que se propõe a medir⁽⁸⁾, principalmente no momento da coleta de dados, para que a qualidade da pesquisa seja alcançada.

A coleta de dados foi realizada via e-mail, com link de acesso ao instrumento *Google Forms* desenvolvido pela equipe de pesquisa, no qual constava a identificação e contato dos pesquisadores e a explicação

do estudo de forma a obter o consentimento informado. Ela ocorreu no período de 30 dias, nos meses de janeiro a fevereiro de 2017.

Para o tratamento dos dados, numa primeira fase eles foram extraídos do *Google Forms* por meio do programa Excel e depois importados para o programa (IBM-SPSS), versão 25.0. Procedeu-se à análise estatística das respostas dos peritos para cada item do questionário, com uso de medidas de análise descritiva. Apesar de não haver consenso na literatura referente aos valores para validade de conteúdo, cabendo ao pesquisador a definição destes, no presente estudo foram selecionados para compor a versão final do questionário os itens de consenso iguais ou superiores a 75% de concordância, relativamente à categoria “utilidade” (útil, muito útil, fundamental); e, no caso do “interesse” e “aplicação”, quando alcançado o valor de 75% nas duas categorias mais positivas (“aplica” e “vê interesse em aplicar”, respectivamente).

Atendendo ao objetivo do estudo, foi também possível perceber as diferenças de opinião dos três grupos profissionais, relativamente à utilidade, aplicação e interesse de escalas para avaliação de idosos. Contudo, devido ao baixo nível de consenso obtido, foi considerado analisar ainda as escalas com representatividade igual ou superior a 50%.

O estudo foi autorizado pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, IP (parecer nº 154/2017). Todos os participantes foram informados dos objetivos da investigação e da garantia de confidencialidade dos dados recolhidos, assinando o consentimento informado.

Resultados

O grupo de peritos constituiu-se, sobretudo, por participantes femininos (81%) e licenciados (57%). Quanto à categoria profissional, 92% eram enfermeiros; 5%, médicos; e 3%, assistentes sociais. Destes, 81,8% têm experiência profissional em gerontologia. Em relação à formação contínua em gerontologia, 72% não a realizam; contudo, 84,9% manifestam in-

teresse na sua aquisição. Sobre a formação acadêmica em gerontologia, 45% a adquiriram na licenciatura, e 42,5%, na pós-graduação. Da amostra, 45% exerciam funções no hospital; 42%, nos Agrupamentos de Centros de Saúde; e 13%, em outro local.

Na sequência do consenso dos peritos (superior a 75%, conforme estabelecido) sobre a utilidade das escalas, os resultados obtidos estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Frequências absolutas e percentuais, intervalos de confiança de 95% das escalas reconhecidas pelos peritos de utilidade, aplicabilidade e interesse para a prática clínica. Porto, Portugal, 2017

Variáveis	Utilidade	*IC 95%	Aplicabilidade	IC 95%	Interesse	IC 95%
	[†] f (%)	[‡] Li-Ls	f (%)	Li-Ls	f (%)	Li-Ls
Barthel	91 (93,8)	89,02-98,61	70 (93,3)	87,69-98,98	18 (85,7)	70,75-100,68
Lawton & Brody	67 (75,2)	66,32-84,24	29 (40,8)	29,41-52,28	19 (95,0)	85,45-104,55
<i>Mini Mental State Examination</i>	88 (91,6)	86,14-97,2	30 (46,9)	34,65-59,1	27 (93,1)	83,88-102,33
Braden	91 (94,7)	90,35-99,24	75 (91,5)	85,42-97,51	15 (100,0)	-
Tinetti	71 (80,7)	72,43-88,93	23 (32,9)	21,85-43,86	18 (94,7)	84,7-104,78
<i>Mini Nutritional Assessment</i>	81 (88,0)	81,41-94,67	-	-	-	-
Apgar Familiar	65 (71,9)	62,97-81,48	9 (14,3)	5,64-22,93	29 (90,6)	80,53-100,72
Genograma	64 (69,5)	60,16-78,97	17 (25,4)	14,95-35,79	23 (85,2)	71,79-98,59
Ecomapa	54 (62,0)	51,87-72,26	11 (17,2)	7,94-26,43	23 (85,2)	71,79-98,59
Perfil do Estilo de Vida	62 (74,7)	65,35-84,05	14 (23,0)	12,4-33,5	27 (100,0)	-
Escala Geriátrica de Depressão	68 (78,2)	69,48-86,84	11 (18,6)	8,71-28,58	29 (87,9)	76,74-99,01
Sobrecarga do Cuidador	83 (89,3)	82,95-95,54	17 (30,4)	18,31-42,4	36 (97,3)	92,07-102,52
Zarit	58 (69,8)	60,01-79,75	10 (17,5)	7,67-27,42	28 (87,5)	76,04-98,96

*IC: Intervalo de Confiança; [†]f: Frequência (Número de respostas); [‡]Li: Limite inferior, Ls: Limite superior

Das 13 escalas apresentadas, oito alcançaram o consenso estabelecido: Braden (94,7%), Barthel (93,8%), *Mini Mental State Examination* (MMSE) (91,6%), Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) (89,3%), *Mini Nutritional Assessment* (MNA) (88%), Tinetti (80,7%), Escala de Depressão Geriátrica (EDG) (78,2%) e o Lawton & Brody (75,2%). A variável com percentagem inferior foi o ecomapa (62%).

Relativamente à aplicação de escalas na prática pelos profissionais, das 12 escalas apresentadas, Barthel (93,3%) e Braden (91,5%) foram as únicas que alcançaram consenso, e as restantes não atingiram

50% de representação. A variável que obteve menor consenso foi o Apgar Familiar (14,3%). Sobre o interesse na aplicação de escalas, a amostra foi unânime para todas as apresentadas com percentagens acima de 75%. Os valores oscilaram entre 85,2% para o Genograma e Ecomapa e 100% para o Braden e Perfil do Estilo de Vida (PEV).

Quanto aos enfermeiros, para além das oito escalas que obtiveram consenso sobre a utilidade, as restantes atingiram uma percentagem superior a 63%, destacando-se o Ecomapa com o valor mais baixo (63,4%). Em relação aos médicos, todos concordam com a utilidade do MMSE, MNA e EDG (100%). Os va-

lores mais baixos das variáveis excluídas referem-se ao Braden, Tinetti, Ecomapa, PEV e Zarit (33,3%). Para os assistentes sociais, todas as escalas apresentadas obtiveram consenso (100%).

Analisando os resultados dos médicos e dos assistentes sociais, no tocante à aplicação de escalas, apesar de não terem alcançado consenso, evidenciou-se a preferência dos médicos pelo MMSE (60,0%) e dos assistentes sociais pelo Braden e Barthel (66,7%).

Mais de 50% dos enfermeiros não aplicam: PEV (50,6%), Zarit e Tinetti (51,8%), EDG (52,9%), Genograma (54,7%), Apgar Familiar (57,5%) e o Ecomapa (58,8%). A maioria “vê interesse” em aplicar todas as escalas apresentadas, salientando-se, porém, que 40% não aplicam o QASCI, mas 40% “veem interesse” em aplicá-lo, e 51,8% não aplicam o Zarit e o Tinetti, mas 32,5% e 21,7%, respectivamente, “veem interesse” em aplicá-los.

No caso dos médicos, salientam-se as escalas não aplicadas: PEV (100%), QASCI (80%), Ecomapa, Lawton & Brody, Tinetti e Zarit (75% cada), Genograma, Apgar Familiar e Braden (60% cada) e EDG (50%). Em relação ao interesse em aplicar, é evidenciado para todas as escalas exceto para o PEV e Tinetti, sobre os quais não se pronunciaram. Destacam-se as escalas não aplicadas: Braden e Apgar Familiar (60%) e Barthel (40%), contudo 40% dos médicos manifestam interesse pela sua aplicação na prática clínica.

As opiniões dos assistentes sociais sobre a aplicação das escalas dividem-se em relação ao Lawton & Brody, Tinetti, EDG e Zarit, pois 50% as aplicam e 50% não (respectivamente). No entanto, também 50% dos profissionais aplicam MMSE e QASCI. Relativamente ao interesse das escalas apresentadas para a prática, ressalta-se que 100% o declararam em relação ao Ecomapa e PEV (respectivamente); 50% aplicam o QASCI e 50% “veem interesse” em aplicá-lo; e, no caso do Genograma, apesar de apenas 33,3% referirem a sua aplicação na prática, 66,7% dos assistentes sociais o consideram de interesse. Em relação ao Apgar Familiar, 50% não o aplicam e 50% “veem interesse” em aplicá-lo.

Discussão

Em relação às características da amostra, majoritariamente feminina, corroboram-se dados relativos à população nacional dos profissionais da área da saúde, também explicada pela maior representatividade do grupo profissional de enfermeiros e da respectiva taxa de feminização. Embora a amostra não apresente uma distribuição equivalente por grupo profissional, identificaram-se, em âmbito nacional, diferenças na representação dos profissionais da região em estudo (18.474 enfermeiros, 8.370 médicos e 1.473 técnicos superiores — entre estes últimos, se incluem os assistentes sociais)⁽⁹⁾, sendo assim, proporcional ao número de trabalhadores. Ademais, não há estatísticas dos profissionais que trabalham só com idosos, motivo pelo qual este manuscrito foi desenvolvido.

Sobre o nível de escolaridade, prevaleceu a licenciatura, convergindo com dados nacionais dos trabalhadores pertencentes à área da saúde (médico, enfermeiro, entre outros)⁽¹⁰⁾. Apesar de a maioria referir ter experiência profissional em gerontologia, é menor a porcentagem que faz formação contínua nessa área, contudo a maioria admite o interesse. É considerada incipiente a formação dos profissionais que integram as equipes de saúde no âmbito do envelhecimento⁽¹¹⁾. Por sua vez, formação gerontogeriátrica realizada com profissionais de saúde da Noruega, Canadá e Estados Unidos evidencia um impacto significativo na aquisição de conhecimentos, atitudes e habilidades de trabalho em equipe interprofissional, constituindo uma sinergia⁽¹²⁾.

No que concerne à formação acadêmica em gerontologia, o interesse manifestado pelos profissionais na aquisição de formação contínua para a prática revela a presença de lacunas. Revisão integrativa sobre o ensino em gerontologia mostra que a educação/formação dos profissionais deve-se articular com a saúde como prática social, garantindo, assim, o atendimento das necessidades associadas ao envelhecimento populacional e individual⁽¹³⁾. Esses achados permi-

tem-nos questionar sobre os planos de estudos dos três grupos profissionais, se contribuem com a prática assistencial e interdisciplinar atual.

A concordância positiva da amostra do estudo sobre a variável “Utilidade de escalas para a prática” aponta para uma avaliação holística da pessoa idosa com uso de diversas escalas, incluindo aspectos físicos (Braden, Barthel, Lawton & Brody, Tinetti, MNA), aspectos cognitivos (MMSE) e aspectos emocionais e sociais (EDG, QASCI), o que permite a obtenção de dados multidimensionais. Tais resultados estão em consonância com aqueles obtidos por vários estudiosos da Avaliação Multidimensional do Idoso, e isso mostra a necessidade de contemplar quatro domínios — clínico, funcional, psíquico e socioambiental⁽¹⁴⁾ — baseando-se no princípio do trabalho interdisciplinar. Porém, o que se verifica na prática é o uso limitado e individualizado de escalas pelos diferentes profissionais, acontecendo mesmo de todos avaliarem idênticas dimensões, deixando outras importantes por diagnosticar. É imprescindível mencionar, também, que o uso de diferentes instrumentos que compartilham constructos semelhantes pode limitar e comprometer a tomada de decisão clínica porquanto se torna mais difícil obter consenso.

Os resultados apurados permitem-nos identificar limitações na intervenção de cada profissional ainda de forma fragmentada, sem considerar elementos fundamentais para identificar necessidades de saúde e sociais. A pessoa (cliente) passa por vários profissionais, quando seria determinante que a informação fosse transversal entre todos e que compreendessem que estão a trabalhar em função das metas da pessoa e não daquilo que cada um julga ser o mais importante. A atenção centrada no cliente deve ser o elemento fundamental tendo em vista as diferentes nuances e aspectos que interferem no envelhecimento populacional.

Um ponto de destaque quanto aos diferentes domínios do processo de cuidar é o contexto familiar e o respectivo cuidador, que devem ser considerados focos de atenção nos cuidados de saúde. Nesse senti-

do, surge o QASCI como elemento satisfatório ao buscar identificar problemas sociais e familiares na rede de cuidado à pessoa idosa. Pesquisadores no Brasil avaliaram a sobrecarga em cuidadores informais de idosos, com uso do QASCI, concluindo que a média de sobrecarga foi elevada, sendo o domínio “Implicações na vida pessoal” o que mais contribuiu para a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais⁽¹⁵⁾. Se o cuidador apresentar sobrecarga, certamente não poderá assegurar cuidados de qualidade.

Apontamos, também, que os estudos encontrados não respondem explicitamente às escalas utilizadas por categoria profissional, e sim às escalas mais usadas na avaliação de síndromes geriátricas, comprometendo a discussão sobre o tema. Inerente ao processo de avaliação, espera-se que a utilização das diversas escalas possibilite a prescrição de intervenções interdisciplinares dirigidas às reais necessidades identificadas por médicos, enfermeiros e assistentes sociais, no âmbito da prevenção da deterioração e/ou da promoção da saúde.

Em relação às escalas excluídas do consenso de utilidade pelos profissionais (Apgar Familiar, Genograma, Ecomapa e PEV), cumpre-nos destacar que a avaliação do idoso ultrapassa os aspectos físicos, estendendo-se cada vez mais às relações familiares, conjugais e rede de suporte social de seus cuidadores. Sendo assim, a desvalorização das referidas escalas e da avaliação da funcionalidade familiar pode representar uma fragilidade das práticas. A importância atribuída a um ou outro instrumento pode também estar relacionada com a formação académica dos diversos profissionais ou com a abordagem utilizada por cada um. Em Portugal, ainda existem dificuldades em valorizar e intervir no nível da saúde familiar.

Outras das razões podem ser: desconhecimento por parte de alguns profissionais; dificuldade de aplicação na prática por inexistência de ferramentas próprias incorporadas no sistema de informação clínica e a gestão do tempo disponível para cada consulta; e o âmbito curativo e terapêutico da intervenção, ou seja, o atual modelo assistencial em uso, compromete-

tendo, assim, a assistência holística e promotora de saúde da população idosa. Estudos comprovam que alguns profissionais veem a aplicação de escalas como mais uma tarefa a realizar na prática, que requer um investimento de tempo acrescido e, portanto, como uma sobrecarga de trabalho⁽¹⁶⁾. Porém, há diferenças na sua aplicação por enfermeiros, pois o próprio conhecimento e utilização de escalas na prática são distintos⁽¹⁷⁾.

Por outro lado, estamos conscientes de que uma avaliação multidimensional requer um equilíbrio entre as diversas escalas utilizadas, pois, caso contrário, torna-se incomportável aplicar na prática todos os instrumentos. Portanto, se não existir um instrumento único abrangente, os profissionais ficam sobrecarregados e deslizam para um desadequado atendimento holístico à população idosa.

No julgamento dos peritos sobre as escalas aplicadas na prática, Barthel e Braden, estas recaem em aspectos físicos do idoso, capacidade para a realização de atividades de vida diária e risco de desenvolvimento de lesões por pressão, respectivamente. Na realidade, as escalas mais pontuadas pelos peritos evidenciam a perspectiva do problema, uma maior sensibilidade para o diagnóstico clínico e não tanto para a monitorização e acompanhamento do envelhecimento saudável, modelo este que é ainda bastante tímido.

No que se refere à utilização do Barthel, estudo realizado com o objetivo de avaliar a capacidade funcional e determinar os fatores associados ao declínio funcional dos idosos utilizou o referido instrumento, corroborado pela presente investigação⁽¹⁸⁾. No entanto existem outros instrumentos aplicados na investigação e na prática clínica. No Brasil, estudo de revisão integrativa diverge do presente estudo, identificando, entre os instrumentos mais utilizados para avaliação do estado funcional do idoso, o índice de Katz e a escala⁽¹⁹⁾ de Lawton. A discordância dos achados com a literatura confirma a assimetria existente na avaliação dos idosos pelos profissionais, em que cada qual segue um modelo determinado, podendo resultar em

práticas não baseadas em evidências e/ou não dirigidas à população idosa.

A escala de Braden é constituída por seis dimensões; todas, altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de cisalhamento. Elas apoiam os profissionais na implementação de intervenções preventivas no desenvolvimento de lesões por pressão. No Brasil, foi desenvolvido um estudo em que foi analisada a aplicabilidade da Escala de Braden a doentes internados com o diagnóstico de enfermagem “mobilidade comprometida”. Os autores concluíram que se mostrou o melhor instrumento preditivo de risco nessa população⁽²⁰⁾; convergindo com os resultados deste estudo, Braden foi considerada uma boa escala para ser utilizada. Pesquisa desenvolvida na China evidencia o contrário: a escala de Braden apresenta validade preditiva insuficiente e baixa precisão na identificação de pessoas com diferentes níveis de risco de lesão por pressão, podendo comprometer a sua caracterização⁽²¹⁾. Há disponibilidade de mais de 40 instrumentos ou escalas de avaliação do risco de lesões por pressão, com destaque, entre as mais utilizadas, para as escalas⁽¹⁷⁾ de Norton, Waterlow e Braden.

O consenso alcançado neste estudo sobre a aplicação de escalas ratifica as características da amostra, majoritariamente representada por enfermeiros, que utilizam um sistema de informação clínica (SCLínico®) na sua prática, em que as referidas escalas se encontram incorporadas no âmbito da Parametrização Nacional Única do país e são aplicadas para responder a protocolos institucionais. Não obstante, esses achados apontam para uma assistência à pessoa idosa centrada no déficit para a realização das atividades básicas de vida diária/autocuidado frequentemente baseada no modelo biomédico, descurando da atenção integral ao idoso e, sobretudo, das ações para o envelhecimento saudável.

Além disso, este estudo apurou diferenças de opiniões entre os três grupos profissionais, em relação à utilidade, aplicação e interesse de escalas para a prá-

tica, que se podem constituir potencialidades no seio do trabalho em equipe, bem como semelhanças que são fragilidades a valorizar. Médicos e enfermeiros não aplicam na sua prática diária as escalas PEV, Tinetti, Ecomapa, Genograma, Apgar Familiar, EDG e Zarit, contrariando as recomendações de boas práticas na assistência aos idosos⁽²⁾. Por outro lado, a maioria dos peritos vê interesse em aplicar escalas, mas na prática não o fazem.

Diante dos resultados e da discrepância entre o que consideram útil e de interesse versus o que aplicam na prática, evidencia-se a necessidade de melhoria da assistência, para se atingirem as metas apontadas pelo Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, pois só assim poderão ser desenvolvidas intervenções mais efetivas.

O exposto reforça a necessidade de se identificarem aspectos específicos que afetam a saúde da pessoa idosa e situações de vulnerabilidade social, os quais requerem intervenção de maneira preventiva, holística e interdisciplinar. Esse modelo de cuidados coloca o desafio crescente aos profissionais, a ser superado com o trabalho em equipe, configurado numa relação recíproca e de convergência entre todos, em razão da nova realidade epidemiológica.

Limitações do estudo

Entre as limitações do estudo, está a não representação igualitária de todas as categorias profissionais e a escassez de estudos relacionados ao tema em questão, dificultando a comparação dos resultados encontrados com outros autores. Outro aspecto a ser explorado é o alinhamento e influência dos resultados das escalas para a formulação de diagnósticos.

Contribuições para a prática

A proposta de construir um instrumento para investigar práticas no uso de escalas foi vista como uma oportunidade de reconhecer potencialidades e fragilidades nas ações desenvolvidas pelos profissio-

nais de saúde e assistentes sociais, podendo ser usada por outros pesquisadores na assistência interdisciplinar a idosos, sobretudo em auditorias de avaliação do processo assistencial. Os resultados apurados poderão servir para fundamentar pesquisas futuras ou mesmo servir como base para repensar a prática clínica em uso. No futuro, será útil a continuação do estudo do instrumento no sentido da sua validação e praticabilidade do ponto de vista dos médicos, enfermeiros e assistentes sociais.

Em termos de implicações para a prática clínica, propõe-se incluir as escalas reconhecidas para idosos no sistema de informação clínica (SCLínico), como recurso de planejamento estratégico e tático para a definição de ações multissetoriais, contribuindo para o suporte à tomada de decisão, cuja eficácia depende do esforço conjunto dos três grupos profissionais. Além disso, as escalas permitem que os gestores conheçam possíveis fraquezas no atendimento a essa população.

Conclusão

Com base no consenso realizado com profissionais de saúde e assistentes sociais, evidenciou-se que as escalas a serem inseridas num instrumento de avaliação da assistência interdisciplinar em saúde da população idosa foram: Braden, Barthel, *Mini Mental State Examination*, Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, *Mini Nutritional Assessment*, Tinetti, Escala de Depressão Geriátrica e o Lawton & Brody.

O instrumento mostrou-se útil na identificação das escalas representativas na avaliação dos idosos, fornecendo subsídios para o planejamento do trabalho interdisciplinar em saúde e para a assistência à pessoa idosa.

Contribuição dos autores

Concepção e projeto, análise e interpretação dos dados; redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser

publicada; responsabilidade por todos os aspectos do estudo, garantindo exatidão ou integridade: Monteiro MCD, Martins MMFPS, Schoeller SD.

Referências

1. Instituto Nacional de Estatística (PT). Estatísticas: população [Internet]. 2021 [cited Jan. 28, 2022]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_ontecto=pi&indOcorrCod=0008258&selTab=tab0
2. World Health Organization (WHO). Global strategy and action plan on ageing and health [Internet]. 2017 [cited Jan. 23, 2022]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329960/9789241513500-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Monteiro MCD, Martins MM, Schoeller SD, Antunes L. Elder health care: interdisciplinary health team. *Rev Baiana Enferm.* 2021;35:e36702. doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.36702>
4. Monteiro MCD, Martins MM, Schoeller SD. Evaluation of the health level of the elderly: patient care team considerations. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(1):e20201277. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1277>
5. Silveira R, Silva E. O trabalho do/a Assistente Social na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): a (in) visibilidade de suas ações x os processos de trabalho em equipe. *Texto Contextos.* 2018;17(1):97-114. doi: <https://dx.doi.org/10.15448/1677-9509.2018.1.27325>
6. Briggs AM, Valentijn PP, Thiyagarajan JA, Carvalho IA. Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. *BMJ Open.* 2018;8(4):e021194. doi: <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021194>
7. Guimarães BEB, Branco ABAC. Teamwork in primary health care: bibliographic research. *Rev Psicol Saúde.* 2020;12(1):143-55. doi: <https://doi.org/10.20435/pssa.v12i1.669>
8. Dalla NCR, Zoboli E, Vieira MM. Validation by experts: importance in translation and adaptation of instruments. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(3):e64851. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.64851>
9. Serviço Nacional de Saúde (PT). Área da Transparência do Portal SNS. Trabalhadores por Grupo Profissional [Internet]. 2022 [cited Mar. 30, 2022]. Available from: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/trabalhadores-por-grupo-profissional/analyze/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=periodo>
10. Serviço Nacional de Saúde (PT). Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde [Internet]. 2018 [cited Jan. 28, 2022]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relat%C3%B3rio-Social-MS-SNS-2018-002.pdf>
11. Lima RRT, Vilar RLA, Costa TPT, Castro JL, Lima KC. Health education in the context of aging: in focus, the curricular contents. *Res Soc Dev.* 2018;7(10):e15710587. doi: <https://dx.doi.org/10.17648/rsd-v7i10.587>
12. Clark PG, Weeks LE, Van Bergh GD, Doucet S. Gerontology across the professions and the Atlantic: development and evaluation of an interprofessional and international course on aging and health. *Gerontol Geriatr Educ.* 2017;38(2):141-57. doi: <https://dx.doi.org/10.1080/02701960.2016.1144599>
13. Chrizostimo MM, Caldas CP. Professional training of gerontological nurses: integrative review. *Res Soc Dev.* 2021;10(11):e426101119813. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19813>
14. Moraes EN, Pereira AMVB, Azevedo RS, Moraes FL. Avaliação multidimensional do Idoso/SAS [Internet]. 2018 [cited Jan 5, 2022]. Available from: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/avaliacaomultidoidoso_2018_atualiz.pdf
15. Mendes PN, Figueiredo ML, Santos AM, Fernandes MA, Fonseca RS. Physical, emotional and social burden of elderly patients' informal caregivers. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(1):87-94. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900012>
16. Rodríguez-Acelas AL, Cañon-Montañez W. Contribuições das escalas em saúde como ferramentas que influenciam decisões no cuidado dos pacientes. *Rev Cuid.* 2018;9(1):1949-60. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.498>
17. Cabral JVB, Vasconcelos LM, Oliveira MM. Conhecimento dos enfermeiros e uso escala de Braden em

- unidades de terapia intensiva: análise da produção científica brasileira. *ReBraM*. 2021;24(1):166-74. doi: <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2021.v24i1.782>
18. Oliveira A, Nossa P, Mota-Pinto A. Functional capacity in the elderly. *Acta Med Port*. 2019;32(10):654-60. doi: <https://doi.org/10.20344/amp.11974>
19. Santos GCM, Mendes ALR, Santos IN, Braga ACC, Ribeiro MO, Neves SMV. Evaluation of the functional capacity of the elderly. *Casos Consultoria [Internet]*. 2021 [cited Mar 1, 2022];12(1):e24628. Available from: <https://periodicos.ufrn.br/caso-seconsultoria/article/view/24628>
20. Jansen RCS, Silva KBA, Moura MES. Braden Scale in pressure ulcer risk assessment. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(6):e20190413. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0413>
21. Feng-Min C, Yan-Jun J, Ching-Wen C, Yen-Ching C, Tao-Hsin T. The application of braden scale and rough set theory for pressure injury risk in elderly male population. *J Mens Health*. 2021;17(4):156-65. doi: <https://doi.org/10.31083/jomh.2021.022>



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

2.3. Intervenções da equipa de saúde: particularidades para uma assistência interdisciplinar com os idosos

A mudança demográfica atual aumenta a procura da integração da saúde e da assistência social para melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos (Ge *et al.*, 2023). No entanto, poucos países conseguiram prestar cuidados integrados de forma sustentada a idosos, apesar de serem considerados um importante facilitador do envelhecimento saudável (Briggs *et al.*, 2018).

A Organização Mundial de Saúde defende que a integração de cuidados e a colaboração interprofissional em todos os contextos de cuidados, bem como a centralidade nos idosos (Ivanoff *et al.*, 2018), constituem pilares fundamentais para melhorar os resultados de saúde e reduzir custos (WHO, 2024). Revisão sistemática mostrou que a intervenção interprofissional ou multiprofissional tem efeitos positivos na saúde física, no bem-estar psicossocial e na utilização dos serviços de saúde (Platzer *et al.*, 2020).

Em Portugal, atualmente não existe consenso entre médicos, enfermeiros e assistentes sociais relativamente às intervenções interdisciplinares com a população idosa. Na Etiópia, um estudo recente de Wendimagegn e Bezuidenhout (2019) concluiu que a ausência de cuidados de saúde integrados se deve à falta de recursos humanos qualificados, equipamentos, medicamentos, protocolos, diretrizes, custos dos serviços, falta de consciencialização dos utilizadores e ao foco dos profissionais no modelo biomédico.

A literatura mostra que há um interesse emergente em preencher a lacuna entre saúde e setores de serviço social (Sullivan *et al.*, 2017). Todavia, verificam-se políticas inadequadas, serviços desajustados (...) (Machado *et al.*, 2021), uma assistência caracterizada pela fragmentação do indivíduo, submetido a várias consultas com diversos profissionais, sem partilha das informações entre todos (...) (Fonseca *et al.*, 2021), resultando por sua vez em intervenções ineficientes que se sobrepõem e se repetem (Moncatar *et al.*, 2021).

Na procura de uma assistência adequada à saúde do idoso, neste capítulo, abordam-se as áreas de maior intervenção com idosos e respetivas diferenças de intervenções entre os médicos, enfermeiros e assistentes sociais dos cuidados de

saúde primários e do hospital, com o intuito de criar orientações para um instrumento de avaliação assistencial interdisciplinar para idosos.

Artigo submetido para publicação na revista Nursing Forum

Monteiro, M. C. D., Martins, M. M., & Schoeller, S. D. (2025). Interdisciplinary team interventions with older adults: A consensus study. Submetido para publicação em *Nursing Forum* (em revisão).

1 **Nursing Forum**

2 **Interdisciplinary Team Interventions With Older Adults: A**
3 **Consensus Study**

4 M. C. Monteiro¹, M. M. Martins¹ and S. D. Schoeller²

5 ¹ Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.

6 ² Universidade do Estado de Santa Catarina, Brasil.

7 Correspondence should be addressed to M. C. Monteiro; claramonteir@gmail.com

8

9

10

11 **Abstract**

12 *Background:* Current demographic trends strongly support the integration of social and health
13 services in the care of older adults. However, a lack of consensus persists among doctors,
14 nurses, and social workers regarding the most appropriate interventions. *Aim:* To describe a
15 consensus of interventions aimed at developing an interdisciplinary health care assessment tool
16 for the older population. *Methods:* A descriptive and exploratory quantitative study involving
17 101 experts working with older adults in primary and specialized care in northern Portugal. A
18 questionnaire was used, covering essential areas of intervention in elderly care. Interventions
19 that received at least 75% agreement among experts were considered consensual. Data were
20 analyzed using descriptive and inferential statistics with the support of SPSS® software
21 *Results:* The most consensual interventions focused on prevention, particularly therapeutic
22 management (96%), personal hygiene (92.1%), and prevention of immobility-related
23 complications (91.1%). In contrast, areas such as family conflict (57.4%) and emotional
24 deterioration (66.3%) were less valued. In the domain of health education, interventions related
25 to nutrition were the most highly rated (>85%), while those concerning preventive behavior
26 achieved less consensus (32.7%). A significant proportion of professionals (41.6%) reported
27 not routinely advising older adults on daily relaxation practices. Disagreement was also
28 observed regarding how often lifestyle components were addressed. Moreover, discrepancies
29 emerged among professionals regarding the interventions implemented in practice.
30 *Conclusions:* The study identified a significant consensus among experts on priority
31 interventions in elderly care, particularly in the preventive dimension, and highlighted gaps
32 regarding practice. This consensus supports the development of an interdisciplinary assessment
33 tool to improve elderly care policies and practices in Portugal.

34

35 Introduction

36 Demographic changes and population ageing have intensified the need to integrate health and
37 social care services to enhance individual well-being [1, 2]. The nature of frailty in older adults
38 results in numerous comorbidities, requiring an interdisciplinary approach involving doctors,
39 nurses, social workers, and other healthcare professionals [3]. In this regard, a transition is
40 recommended from the traditional disease-centred model to a holistic, person-centred
41 approach, combining these principles to deliver integrated, multidimensional care aligned with
42 the needs and priorities of older adults [4–6].

43 Although such an approach plays a pivotal role in healthy ageing, few countries have succeeded
44 in implementing and sustaining it. In Portugal, a gap in knowledge remains among doctors,
45 nurses, and social workers regarding interdisciplinary interventions directed at the older
46 population. Inadequate policies, misaligned services, limited access to care, and inappropriate
47 nursing consultations are still observed [7].

48 Elderly healthcare remains characterised by fragmented care, where older adults are subjected
49 to multiple consultations with different professionals without adequate information sharing [8].
50 This scenario often results in polypharmacy and unnecessary diagnostic testing [9], leading to
51 inefficient and repetitive interventions [10–12]. Additionally, a lack of coordination between
52 health and social care providers undermines the effectiveness of geriatric services [4].

53 International studies echo these challenges. In the Philippines, interprofessional collaboration
54 in elderly care between social workers and healthcare professionals was found to be limited to
55 ad hoc conversations, often focused on administrative matters [10]. A consensus study on the
56 use of assessment tools with older adults revealed discrepancies between professionals'
57 perceptions of their utility and their actual application in practice [13]. In Ethiopia, the absence
58 of integrated care provision was attributed to a shortage of qualified human resources,
59 equipment, protocols and guidelines, high costs, and a prevailing focus on the biomedical
60 model by professionals [14]. Moreover, collaboration difficulties among professionals often
61 stem from differences in training, perceptions, and professional roles [15].

62 In response to these challenges, the World Health Organization (WHO) has proposed a model
63 of integrated, person-centred health and social care to ensure a comprehensive approach that
64 promotes health while preserving the autonomy and dignity of older individuals [5, 4]. National
65 health policies have also increasingly targeted strategies for healthy ageing [16]. Nevertheless,
66 adaptation to this reality in Portugal still falls short of fully addressing the population's needs.

67 To tackle current and future challenges, it is essential to develop intervention strategies that
68 reconcile the specificities of each profession with a transversal and collaborative practice.
69 Studies indicate that effective teamwork requires interdependence of tasks, knowledge sharing,
70 and coordination of efforts to support joint decision-making and the implementation of targeted
71 interventions [17]. Ongoing health monitoring may facilitate the shift toward more preventive
72 and accessible care. A systematic review shows that interdisciplinary and multiprofessional
73 interventions have a positive impact on both the physical and psychosocial health of older
74 adults, while optimising the use of healthcare services [18]. Among the most effective
75 interventions are those that enhance intrinsic and functional capacity, as well as those that
76 strengthen social support networks [5].

77 Within this context, nursing plays a central role in the coordination between healthcare
78 professionals, older adults, and caregivers, contributing to health promotion, intervention
79 planning, and care guidance [19]. A recent scoping review (2023) reinforces the importance of
80 nursing in geriatric rehabilitation, emphasising its mediating role between users and
81 multidisciplinary teams [20]. In assuming this role, nurses can foster greater awareness among
82 older adults regarding their rehabilitation process, encouraging them to take responsibility for
83 their care.

84 The rehabilitation nurse specialist, with specific competencies in geriatric assessment,
85 functional management, and the promotion of healthy ageing, plays a crucial role in supporting
86 older adults. These nurses are able to identify and plan personalised interventions aimed at
87 maintaining autonomy, preventing complications, and improving quality of life [21]. Their
88 practice, centred on health promotion and maximisation of functionality, ensures that older
89 people can actively participate in their rehabilitation process and in healthy ageing, within an
90 integrated approach involving a multidisciplinary team.

91 Considering the new demographic profile, it is imperative to reconfigure healthcare systems to
92 meet the social and health needs of the ageing population. Thus, investigating the perceptions
93 of doctors, nurses, and social workers regarding interdisciplinary interventions is essential for
94 informing policy development and the ongoing improvement of care practices in Portugal.

95 The aim of this study was to describe a consensus of interventions for the development of an
96 interdisciplinary health care assessment tool aimed at the older population.

97

98 **Materials and Methods**

99 *Design, Samples, and Settings*

100 This is a descriptive and exploratory study of a quantitative nature, also incorporating expert
101 consensus on the relevance of interventions to professional practice. It is a methodological
102 study, described in accordance with the SQUIRE framework of the EQUATOR network.

103 The objective was to identify which interventions are recommended for older adults in hospital
104 and community settings, based on the perspectives of doctors, nurses, and social workers. The
105 inclusion criteria for participants' selection were: being an expert in their respective
106 professional field (medicine, nursing, or social work). Eligibility was established by possession
107 of formal training in the relevant field, combined with a minimum of six months' professional
108 experience with older adults; participants were also required to be currently employed in a
109 public hospital or within the primary healthcare sector of the National Health Service (NHS).
110 Exclusion criteria included professionals working in oncology or psychiatric hospitals, given
111 the distinct intervention requirements in those settings, which differ from the scope of this
112 investigation.

113 A non-probabilistic "snowball" sampling technique was employed, meaning the number of
114 professionals who received the invitation to participate in the study is unknown. This method
115 is particularly advantageous when targeting dispersed or hard-to-reach populations, such as
116 professionals from diverse disciplines working with older adults. In this initial phase, 101
117 professionals participated: 5 (5%) doctors, 93 (92%) nurses, and 3 (3%) social workers.

118 *Measure*

119 The questionnaire entitled "Interdisciplinary Healthcare Assessment in the Older Adult
120 Population" was developed by the authors. The content of the questionnaire's multidisciplinary
121 care section emerged from thematic categories identified in a prior study on "Models in Use in
122 Elderly Care", the results of which have already been published [8]. The questionnaire
123 "Interdisciplinary Healthcare Assessment in the Older Adult Population" is structured in two
124 parts. The first includes questions aimed at collecting sociodemographic and professional
125 information from participants. These items captured the following attributes: sex, age,
126 educational attainment, professional category, years of service, professional experience in
127 gerontology, continuing education in gerontology, academic qualifications in gerontology, and
128 place of work.

129 The second part comprises interventions related to multidisciplinary care of older adults,
130 organized into three major domains aimed at promoting older people's health: Health
131 Education, Lifestyles, and Prevention. The Health Education category comprised 15 statements
132 rated on a three-point *Likert* scale: not always (3), yes (2), and no (1). The Lifestyle category
133 (Nahas et al.) [22] included five statements evaluated on a six-point *likert* scale: every
134 consultation (6), monthly (5), every 3 months (4), every 6 months (3), annually (2), and not
135 discussed (1). The Prevention domain included 17 statements assessed using a three-point *likert*
136 scale: yes (2), no (1), and not applicable (0).

137 The questionnaire was administered via Google Forms, beginning with an informed consent
138 statement. Participants could only proceed to the remainder of the questionnaire upon accepting
139 the consent terms.

140 *Statistical Analysis*

141 The questionnaire data were exported from *Google Forms* into a Microsoft Excel file and
142 subsequently imported into IBM SPSS version 29.0 for analysis. Initially, we examined
143 interventions for which 75% or more of participants (regardless of professional group) reported
144 routinely recommending them in their practice. In the second phase, we assessed whether these
145 highly endorsed interventions varied by professional group using the Kappa test.

146 Given the ordinal nature of the data, the Kruskal-Wallis test was used to analyze differences
147 among the three groups (nurses, doctors, and social workers), with a significance level set at
148 5% ($p < 0.05$).

149 *Ethical Considerations*

150 The study was approved by the Health Ethics Committee (Opinion no. 154/2017). All
151 participants were informed about the study, and their participation was contingent upon
152 signing an informed consent form.

153

154 **Results**

155 Regarding the sociodemographic characteristics of the expert group that evaluated the
156 instrument in the first phase, the majority were female (81%), with a bachelor's degree (57%),
157 followed by a master's degree (37%). Regarding professional category, 92% were nurses, 5%
158 were doctors, and 3% were social workers. 81.8% of the professionals had professional

159 experience in gerontology. Concerning continuing education in gerontology, 72% had no
 160 training in this area, although 84.9% expressed interest in obtaining it. In what concerns
 161 academic training in gerontology, 45% had acquired it during their undergraduate degree and
 162 42.5% during postgraduate studies. Regarding the workplace, participants were distributed as
 163 follows: hospital (45%), Health Centre Aggregates (ACeS) (42%), and other locations (13%).

164 Concerning the interventions in the Health Education field, results showed consensus among
 165 professionals, as presented in Table 1.

166
 167
 168

Table 1: Description of consensus on Health Education in the professional care practice. Portugal, Porto, 2017

Components	yes	no	not always	Kruskal- Wallis <i>P value</i>
	n (%)	n (%)	n (%)	
In daily dietary guidance, addresses the importance of fruit and vegetables (n=101)	88 (87,1)	5 (5,0)	8 (7,9)	0,978
Explains the importance of avoiding fatty and sugary food (n=101)	90 (89,1)	3 (3,0)	8 (7,9)	0,454
Advises on having five meals a day including breakfast (n=101)	86 (85,1)	7 (6,9)	8 (7,9)	0,036
Advises on engaging in physical activity	82 (81,2)	5 (5,0)	14 (13,9)	0,439
Explains frequency of strength and stretching exercises (n=101)	55 (54,5)	15 (14,9)	31 (30,7)	0,498
Advises walking instead of using transportation or lifts (n=101)	76 (75,2)	10 (9,9)	15 (14,9)	0,045
Advises on monitoring blood pressure and cholesterol (n=101)	87 (86,1)	6 (5,9)	8 (7,9)	0,127
Explains the disadvantages of smoking and alcohol consumption (n=101)	82 (81,2)	8 (7,9)	11 (10,9)	0,343
Advises on traffic safety and preventive measures (n=101)	39 (38,6)	25 (24,8)	37 (36,6)	0,410
Advises taking daily relaxation breaks (n=101)	33 (32,7)	25 (24,8)	42 (41,6)	0,015
Explains the importance of avoiding agitation during disagreements (n=101)	39 (38,6)	28 (27,7)	34 (33,7)	0,598
Explains the importance of balancing time between work and leisure (n=101)	39 (38,6)	28 (27,7)	34 (33,7)	0,569
Explains the benefits of social groups and interacting with others (n=101)	70 (69,3)	11 (10,9)	20 (19,8)	0,565
Advises on engaging in sports or group activities during free time (n=100)	58 (57,4)	16 (15,8)	26 (25,7)	0,029
Encourages social participation in the community (n=100)	74 (73,3)	9 (8,9)	17 (16,8)	0,419

169

170 In the overall sample, out of the 15 activities/interventions presented, seven reached the
 171 established agreement threshold of over 75%: explaining the importance of avoiding fatty and
 172 sugary food (89.1%); addressing the importance of fruits and vegetables in daily dietary
 173 guidance (87.1%); guidance on monitoring blood pressure and cholesterol levels (86.1%);
 174 advising on having five daily meals including breakfast (85.1%); promoting physical activity
 175 and explaining the disadvantages of smoking and alcohol use (81.2%); recommending walking
 176 instead of using transport or lifts (75.2%).

177 It is noteworthy that 41.6% responded “Not always” regarding encouraging daily relaxation
 178 times, and 36.6% “Not always” when advising on avoiding traffic accidents and preventive
 179 measures.

180 The Kruskal-Wallis test for independent samples revealed statistically significant differences
 181 among doctors, nurses, and social workers concerning the interventions/variables: guidance on
 182 having five daily meals including breakfast ($p = 0.036$), advising walking instead of using
 183 transport or lifts ($p = 0.045$), encouraging daily relaxation times ($p = 0.015$), and recommending
 184 leisure activities through sports or group involvement ($p = 0.029$).

185 Table 2 presents the professionals’ interventions aimed at the prevention of diseases and/or
 186 complications.

187
 188 Table 2: Description of consensus on disease and/or complication prevention in the professional care practice.
 189 Portugal, Porto, 2017
 190

Areas/Domains	Yes	No	Not applicable	Kruskal-Wallis p value
	n (%)	n (%)	n (%)	
Personal hygiene (n=101)	93 (92,1)	5 (5,0)	3 (3,0)	0,234
Sleep (n=101)	83 (82,2)	11 (10,9)	7 (6,9)	0,015
Alcohol habits (n=99)	71 (70,3)	18 (17,8)	10 (9,9)	0,888
Salt restriction (n=99)	87 (86,1)	8 (7,9)	4 (4,0)	0,001
Sugar restriction (n=100)	89 (88,1)	8 (7,9)	3 (3,0)	0,001
Therapeutic management (n=99)	98 (96,0)	1 (1,0)	1 (1,0)	0,000
Immobility-related sequelae (n=99)	92 (91,1)	5 (5,0)	2 (2,0)	0,000
Cognitive deterioration (n=99)	86 (85,1)	11 (10,9)	2 (2,0)	0,813
Emotional deterioration (n=98)	67 (66,3)	27 (26,7)	4 (4,0)	0,939
Social isolation (n=97)	79 (78,2)	14 (13,9)	4 (4,0)	0,479
Discontinuity of care (n=97)	78 (77,2)	14 (13,9)	5 (5,0)	0,058
Family conflicts (n=97)	58 (57,4)	30 (29,7)	9 (8,9)	0,944
Social context (network, support) (n=98)	81 (80,2)	11 (10,9)	6 (5,9)	0,934
Resources (economic, housing, family) (n=97)	70 (69,3)	22 (21,8)	5 (5,0)	0,831
Deterioration of the caregiver's role (n=98)	81 (80,2)	12 (11,9)	5 (5,0)	0,833
Caregiver overload (n=97)	83 (82,2)	10 (9,9)	4 (4,0)	0,844
Caregiver stress (n=95)	82 (81,2)	9 (8,9)	4 (4,0)	0,872

191
 192 Professionals achieved the established consensus for: therapeutic management (96.0%),
 193 personal hygiene (92.1%), immobility-related sequelae (91.1%), sugar restriction (88.1%), salt
 194 restriction (86.1%), cognitive deterioration (85.1%), sleep hygiene and caregiver overload
 195 (82.2%), caregiver stress (81.2%), caregiver role deterioration and social context (support
 196 networks) (80.2%), social isolation (78.2%), and care discontinuity (77.2%). Less prioritized
 197 interventions included: family conflicts (57.4%), emotional deterioration (66.3%), and
 198 resources (economic, housing, family) (69.3%).

199 Statistically significant differences were found among doctors, nurses, and social workers
 200 concerning the prevention areas: sleep ($p = 0.015$), salt restriction ($p = 0.001$), sugar restriction
 201 ($p = 0.001$), therapeutic management ($p = 0.000$), and immobility sequelae ($p = 0.000$).

Table 3: Description of consensus on promoting Lifestyle in the care practice of professionals. Portugal, Porto, 2017

Lifestyle components	I do not address this topic	Once / month	Every three months	Every six months	Once / year	Every time the patient visits	Kruskal-Wallis p value
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Nutrition (n=93)	3 (3,0)	23 (22,8)	8 (7,9)	4 (4,0)	2 (2,0)	53 (52,5)	.335
Physical Activity (n=93)	3 (3,0)	17 (16,8)	8 (7,9)	3 (3,0)	1 (1,0)	61 (60,4)	.376
Preventive Behaviour (n=93)	3 (3,0)	17 (16,8)	8 (7,9)	3 (3,0)	1 (1,0)	61 (60,4)	.792
Relational Behaviour (n=90)	5 (5,0)	25 (24,8)	7 (6,9)	4 (4,0)	4 (4,0)	45 (44,6)	.704
Stress Management (n=91)	6 (5,9)	26 (25,7)	11 (10,9)	6 (5,9)	6 (5,9)	36 (35,6)	.990

Regarding the frequency of addressing lifestyle components, none reached the established consensus of 75%. However, physical activity and preventive behavior (60.4%) and nutrition (52.5%) exceeded 50% representation when professionals reported addressing them “every time the patient visits.” It is also noteworthy that “I do not address this topic” received very low response rates.

Given that no topic related to lifestyle interventions surpassed 75% consensus, despite their inclusion in WHO recommendations, we sought to understand whether the topics were addressed regardless of frequency.

Upon analyzing the themes and considering the number of valid responses, stress control (6.5%) and relational behavior (5.5%) were the least discussed, with 91 and 90 responses, respectively. The remaining categories had 93 valid responses, representing 96.7%. This reinforces that all lifestyle topics are addressed, even if the frequency does not reflect a consensus.

The Kruskal-Wallis test for independent samples showed no statistically significant differences ($p > 0.005$) among the professionals regarding lifestyle interventions.

In the second stage of the study, we analyzed the differences between doctors, nurses, and social workers for each intervention area using the Kappa coefficient.

The analysis of Table 4 shows that agreement is very low for most items, almost null, and sometimes negative, indicating lower than expected agreement—in other words, professionals significantly disagreed in their interventions.

Table 4: Description of Health Education interventions in the care practice of doctors, nurses, and social workers. Portugal, Porto, 2017

Components	Professional Category	Yes	No	Not always	Kappa Value
		n (%)	n (%)	n (%)	
	Doctor	5 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	ns

In daily dietary guidance, addresses the importance of fruit and vegetables (n=100)	Nurse	82 (82,0)	3 (3,0)	7 (7,0)	
	Social Worker	1 (1,0)	1 (1,0)	1 (1,0)	
	Total	88 (88,0)	4 (4,0)	8 (8,0)	
	Doctor	4 (4,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	
Explains the importance of avoiding fatty and sugary foods (n=96)	Nurse	84 (84,0)	2 (2,0)	6 (6,0)	ns
	Social Worker	1 (1,0)	1 (1,0)	1 (1,0)	
	Total	89 (89,0)	3 (3,0)	8 (8,0)	
	Doctor	3 (3,0)	0 (0,0)	2 (2,0)	
Advises on having five meals a day including breakfast (n=100)	Nurse	82 (82,0)	5 (5,0)	5 (5,0)	ns
	Social Worker	1 (1,0)	1 (1,0)	1 (1,0)	
	Total	86 (86,0)	6 (6,0)	8 (8,0)	
	Doctor	4 (4,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	
Advises engaging in physical activity (n=92)	Nurse	76 (76,0)	4 (4,0)	12 (12,0)	ns
	Social Worker	2 (2,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	
	Total	82 (82,0)	4 (4,0)	14 (14,0)	
	Doctor	1 (1,0)	1 (1,0)	3 (3,0)	
Explains the frequency of strength and stretching exercises (n=100)	Nurse	54 (54,0)	11 (11,0)	27 (27,0)	ns
	Social Worker	0 (0,0)	2 (2,0)	1 (1,0)	
	Total	55 (55,0)	14 (14,0)	31 (31,0)	
	Doctor	5 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Advises walking instead of using transport or lifts (n=100)	Nurse	70 (70,0)	7 (7,0)	15 (15,0)	ns
	Social Worker	1 (1,0)	2 (2,0)	0 (0,0)	
	Total	76 (76,0)	9 (9,0)	15 (15,0)	
	Doctor	4 (4,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	
Advises monitoring blood pressure and cholesterol (n=100)	Nurse	81 (81,0)	4 (4,0)	7 (7,0)	ns
	Social Worker	2 (2,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	
	Total	87 (87,0)	5 (5,0)	7 (7,0)	
	Doctor	5 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Explains the disadvantages of smoking and alcohol use (n=100)	Nurse	75 (75,0)	6 (6,0)	11 (11,0)	ns
	Social Worker	2 (2,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	
	Total	82 (82,0)	7 (7,0)	11 (11,0)	
	Doctor	2 (2,0)	0 (0,0)	3 (3,0)	
Advises on traffic safety and preventive measures (n=100)	Nurse	37 (37,0)	22 (22,0)	33 (33,0)	ns
	Social Worker	0 (0,0)	2 (2,0)	1 (1,0)	
	Total	39 (39,0)	24 (24,0)	37 (37,0)	
	Doctor	1 (1,0)	3 (3,0)	1 (1,0)	
Advises taking daily relaxation breaks (n=99)	Nurse	32 (32,3)	21 (21,2)	38 (38,4)	ns
	Social Worker	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (3,0)	
	Total	33 (33,3)	24 (24,2)	42 (42,4)	
	Doctor	1 (1,0)	1 (1,0)	3 (3,0)	
Explains the importance of staying calm during arguments (n=100)	Nurse	36 (36,0)	25 (25,0)	31 (31,0)	ns
	Social Worker	2 (2,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	
	Total	39 (39,0)	27 (27,0)	34 (34,0)	
	Doctor	2 (2,0)	2 (2,0)	1 (1,0)	
Explains the importance of balancing work and leisure time (n=100)	Nurse	37 (37,0)	21 (21,0)	34 (34,0)	ns
	Social Worker	0 (0,0)	1 (1,0)	2 (2,0)	
	Total	39 (39,0)	24 (24,0)	37 (37,0)	
	Doctor	4 (4,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	
Explains the benefits of socialising and friendship (n=100)	Nurse	66 (66,0)	9 (9,0)	17 (17,0)	ns
	Social Worker	0 (0,0)	1 (1,0)	2 (2,0)	
	Total	70 (70,0)	10 (10,0)	20 (20,0)	
	Doctor	2 (2,0)	0 (0,0)	3 (3,0)	

Advises on engaging in leisure or group activities (n=99)	Nurse	55 (55,6)	15 (15,2)	21 (21,2)	ns
	Social Worker	1 (1,0)	0 (0,0)	2 (2,0)	
	Total	58 (58,6)	15 (15,2)	26 (26,3)	
Encourages social participation in the community (n=99)	Doctor	3 (3,0)	1 (1,0)	1 (1,0)	
	Nurse	70 (70,7)	6 (6,1)	15 (15,2)	
	Social Worker	1 (1,0)	1 (1,0)	1 (1,0)	
	Total	74 (74,7)	8 (8,1)	17 (17,2)	

ns = not significant (approximate significance > 0.05)

Table 5 presents the professionals' interventions aimed at the prevention of diseases and/or complications.

Upon analysis, we observe a lack of agreement between nurses, doctors, and social workers regarding the interventions applied in practice. In the case of personal hygiene, there is even explicit "disagreement".

Table 5: Description of interventions for disease and/or complication prevention in the care practice of doctors, nurses, and social workers. Portugal, Porto, 2017

Areas/Domains	Professional Category	Yes	No	Total	Kappa Value
		n	n	n	
Personal hygiene (n=97)	Doctor	1	2	3	-,020*
	Nurse	88	3	91	
	Social Worker	3	0	3	
	Total	92	5	97	
Sleep (n=93)	Doctor	4	0	4	,005
	Nurse	77	11	88	
	Social Worker	1	0	1	
	Total	82	11	93	
Alcohol habits (n=88)	Doctor	4	0	4	,010
	Nurse	63	18	81	
	Social Worker	3	0	3	
	Total	70	18	88	
Salt restriction (n=94)	Doctor	3	1	4	-,007
	Nurse	82	7	89	
	Social Worker	1	0	1	
	Total	86	8	94	
Sugar restriction (n=96)	Doctor	3	1	4	-,007
	Nurse	84	7	91	
	Social Worker	1	0	1	
	Total	88	8	96	
Therapeutic management (n=97)	Doctor	4	0	4	,000
	Nurse	90	1	91	
	Social Worker	2	0	2	
	Total	96	1	97	
Immobility-related sequelae (n=96)	Doctor	4	0	4	,002
	Nurse	86	5	91	
	Social Worker	1	0	1	
	Total	91	5	96	
Cognitive deterioration (n=96)	Doctor	4	0	4	,005
	Nurse	80	10	90	
	Social Worker	1	1	2	
	Total	85	11	96	

Emotional deterioration (n=93)	Doctor	3	1	4	,001
	Nurse	62	24	86	
	Social Worker	2	1	3	
	Total	67	26	93	
Social isolation (n=92)	Doctor	3	1	4	-,004
	Nurse	73	12	85	
	Social Worker	2	1	3	
	Total	78	14	92	
Discontinuity of care (n=91)	Doctor	4	0	4	,007
	Nurse	72	12	84	
	Social Worker	1	2	3	
	Total	77	14	91	
Family conflicts (n=87)	Doctor	3	1	4	,004
	Nurse	53	27	80	
	Social Worker	2	1	3	
	Total	58	29	87	
Social context (network, support) (n=91)	Doctor	4	0	4	,006
	Nurse	73	11	84	
	Social Worker	3	0	3	
	Total	80	11	91	
Resources (economic, housing, family) (n=91)	Doctor	3	1	4	,000
	Nurse	64	20	84	
	Social Worker	2	1	3	
	Total	69	22	91	
Deterioration of the caregiver's role (n=93)	Doctor	4	0	4	,006
	Nurse	74	12	86	
	Social Worker	3	0	3	
	Total	81	12	93	
Caregiver overload (n=93)	Doctor	4	0	4	,005
	Nurse	76	10	86	
	Social Worker	3	0	3	
	Total	83	10	93	
Caregiver stress (n=91)	Doctor	4	0	4	,005
	Nurse	75	9	84	
	Social Worker	3	0	3	
	Total	82	9	91	

*approximate significance < 0.05; p = .001

In what concerns the analysis of the Lifestyle components, there is also no agreement among nurses, doctors, and social workers regarding the interventions they apply in practice (approximate significance > 0.05).

Discussion

The sample in this study reflects the composition observed in the national population of health professionals, where women are predominant (81%), which can be explained by the higher representation of the nursing profession and its feminization rate (83.5%) [23].

Regarding educational level, the majority held a bachelor's degree (57%), aligning with national data indicating that approximately 82% of health sector workers (including doctors

and nurses) possess at least a bachelor's qualification [23]. Although most participants (81.8%) had professional experience in gerontology, only 72% had undertaken continuing education in the field, although 84.9% expressed interest in doing so. Previous research supports these findings, suggesting that training among professionals working with ageing populations is still insufficient [24].

In terms of academic qualifications in gerontology, fewer than half of the participants had acquired them during their undergraduate or postgraduate studies. A recent integrative review on gerontology education highlights the importance of aligning professional training with healthcare as a social practice, ensuring it meets the needs associated with both population-wide and individual ageing [25]. The literature suggests that most professionals, during their initial education, do not feel equipped to conduct a comprehensive geriatric assessment [26]. This educational gap may negatively affect the quality of care delivered and emphasizes the need for interventions that promote a more integrated and interdisciplinary approach.

The increasing need to integrate social and health services in elderly care is justified by current demographic trends, which show a progressive ageing of the population [5,27,18]. However, despite broad recognition of interdisciplinarity as an essential principle for promoting older adults' health, the results of this study demonstrate that there is still no consensus among doctors, nurses, and social workers regarding the most appropriate interventions to be implemented.

Analysis of the experts' responses revealed greater agreement in relation to interventions focused on the prevention of disease and/or complications, suggesting these are highly valued by professionals. This aligns with Nivestam et al. [28], who highlighted risk prevention as the primary focus, with less emphasis placed on health promotion. However, these findings diverge from those of a *scoping review* which indicated greater emphasis on health promotion interventions, followed by screening, prevention, and, lastly, social support [29].

The present study reveals strong agreement among health professionals on interventions related to healthy eating, encouraging physical activity, and controlling cardiovascular risk factors. These findings are consistent with an integrative literature review by Seabra et al. (2019), which identifies adequate nutrition and the promotion of physical activity as the most commonly addressed pillars of health education for older people [30]. Combined interventions involving physical exercise and healthy eating can help prevent disease and/or complications, including sarcopenia, which affects functionality, independence, and increases the risk of falls in older adults [31]. Conversely, the most commonly documented preventive interventions in the literature pertain to physical or mental health issues, falls, and then nutrition [28].

In Portugal, the National Programme for the Promotion of Healthy Eating highlights the importance of encouraging adequate consumption of fruit, vegetables, and other healthy foods, while reducing intake of processed and ultra-processed foods as a key measure to improve public health [32]. At the global level, the World Health Organization (WHO) also accentuates the importance of regular physical activity and a balanced diet in reducing the risk of cardiovascular and metabolic diseases, which is in line with this study's findings [27].

However, interventions related to relaxation and accident prevention were found to be less frequently applied, suggesting a gap in the comprehensive approach to health promotion in older adults. This pattern is also reported in the systematic review by Seabra et al. (2019), which found that biomedical and behavioral aspects were prioritized over psychosocial

304 dimensions such as emotional well-being and stress management strategies [30]. Moreover,
305 the United States Preventive Services Task Force (USPSTF) notes that although nutritional and
306 physical activity guidance is often integrated into clinical practice, emotional well-being
307 remains less prioritized [33]. A 2020 Danish study on health professionals' perspectives
308 regarding factors affecting the implementation of health promotion interventions highlighted
309 lack of time as a key barrier, although professionals suggested that systematic integration of
310 these topics into consultations would be an ideal strategy [34].

311
312 Statistical analysis revealed significant differences between doctors, nurses, and social workers
313 for specific interventions. These results reflect the fragmentation of educational practices
314 among different health professionals and support previous studies that highlight the absence of
315 an integrated model for promoting older adults' health [30]. Furthermore, the WHO (2021)
316 emphasizes that health promotion should be integrated and multidisciplinary, involving various
317 professional areas to ensure effective and equitable care [35].

318
319 The study results show high agreement among health professionals regarding various
320 preventive interventions, particularly therapeutic management, personal hygiene, prevention
321 of immobility-related complications, sugar and salt restriction, cognitive deterioration, and
322 caregiver support. These findings align with international guidelines that highlight the
323 importance of such areas in health promotion and in preventing complications in vulnerable
324 populations, such as older adults and patients with chronic conditions. The WHO emphasizes
325 that appropriate therapeutic management and cognitive monitoring are essential for preventing
326 complications related to ageing and multimorbidity [35].

327
328 In the Portuguese context, the National Programme for Brain and Cardiovascular Diseases and
329 the National Dementia Programme of the General Health Authority (DGS) stress the relevance
330 of salt and sugar restriction for preventing cardiovascular and metabolic conditions [36–37]. In
331 addition, managing the consequences of immobility is widely recommended due to its impact
332 on the quality of life in older adults and bedridden patients, and it is in line with the
333 recommendations of the National Health Plan 2021–2030 [38].

334
335 Nevertheless, some preventive areas, such as family conflicts, emotional deterioration, and
336 socioeconomic support, were less valued by health professionals. These results suggest that
337 psychosocial and family aspects may not be prioritized in clinical practice, despite their well-
338 documented influence on overall health. Recent research supports this view, showing that
339 social support is crucial to older adults' emotional well-being and quality of life. However,
340 factors such as socioeconomic support and family interactions remain undervalued, even
341 though they are known to reduce stress and enhance older adults' resilience [39]. Both the
342 WHO and USPSTF recommend a holistic approach to prevention that includes emotional
343 support and social context assessment [36, 34].

344
345 Statistical analysis also revealed significant differences between doctors, nurses, and social
346 workers in the prevention of sleep-related issues, salt and sugar restriction, therapeutic
347 management, and immobility-related complications. These findings suggest that the approach
348 to prevention may vary depending on professional training, reflecting potential fragmentation
349 in the model of care delivery. The fact that therapeutic management and immobility prevention
350 showed statistically significant differences ($p=0.00$) may indicate that doctors, nurses, and
351 social workers perceive these interventions differently, possibly due to varying levels of
352 involvement in therapeutic adherence monitoring and functional rehabilitation.

353

354 Moreover, lifestyle-related interventions did not achieve consensus among professionals,
355 indicating a lack of systematic approach and a reliance on individual professionals and specific
356 contexts. Although physical activity, preventive behaviour, and nutrition were the most
357 frequently addressed themes, their frequency of discussion varied significantly, suggesting a
358 lack of standardized protocols for promoting healthy lifestyles.

359
360 These findings are consistent with literature that highlights the inconsistent approach to
361 lifestyle interventions in primary healthcare settings [35]. The WHO states that promoting
362 physical activity and healthy eating should be a priority for preventing chronic disease, but
363 notes that many health professionals do not feel adequately trained or lack sufficient time to
364 address these topics during consultations [27]. Similarly, the USPSTF recommends brief
365 interventions on healthy habits but acknowledges the challenges of implementation due to time
366 and resource constraints in health services [33].

367
368 A particularly noteworthy finding is the low frequency with which stress management (35.6%)
369 and relational behavior (44.6%) are addressed. These results contradict the model proposed by
370 Nahas et al. [22], which advocates for an interlinked view of lifestyle components and states
371 that health and well-being promotion requires balanced attention to all of them [22]. Studies
372 show that emotional and social support play a crucial role in mitigating stress and promoting
373 well-being in older adults. However, the limited focus on these aspects may compromise this
374 support, increasing the risk of isolation, cognitive decline, and cardiovascular issues [40].

375
376 Another important observation is the differing levels of involvement among health
377 professionals. Doctors rarely discuss these topics, while nurses tend to address them during
378 consultations, though without a standardized approach. Social workers, meanwhile, showed
379 less involvement overall. Research suggests that the topics addressed with older adults often
380 reflect the specific priorities identified by each professional [30]. This variation reinforces the
381 importance of an interdisciplinary strategy for promoting healthy lifestyles, ensuring that such
382 efforts are not restricted to certain professions. The implementation of standardized protocols
383 and interdisciplinary training could contribute to a more consistent approach, in line with
384 international health promotion recommendations [39, 27].

385
386 Findings from the second phase of the study highlight a significant discrepancy between
387 doctors, nurses, and social workers regarding the analyzed areas of intervention. This suggests
388 that the variability in practices among the professional groups exceeds expectations of
389 consensus. Different levels of education and specialization provide each professional with
390 unique competencies, which may contribute to these divergent responses to the needs of the
391 ageing population. Studies show that doctors tend to adopt a more curative approach, while
392 nurses focus more on health promotion and disease prevention [30].

393
394
395 The literature also indicates that health education for older adults is predominantly carried out
396 by nurses, particularly in primary care settings [30, 42], with the aim of improving quality of
397 life in later years. Nurses often take the lead in health promotion and disease prevention, using
398 educational workshops, lectures, and community activities to empower older adults in self-care
399 and healthy practices [41].

400
401 However, the literature also reveals a gap in the participation of other professionals, such as
402 doctors, in health education activities. A lack of familiarity with these practices may contribute
403 to their limited implementation [30]. While nursing focuses on health-related aspects including

404 medical assistance, treatment, and chronic disease management, social services address the
405 social, emotional, and environmental factors that influence older adults' well-being [42].
406 Nonetheless, it is widely acknowledged that all healthcare professionals have a responsibility
407 to work collaboratively, with a focus on prevention and health promotion, ensuring a holistic
408 and coordinated approach to elderly care [30]. Collaboration between nursing and social
409 services is crucial for delivering effective, comprehensive care to older adults [42].

410
411 Researchers highlight that nurses are fundamental for the continuous monitoring of elderly
412 people, taking on the responsibility of promoting healthy behaviors in this population group
413 [41]. Through guidance focused on the prevention of complications, these professionals
414 contribute significantly to the improvement of quality of life during the aging process and are,
415 therefore, essential agents in health promotion.

416
417 This proximity supports more effective coordination across different care domains, making
418 nurses central figures in adapting interventions to the specific needs of older people. However,
419 professionals from diverse areas can contribute meaningfully to health promotion actions,
420 providing a more holistic and efficient approach to elderly care. Each professional brings
421 unique expertise that helps identify risks, promote healthy behavior, foster autonomy, and
422 support both physical and emotional well-being. Such multidisciplinary practice is a crucial
423 factor in strengthening interventions, ensuring a more integrated response to the needs of older
424 adults, and enhancing the effectiveness of health promotion strategies.

425
426 Despite these ideals, practical application remains challenging, as evidenced by the results of
427 this study, which reveal a lack of consensus among professionals regarding lifestyle-related
428 interventions. This divergence contrasts with the holistic, integrated model proposed by Nahas
429 et al. [22], who emphasize the interdependence of elements such as nutrition, physical activity,
430 stress control, social relationships, and preventive behavior [22].

431
432 Accordingly, the absence of consensus among health professionals may point to a gap in the
433 application of this holistic health model in clinical practice advised by Nahas et al. [22], with
434 some professionals prioritizing biomedical aspects to the detriment of psychosocial dimensions
435 of well-being. In practice, different professionals may focus on different components of this
436 concept, based on their areas of expertise and experience.

437
438 Other contributing factors may include the lack of specific training and clear guidelines, time
439 and resource constraints in health services, and the varying perspectives and priorities of the
440 different professional groups.

442 **Conclusions**

443 This consensus on team-based interventions represents the first initiative in Portugal aimed at
444 developing an interdisciplinary care assessment tool grounded in best practices for social and
445 healthcare support for the older population.

446
447 The strong agreement among professionals in areas such as therapeutic management, personal
448 hygiene, and the prevention of immobility-related complications confirms the importance of
449 the preventive component in clinical practice. Contrarywise, the lack of consensus regarding
450 topics related to lifestyle and psychosocial well-being highlights gaps in the systematization of

451 interventions, underlining the need for greater interprofessional coordination to ensure a
452 holistic and integrated approach.

453

454 This study provides a valuable contribution to the development of an interdisciplinary care
455 assessment tool focused on the older person. It is expected that this tool will serve as a guiding
456 instrument for organizing care, helping to identify priority areas for intervention and existing
457 gaps that require further educational, normative, and organizational investment. Its
458 implementation may also support the development of continuing education programmes,
459 promoting the upskilling of healthcare and social service professionals towards more
460 coordinated practices, and guiding the formulation of public policies that promote healthy
461 ageing.

462

463 Finally, it is recommended, that the tool be validated and its applicability studied across
464 different care settings, in order to ensure its adaptability to diverse organizational and
465 geographical contexts.

466 **Data Availability**

467 The data that support the findings of this study are available from the corresponding author
468 upon reasonable request.

469 **Conflicts of Interest**

470 The authors declare that they have no conflicts of interest.

471 **Funding Statement**

472 This study did not receive any funding.

473

474 **Acknowledgments**

475 Study design: M. C. M. and M. M. M.; Data collection: M. C. M., M. M. M., and S. D.; Data
476 analysis: M. C. M., M. M. M., and S. D.; Study supervision: M. C. M., M. M. M., and S. D.;
477 Manuscript writing: M. C. M., M. M. M., and S. D. ; Critical revisions for important intellectual
478 content: All Authors

479

480

481

482

483

484

References

1. Ge L, Yip WF, Ho AH et al., (2023). Perceived Roles and Barriers in Delivering Community-Based Care: A Qualitative Study of Health and Social Care Professionals. *International Journal of Integrated Care*. 23(4): 5, 1–11. <https://doi.org/10.5334/ijic.7617>
2. Lindner-Rabl S, Singler K, Polidori MC et al., (2023). Effectiveness of multiprofessional educational interventions to train Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) – a Systematic Review. *International Journal of Integrated Care*. 23(3): 9, 1–13. <https://doi.org/10.5334/ijic.7549>
3. Ellis G and Sevdalis N. (2019). Understanding and improving multidisciplinary team working in geriatric medicine. *Age Ageing*. ;48(4):498-505. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz021>
4. Kirvaldize M, Boström Anne-Marie, Liljas A et al., (2024). Effectiveness of integrated person-centered interventions for older people's care: Review of Swedish experiences and experts' perspective. *Journal of Internal Medicine*. 295; 804–824.
5. World Health Organization (WHO). (2019). Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: WHO; (WHO/FWC/ALC/19.1). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326843> Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. Cesari M, Sumi Y, Han ZA, et al., (2022). Implementing care for healthy ageing. *BMJ Global Health*;7:e007778. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007778>
7. Machado D, Mota MF, Brás MA, and Anes E. (2021). Programas e respostas à saúde do idoso em Portugal. *Revista de Psicologia Internacional. Journal of Developmental and Educational Psychology*. INFAD. ISSN 0214-9877, Nº1- Volumen 2. p. 501-508.
8. Donelan K, Chang Y, Berrett-Abebe J, Spetz J et al., (2019). Care Management For Older Adults: The Roles Of Nurses, Social Workers, And Physicians. *Health Affairs* (38)6: 941–949. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00030>
9. da Fonseca AC, Estevam SR, Mariz SL, Oliveira LC, and de Souza CM. (2021). Interdisciplinaridade na gestão do cuidado ao idoso / Interdisciplinarity in elderly care management. *Braz. J. Hea. Rev*, 2021;4(2):4045–4050. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-005>
10. Moncater TJ, Nakamura K, Siongco KL, Seino K, Carlson R, Canila C, Javier R & Lorenzo F. (2021). Interprofessional collaboration and barriers among health and social workers caring for older adults: a Philippine case study. *Hum Resour Health* 19:52 <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00568-1>
11. Monteiro MCD, Martins MM, Schoeller SD, and Antunes L. (2021). Elder health care: interdisciplinary health team. *Rev Baiana Enferm*. 35:e36702. <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.36702>
12. Monteiro MCD, Martins MM, and Schoeller SD. (2022a). Evaluation of the health level of the elderly: patient care team considerations. *Rev Bras Enferm*. 75(1):e20201277. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1277>
13. Monteiro MCD, Martins MMFPS, and Schoeller SD. (2022b). Consensus on scales for an interdisciplinary health assessment tool for the elderly population. *Rev Rene*.

- 23:e78471. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222378471>
14. Wendimagegn NF, & Bezuidenhout MC. (2019). Integrating promotive, preventive, and curative health care services at hospitals and health centers in Addis Ababa, Ethiopia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 12. <https://www.dovepress.com/article/download/44935>
15. Asakawa T, Kawabata H, Kisa K et al., (2017). Establishing community-based integrated care for elderly patients through interprofessional teamwork: a qualitative analysis. *J Multidiscip Healthc*. 10:399-407. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S144526>
16. Portugal. Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024. Diário da República, 1.ª série, n.º 9, 12 de janeiro de 2024, 31-78. Presidência do Conselho de Ministros, Portugal. Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2024/01/00900/0003100078.pdf>
17. Barton G., Bruce A., and Schreiber R. (2017). Teaching nurses teamwork: Integrative review of competency-based team training in nursing education. *Nurse Education in Practice*, 32, 129-137. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.11.019>
18. Platzer E, et al. (2020). Evidence of Inter-Professional and Multi-Professional Interventions for Geriatric Patients: A Systematic Review. *International Journal of Integrated Care*; 20(1): 6, 1–10. <https://doi.org/10.5334/ijic.4683>
19. Carvalho KM, Silva CR, Figueiredo ML, Nogueira LT and Andrade EM. (2018). Intervenções educativas para promoção da saúde do idoso: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm*. 31(4):446-54. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800062>
20. Vaalburg A, Boersma P, Wattel E, Ket J, Hertogh C, & Gobbens R. (2023). Supporting older patients in working on rehabilitation goals: A scoping review of nursing interventions. *Int J Older People Nurs*; 18e12542. <https://doi.1111/opn.12542>
21. Portugal. Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 392/2019 – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>
22. Nahas M, Barros MV, and Francalacci V. (2000). O pentágono do bem-estar - base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Rev Bras Atividade Física Saúde*. 5(2):48–59.
23. Portugal. Ministério da Saúde. Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (SNS), 2018. Lisboa: Ministério da Saúde, 2019. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatorio-Social-MS_SNS_2018_vf.pdf
24. Lima R, Vilar R, Costa T, Castro J, and Lima K. (2018). Health education in the context of aging: in focus, the curricular contents. *Res Soc Dev*; 7(10):e15710587. <https://dx.doi.org/10.17648/rsd-v7i10.587>
25. Chrizostimo MM and Caldas CP. (2021). Professional training of gerontological nurses: integrative review. *Res Soc Dev*. 10(11):e426101119813. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19813>
26. Marques GC, Rodrigues JS, Rodrigues SG et al., (2018). Profissional Enfermeiro: Competências e habilidades para a avaliação multidimensional da pessoa idosa. *Revista Kairós-Gerontologia*, 21(2), 307-326. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i2p307-326>

27. World Health Organization (WHO). (2020). Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour. <https://www.who.int>
28. Nivestam A, Haak M, Westergren A. (2023) Recommendations for healthy aging as documented by health professionals: a summative content analysis of health records. *Primary Health Care Research & Development* 24(e73): 1–6. <https://doi.org/10.1017/S1463423623000671>
29. Chiu Ching-Ju, Hu Jia-Chian, Lo Yi-Hsuan and Chang En-Yu. (2020). Health Promotion and Disease Prevention Interventions for the Elderly: A Scoping Review from 2015–2019. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. (17) 5335; <https://doi.org/10.3390/ijerph17155335>
30. Seabra C, Xavier S, Sampaio Y Oliveira M, Quirino G, & Machado M. (2019). Educação em saúde como estratégia para promoção da saúde dos idosos: Uma revisão integrativa. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*; 22(4):e190022. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190022>
31. Conti A, Concina D, Opizzi A, et al., (2024). Effectiveness of a combined lifestyle intervention for older people in long-term care: A randomized controlled trial. (2024). *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 120. 105340. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105340>
32. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030 Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2022.
33. United States Preventive Services Task Force (USPSTF). (2020). Behavioral Counseling to Promote a Healthy Lifestyle. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org>
34. Rasmussen RL, Holst M, Nielsen L, Villumsen M, and Andreasen J. (2020). The perspectives of health professionals in Denmark on physical exercise and nutritional interventions for acutely admitted frail older people during and after hospitalisation. *Health Soc Care Community*. 28:2140–2149. <https://doi.org/10.1111/hsc.13025>
35. World Health Organization (WHO). (2021). Health Promotion and Disease Prevention Through Population-Based Interventions. <https://www.who.int>
36. Portugal. Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. <https://www.dgs.pt>
37. Portugal. Direção-Geral da Saúde (DGS). (2021). *Programa Nacional para as Demências*. <https://www.dgs.pt>
38. Portugal. Direção-Geral da Saúde (DGS). (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. <https://www.dgs.pt>
39. Rubianti. (2024). The Role of Social Support in Improving the Well-Being of the Elderly: A Qualitative Review. *Research of Service Administration Health and Sains Healthys*. 5 (1). p-ISSN:2830-4748 e-ISSN: 2830-4772. <http://ejournal.mandalanursa.org/index.php/Rehat/issue/archive>
40. Salvador M. (2023). Understanding the Impact of Social Relationships on Elderly Health. *Interdisciplinary Journal Papier Human Review*. (4) 01; 20-27. ISSN: 2709-1295. <https://doi.org/10.47667/ijphr.v4i1.266>
41. De Oliveira AC, Caetano CE, Barretos CR and Santos DV. (2023). The nurse as an educator to the senescence process for a good active aging. *International Journal of Health Science*. ISSN 2764-0159. <https://10.22533/at.ed.1593472329062>
42. AL Abdulaziz, AL Nasser, AL Safi et al., (2023). Elderly care dynamics: a critical review of nursing and social service approaches. *International Journal of Development Research*, 13 (11), 64326-64329. <https://doi.org/10.37118/ijdr.28402.11.2023>

2.4. Os enfermeiros de reabilitação e o trabalho de equipa no cuidado à pessoa Idosa

A enfermagem de reabilitação foi escolhida como área de destaque, uma vez que esta especialidade se dedica ao cuidado de pessoas com necessidades especiais, ao longo de todo o ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. A enfermagem de reabilitação é um pilar essencial no processo de recuperação funcional dos idosos, atuando não apenas na assistência direta, mas também na educação, capacitação e acompanhamento contínuo (Gutenbrunner *et al.*, 2022).

A reabilitação é essencial para promover o envelhecimento saudável e deve ser integrada nos sistemas de saúde como uma estratégia fundamental para enfrentar o impacto das doenças crónicas e da perda de funcionalidade na população idosa (Seijas *et al.*, 2024). Neste âmbito, os EEER desempenham um papel crucial no trabalho em equipa multidisciplinar, especialmente na assistência aos idosos. Estes profissionais possuem competências específicas que lhes permitem tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação maximizando o potencial do utente (Regulamento nº 392/2019, 2019).

O trabalho em equipa envolve a colaboração entre profissionais de diferentes áreas, onde existe uma partilha contínua de conhecimentos e experiências (Fonseca *et al.*, 2021). Este conceito distingue-se do trabalho multiprofissional, no qual os profissionais atuam de forma mais independente dentro das suas áreas específicas (Previato & Baldissera, 2018). A literatura internacional tem evidenciado uma transição das equipas multiprofissionais para equipas interprofissionais (Peduzzi *et al.*, 2020), com o objetivo de superar a fragmentação do trabalho e a abordagem biomédica individualizada (Guimarães & Branco, 2020; Peduzzi *et al.*, 2020).

O desenvolvimento de equipas interprofissionais eficazes e eficientes exige não apenas a partilha contínua de conhecimentos, mas também a elaboração de planos de cuidado articulados, a coordenação entre serviços, a formação contínua dos profissionais e uma comunicação clara e eficaz (Fonseca *et al.*, 2021; Previato & Baldissera, 2018). Para que essa integração ocorra de forma estruturada, é essencial fomentar a cooperação entre os membros da equipa, promover reuniões

regulares para planeamento e tomada de decisões conjuntas, e assegurar o respeito pelas diferentes competências profissionais (Asakawa *et al.*, 2017).

Neste contexto, o trabalho em equipa é um desafio para todos os profissionais de saúde, sendo fundamental a atuação do enfermeiro especialista na gestão dos cuidados de enfermagem. De acordo com as suas competências, este profissional otimiza a resposta da equipa e assegura uma articulação eficaz entre os elementos da equipa de saúde, promovendo uma abordagem centrada no utente e na continuidade de cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O estudo realizado permite-nos afirmar que o papel dos EEER é notório na partilha de informações e na interdependência de tarefas com os enfermeiros de cuidados gerais, visando a concretização da sua prática profissional.

Em resumo, os principais resultados revelam que existem especificidades nos EEER que lhes permitem ter uma visão mais colaborativa no seio das equipas, contribuindo desta forma para melhorar a articulação de cuidados entre médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Enquanto profissionais de referência, destaca-se que sejam líderes na coordenação das equipas.

Artigo publicado na Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação
Monteiro, M. C. D., Martins, M. M., & Dornelles Schoeller, S. (2022c). Trabalho de equipa no cuidado a pessoas idosas: Especificidades do especialista em enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(2). <https://doi.org/10.33194/rper.2022.241>

TRABALHO DE EQUIPA NO CUIDADO A PESSOAS IDOSAS: ESPECIFICIDADES DO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

TEAMWORK IN ELDERLY CARE: SPECIFICITIES OF THE REHABILITATION NURSING SPECIALIST

TRABAJO EN EQUIPO EN LA ATENCIÓN A PERSONAS ANCIANAS: ESPECIFICIDADES DEL ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DE REHABILITACIÓN

DOI 10.33194/rper.2022.241

Data de receção: 2022-02-27 Data de aceitação: 2022-11-04 Data de publicação on-line: 2022-12-31

Maria Clara Duarte Monteiro¹; Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins²;
Soraia Dornelles Schoeller³

¹Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar/Universidade do Porto. Porto, Portugal.

²Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal. Professora Coordenadora ESEP/ICBAS; Grupo de Investigação - NursID: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem - CINTESIS - center for health technology and services research - FMUP.

³Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Professora. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Líder do Laboratório de Pesquisa, Ensino, extensão e Tecnologia sobre Saúde, Enfermagem e Reabilitação - ReHabilitar.

Autor correspondente: Maria Clara Duarte Monteiro, claramonteir@gmail.com

RESUMO

Introdução: Perante os desafios da sociedade atual cada vez mais envelhecida, o trabalho em equipa entre enfermeiros e enfermeiros especialistas de reabilitação é imprescindível para garantir qualidade na assistência à saúde dos idosos.

Objetivo: Analisar a diferença entre a prática profissional dos enfermeiros de cuidados gerais e dos enfermeiros especialistas de reabilitação, no trabalho de equipa desenvolvido no cuidado a pessoas idosas.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo-exploratório, comparativo, de corte. Amostra não probabilística, por conveniência, constituída por 192 enfermeiros a exercerem funções com idosos em contexto hospitalar e comunitário, na região norte de Portugal. Utilizado um questionário *ad hoc* de autopreenchimento, contemplando variáveis: características sociodemográficas, atividades/práticas desenvolvidas pelos enfermeiros na assistência aos idosos e a escala de interdependência de tarefas.

Resultados: Amostra composta por 85,9% enfermeiros e 14,1% enfermeiros especialistas; 76,0% exerce funções em saúde comunitária e 24,0% em hospitais. Existem diferenças entre as informações partilhadas em equipa, valorizando os enfermeiros de reabilitação o pedido de colaboração para continuidade assistencial, as condições sociais e a medicação, enquanto os demais, a alteração da situação de doença. São unânimes as opiniões sobre o contacto direto como estratégia preferencial para a partilha de informações em equipa. Sobre a interdependência de tarefas, a diferença é que os enfermeiros de reabilitação dependem de ajuda e suporte dos colegas, para concretizarem a sua prática profissional.

Conclusão: Há especificidades na ação dos enfermeiros de reabilitação, no cuidado a idosos, sugerindo que sejam líderes no seio das equipas. As lacunas identificadas no trabalho de equipa exigem (re)pensar as práticas.

DESCRITORES: Cuidados de enfermagem. Enfermagem. Enfermagem em Reabilitação. Equipe de Enfermagem. Idoso.

ABSTRACT

Introduction: Given the challenges of today's increasingly aged society, teamwork between nurses and rehabilitation specialist nurses is essential to ensure quality health care for the elderly.

Objective: To analyze the difference between the professional practice of general care nurses and rehabilitation specialist nurses concerning teamwork developed in the context of elderly care.

Methodology: Quantitative, descriptive-exploratory, comparative, cross-sectional study. Non-probability convenience sample composed of 192 nurses working with elderly people in hospital and community context in the Northern Region of Portugal. An *ad hoc* self-completion questionnaire was used, which included the following variables: sociodemographic characteristics, activities/practices developed by nurses in elderly care, and the task interdependence scale.

Results: Sample composed of 85.9% nurses and 14.1% specialist nurses; 76.0% work in community health and 24.0% in hospitals. There are differences between the information shared within the team, with rehabilitation nurses valuing the request for collaboration for continuity of care, social conditions and medication, and the others, the change in the disease situation. Opinions on direct contact as a preferred strategy for sharing team information are unanimous. Regarding task interdependence, rehabilitation nurses show dependency on the help and support from their team mates to carry out their professional practice.

Conclusion: There are specificities regarding the practices developed by specialist rehabilitation nurses, suggesting that they are leaders within the teams. The identified gaps identified require (re)thinking the practices.

DESCRIPTORS: Nursing care. Nursing. Rehabilitation nursing. Nursing team. Elderly.

RESUMEN

Introducción: Frente a los desafíos de la sociedad actual cada vez más envejecida, el trabajo en equipo entre enfermeros y enfermeros especialistas de rehabilitación es imprescindible para garantizar la calidad en la atención a la salud de los ancianos.

Objetivo: Analizar la diferencia entre la práctica profesional de los enfermeros de atenciones generales y de los enfermeros especialistas de rehabilitación, en el trabajo en equipo desarrollado en la atención a personas ancianas.

Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo-exploratorio, comparativo, de cohorte. Muestra no probabilística, por conveniencia, constituida por 192 enfermeros a ejercer funciones con ancianos en contexto hospitalario y comunitario, en la región norte de Portugal. Utilizado una encuesta *ad hoc* de autorrelleno, contemplando variables: características sociodemográficas, actividades/prácticas desarrolladas por los enfermeros en la atención a los ancianos y la escala de interdependencia de tareas.

Resultados: Muestra compuesta por 85,9% enfermeros y 14,1% enfermeros especialistas; 76,0% ejercen funciones en salud comunitaria y 24,0% en hospitales. Hay diferencias entre las informaciones compartidas en equipo, valorando los enfermeros de rehabilitación la solicitud de colaboración para continuidad asistencial, las condiciones sociales y la medicación, mientras los demás, la alteración de la situación de enfermedad. Son unánimes las opiniones sobre el contacto directo como estrategia preferencial para la partición de informaciones en equipo. Sobre la interdependencia de tareas, la diferencia es que los enfermeros de rehabilitación dependen de ayuda y soporte de los colegas, para concretizar su práctica profesional.

Conclusión: Hay especificidades en la acción de los enfermeros de rehabilitación, en la atención a ancianos, sugiriendo que sean líderes en el seno de los equipos. Las lagunas identificadas en el trabajo en equipo exigen (re)pensar las prácticas.

DESCRIPTORES: Atención de Enfermería. Enfermería. Enfermería en Rehabilitación. Grupo de Enfermería. Anciano.

INTRODUÇÃO

O atual contexto de prestação de cuidados de saúde ampliou o reconhecimento da necessidade do trabalho em equipa, para aumentar a eficiência e eficácia da assistência. Este é um instrumento indispensável de atuação dos profissionais de saúde, particularmente na área da enfermagem⁽¹⁾, embora raramente seja considerado na literatura.

Portugal enfrenta um aumento da população idosa e, simultaneamente, do número de dependentes de cuidados de enfermagem. Estima-se que, em 2030, 26,0% da população será composta por idosos e, em 2060, cresça para 29,0%. Verifica-se um declínio da população jovem (0-14 anos) e em idade ativa (15-64 anos) e um aumento da população idosa (65 e mais anos), acentuando-se o processo de duplo envelhecimento. Em 2080, a esperança média de vida chegará aos 87,4 anos para homens e 92,1 para mulheres⁽²⁾. Estamos perante previsões que nos obrigam a envolver as pessoas idosas no seu autocuidado para que o realizem o maior tempo possível.

O sistema de saúde é muito afetado pelo envelhecimento da população e pela complexidade dos cuidados associados às doenças crónicas⁽³⁾, exigindo que os profissionais de saúde trabalhem em estreita colaboração. O problema surge porque, apesar do reconhecimento de que as práticas em equipa melhoram a atenção à saúde dos idosos, não há consenso sobre o modo como otimizar a interação entre os profissionais. Os problemas de saúde dos

Idosos são geridos sem interligação ou coordenação entre os vários profissionais, culminando em cuidados de saúde desajustados, custos desnecessários e consideráveis⁽⁴⁾. Atendendo às necessidades multidimensionais desta população, é improvável que requeiram cuidados de apenas um profissional de saúde.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI), estabelecido em Portugal desde 2006, como parte operacional de políticas públicas, enfatiza a autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global, exigindo uma ação integrada e de trabalho em equipa⁽⁵⁾, contudo, parece sofrer descontinuidades ou falhas na sua realização, ao longo do tempo, e em diferentes contextos regionais. Estudos recentes evidenciam uma assistência à saúde dos idosos pautada por práticas profissionais individualizadas, com ênfase no modelo biomédico^(6,7). Este, por sua vez, pode concorrer para uma prática de cuidados segmentada⁽⁸⁾, que em nada contribui para a promoção da saúde e do envelhecimento ativo e saudável, aspetos tão determinantes para o bem-estar e qualidade de vida desta população.

A literatura internacional expressa a necessidade de mudar das equipas multiprofissionais para as interprofissionais⁽⁹⁾, perspetiva que tem como pressuposto a superação da fragmentação do trabalho e da individualização biomédica^(9,10). Estas devem ser compostas por profissionais de diversas áreas, com formações académicas diferentes, a trabalhar em prol de um único objetivo. Por sua vez, a interação e a comunicação entre os seus membros são considerados atributos centrais para o trabalho em equipa interprofissional⁽⁹⁾, permitindo melhorar o acesso aos cuidados e a qualidade da assistência à saúde⁽¹¹⁾.

Promover o envelhecimento saudável surge, neste contexto, como paradigma de intervenção que pode contrariar os modelos em uso, ainda que exija uma transformação dos sistemas de saúde centrada nas atuais necessidades dos idosos⁽⁴⁾. Vislumbra-se mais uma oportunidade de cuidado para a enfermagem, uma vez que os enfermeiros têm um papel basilar no seio das equipas de saúde, privilegiam a promoção e a prevenção em detrimento do assistencialismo curativo desvinculado da realidade social. É competência do enfermeiro promover a saúde do idoso, identificando o processo saúde-doença, considerando o contexto familiar e social; e partilhar responsabilidades com a equipa de saúde e familiares para contribuição do desenvolvimento e alcance de níveis ótimos de saúde e de reabilitação.

Por sua vez, o enfermeiro de reabilitação integrado nestas equipas, em contexto comunitário e/ou hospitalar, detém competências especializadas para uma abordagem multi e interdisciplinar da pessoa cuidada, assumindo-se como um perito em cuidados diferenciados, exercendo funções autónomas e em parceria. As competências permitem cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa⁽¹²⁾. Neste sentido, destaca-se, na implementação de programas de reabilitação que visam um diagnóstico precoce, a manutenção da independência funcional, prevenção de complicações e incapacidades e promoção da saúde, contribuindo para a reinserção⁽¹²⁾.

Perante a representatividade da assistência de enfermagem junto da população idosa, colocamos a seguinte questão de investigação: *Qual a diferença da intervenção dos enfermeiros de reabilitação em relação aos enfermeiros de cuidados gerais, no trabalho em equipa desenvolvido na assistência aos idosos?*

Sendo que, aos enfermeiros especialistas de reabilitação, cabem competências específicas nem sempre visíveis nos processos de cuidados, mas que devem estar ancoradas no trabalho multidisciplinar, contribuindo para o envelhecimento ativo, a presente pesquisa justifica-se pela necessidade de melhoria da promoção do envelhecimento ativo e saudável com recurso ao trabalho de equipa entre enfermeiros.

Definiu-se como objetivos deste estudo: analisar o trabalho em equipa desenvolvido pelos enfermeiros de cuidados gerais e pelos enfermeiros de reabilitação, no cuidado a pessoas idosas; analisar a diferença entre a prática profissional dos enfermeiros de cuidados gerais e dos enfermeiros de reabilitação no trabalho em equipa, no cuidado a pessoas idosas.

METODOLOGIA

Investigação de abordagem quantitativa, do tipo exploratório e descritivo. Estudo norteado pela ferramenta STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*). Obteve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (Parecer n.º 154/2017), das instituições de saúde hospitalares e dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) envolvidos.

A população do estudo foi constituída por alguns critérios de inclusão: enfermeiros e enfermeiros especialistas em reabilitação que exerciam a sua atividade laboral nos ACeS e nos serviços de medicina, cirurgia, ortopedia e outros de internamento hospitalar da região norte de Portugal, onde os idosos são atendidos. Foram excluídos do estudo enfermeiros não especialistas em reabilitação e enfermeiros que exerciam funções em hospitais oncológicos e psiquiátricos, áreas com exigências distintas que requerem intervenções específicas. A amostra é não probabilística e foi constituída por 192 enfermeiros: 27 (14,1%) enfermeiros especialistas em reabilitação e 165 (85,9%) enfermeiros de cuidados gerais.

O instrumento de colheita de dados usado foi o questionário de avaliação assistencial interdisciplinar em saúde da população Idosa, de autopreenchimento, construído pelos autores, constituído por duas partes. A primeira refere-se à caracterização sociodemográfica e profissional do respondente e, na segunda parte, foram introduzidas questões para estudo das práticas assistenciais dos enfermeiros com idosos. A opção por estas questões está relacionada com as categorias obtidas em estudo prévio qualitativo⁽⁶⁾ e com a revisão de literatura efetuada. A colheita de dados decorreu entre maio de 2018 e março de 2019. O questionário foi enviado impresso ou por *email* com referência ao *link* de acesso em suporte eletrónico, no aplicativo *Google Docs*.

Para a operacionalização da variável “caraterização sociodemográfica e profissional”, os enfermeiros responderam aos seguintes itens: sexo, idade, escolaridade, categoria profissional, tempo de serviço, formação profissional, experiência profissional e formação contínua em gerontologia e local de trabalho. Relativamente às práticas dos enfermeiros, foram avaliadas: “informações partilhadas em equipa” sobre cuidados prestados aos Idosos, com base numa escala *Likert* nas posições: nunca, raramente, às vezes, quase sempre e sempre, contendo as dimensões: necessidade de visita domiciliária, alteração da situação de doença, alteração da situação de dependência, pedido de colaboração para continuidade assistencial, medicação, adesão ao regime terapêutico e condições sociais; “estratégias utilizadas para partilhar informações”, quantificada a partir de uma escala dicotómica: sim, não; contendo as dimensões: contacto direto, por *email*, por escrito (papel), por telefone, SClínico e reuniões de equipa.

A resposta sobre a “Interdependência de Tarefas”⁽¹³⁾ existente entre os enfermeiros da equipa de trabalho era quantificada através de uma escala *Likert* de concordância, que variou de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), opções de resposta para cada um dos cinco itens. Valores elevados indicam elevado grau de dependência na realização de tarefas, enquanto valores baixos evidenciam pouca dependência. Consideramos valores elevados os que resultam das opções 4 e 5 (concordo parcialmente ou totalmente) e valores baixos os que se obtêm das opções 1 e 2 (discordo totalmente ou parcialmente).

Procedeu-se ao tratamento e análise descritiva dos dados com recurso a frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas, e a média e desvio padrão para variáveis quantitativas. A análise dos itens que constituem o questionário por categoria profissional foi efetuada com recurso às frequências absolutas e relativas. Para avaliar a associação entre a categoria profissional e as respostas a cada item do questionário, foi utilizado o teste de Qui-Quadrado, quando os pressupostos do mesmo eram verificados (menos de 20% das células com valor esperado inferior a 5) ou o teste de *Fisher*. Para todas as análises foi considerado o nível de significância 0,05. A análise estatística foi efetuada com recurso ao *software* IBM-SPSS versão 26.0.

RESULTADOS

Os participantes são maioritariamente do sexo feminino (88,0%). A idade média global é de 42,7 anos (dp=8.0 anos), sendo que os enfermeiros de cuidados gerais têm uma idade média de 42,5 anos (dp=8.1 anos) e os enfermeiros de reabilitação de 44,1 anos (dp=7.5 anos).

O tempo de serviço médio global é de 19.4 anos (dp=8.4 anos), 19.2 anos (dp=8.7 anos) no que concerne aos enfermeiros de cuidados gerais e 20.9 anos (dp=6.8 anos), no caso dos enfermeiros de reabilitação. A maioria possui licenciatura (79,2%); 70% possuem experiência profissional com idosos. Em relação à formação contínua, 84,7% não a possuem. Relativamente ao local de exercício profissional, trabalham nos AceS (76,0%) e no hospital (24,0%), conforme tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização da amostra (n = 192 enfermeiros) - Portugal, 2022

Dados sociodemográficos e profissionais	Total n (%)	Enf. cuidados gerais n (%)	Enf. especialistas em reabilitação n (%)
Sexo			
Feminino	169 (88.0)	149 (90.3)	20 (74.1)
Masculino	23 (12.0)	16 (9.7)	7 (25.9)
Escolaridade			
Bacharelato	3 (1.6)	3 (1.8)	0 (0.0)
Licenciatura	152 (79.2)	135 (81.8)	17 (63.0)
Mestrado	37 (19.3)	27 (16.4)	10 (37.0)
Experiência Profissional em Gerontologia			
Não	57 (30.0)	52 (31.9)	5 (18.5)
Sim	133 (70.0)	111 (68.1)	22 (81.5)
Formação Contínua em Gerontologia			
Não	161 (84.7)	141 (86.5)	20 (74.1)
Sim	29 (15.3)	22 (13.5)	7 (25.9)
Local de Trabalho			
ACES	146 (76.0)	133 (80.6)	13 (48.1)
Hospital	46 (24.0)	32 (19.4)	14 (51.9)

Estão descritas na Tabela 2 as informações partilhadas pelos enfermeiros, cujas respostas se agruparam em duas posições: *pouco partilhado* (nunca, raramente, às vezes) e *muito partilhado* (quase sempre e sempre), para melhor compreensão das escolhas.

Tabela 2 – Distribuição das informações partilhadas pelos enfermeiros e enfermeiros especialistas de reabilitação

Informações partilhadas	Total	Enfermeiros	Enfermeiros especialistas em reabilitação	Valor de p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Necessidade de Visitação Domiciliária				
Pouco partilhado	37 (19.5)	31 (18.9)	6 (23.1)	0.816 ^b
Muito partilhado	153 (80.5)	133 (81.1)	20 (76.9)	
Alteração da situação de doença				
Pouco partilhado	27 (14.1)	21 (12.8)	6 (22.2)	0.230 ^a
Muito partilhado	164 (85.9)	143 (87.2)	21 (77.8)	
Alteração da situação de dependência				
Pouco partilhado	14 (7.3)	14 (8.5)	0 (0.0)	0.225 ^a
Muito partilhado	177 (92.7)	150 (91.5)	27 (100.0)	
Pedido de colaboração para continuidade assistencial				
Pouco partilhado	26 (13.6)	26 (15.9)	0 (0.0)	0.029 ^b
Muito partilhado	165 (86.4)	138 (84.1)	27 (100.0)	
Medicação				
Pouco partilhado	37 (19.6)	33 (20.4)	4 (14.8)	0.681 ^b
Muito partilhado	152 (80.4)	129 (79.6)	23 (85.2)	
Adesão ao regime terapêutico				
Pouco partilhado	28 (14.7)	24 (14.7)	4 (14.8)	1.000 ^a
Muito partilhado	162 (85.3)	139 (85.3)	23 (85.2)	
Condições sociais				
Pouco partilhado	32 (16.8)	31 (18.9)	1 (3.7)	0.053 ^a
Muito partilhado	159 (83.2)	133 (81.1)	26 (96.3)	

^a Teste de Fisher; ^b Teste qui-quadrado

Em todas as categorias de informações partilhadas predomina a posição *muito partilhada*, seja pelos enfermeiros de cuidados gerais seja pelos enfermeiros especialistas. Prevalece a “alteração da situação de dependência” (92,7%), seguida do “pedido de colaboração para continuidade assistencial” (86,4%) e da “alteração da situação de doença” (85,9%).

Na análise segundo enfermeiros de reabilitação e demais enfermeiros, os primeiros apresentam percentagens mais elevadas de *muito partilhado*, no âmbito da “alteração da situação de dependência”, “pedido de colaboração para continuidade assistencial” (100,0% cada), “condições sociais” (96,3%) e “medicação” (85,2%), salvo no que se refere à “alteração da situação de doença” (77,8%) e “necessidade de visita domiciliária” (76,9%), apresentando, neste caso, os enfermeiros de cuidados gerais percentagens mais elevadas. Sobre “adesão ao regime terapêutico” há similaridade entre os enfermeiros e enfermeiros de reabilitação, respetivamente 85,3% e 85,2%. A “alteração da situação de dependência” é a informação mais partilhada por ambas as categorias profissionais, 91,5% enfermeiros e 100,0% enfermeiros de reabilitação.

As informações *pouco partilhado* pelos enfermeiros recaem na “medicação” (20,4%), “necessidade de visita domiciliária” e “condições sociais” (18,9% cada). Enquanto para os enfermeiros de reabilitação versam a “necessidade de visita domiciliária” (23,1%) e “alteração da situação de doença” (22,2%).

Houve associação estatisticamente significativa entre os enfermeiros especialistas e o “Pedido de colaboração para continuidade assistencial” ($p=0,029$), apresentando percentagem superior da posição *muito partilhado* relativamente aos enfermeiros.

Quanto às estratégias utilizadas pelos profissionais para partilhar informações, emerge o “contacto direto” (96,7%), “SClínico” (90,6%), “por telefone” (82,5%) e “reuniões de equipa” (81,1%).

Quando analisado por categoria profissional, os enfermeiros de reabilitação têm maior representação no “contacto direto” (92,3%), “SClínico” (92,0%), “reuniões de equipa” (79,2%) e “por telefone” (75,0%), e os demais enfermeiros no “contacto direto” (97,5%), “SClínico” (90,4%), “por telefone” (83,8%) e “reuniões de equipa” (81,5%). A estratégia menos utilizada por todos os profissionais refere-se à categoria “por escrito (papel)” (52,6%), sendo para os enfermeiros (55,1%) e para os enfermeiros de reabilitação (36,8%). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$) entre a categoria profissional e todas as categorias.

De acordo com a escala de interdependência de tarefas, considerando os itens definidos, procedeu-se a uma análise da distribuição das respostas dos profissionais em estudo, apresentadas na tabela seguinte.

Tabela 3 – Distribuição da concordância sobre interdependência de tarefas pelos enfermeiros e enfermeiros especialistas de reabilitação

Escala de Interdependência de Tarefas	Total	Enfermeiros	Enfermeiros especialistas em reabilitação
	n (%)	n (%)	n (%)
O meu desempenho depende de receber informações fornecidas pelos meus colegas			
Discordo totalmente	20 (10.6)	19 (11.8)	1 (3.7)
Discordo parcialmente	27 (14.4)	24 (14.9)	3 (11.1)
Nem concordo nem discordo	26 (13.8)	20 (12.4)	6 (22.2)
Concordo parcialmente	79 (42.0)	68 (42.2)	11 (40.7)
Concordo totalmente	36 (19.1)	30 (18.6)	6 (22.2)
Para obter o material e os instrumentos necessários para a realização do meu trabalho, eu dependo dos meus colegas			
Discordo totalmente	28 (15.0)	26 (16.3)	2 (7.4)
Discordo parcialmente	52 (27.8)	46 (28.7)	5 (22.2)
Nem concordo nem discordo	27 (14.4)	20 (12.5)	7 (25.9)
Concordo parcialmente	62 (33.2)	51 (31.9)	11 (40.7)
Concordo totalmente	18 (9.6)	17 (10.6)	1 (3.7)
Eu dependo de ajuda e suporte dos meus colegas para poder realizar o meu trabalho			
Discordo totalmente	31 (16.7)	27 (16.9)	4 (15.4)
Discordo parcialmente	44 (23.7)	40 (25.0)	4 (15.4)
Nem concordo nem discordo	24 (12.9)	21 (13.1)	3 (11.5)
Concordo parcialmente	65 (34.9)	55 (34.4)	10 (38.5)
Concordo totalmente	22 (11.8)	17 (10.6)	5 (19.2)
Para poder realizar o meu trabalho de maneira adequada, eu dependo dos meus colegas			
Discordo totalmente	34 (18.2)	29 (18.1)	5 (18.5)
Discordo parcialmente	34 (18.2)	29 (18.1)	5 (18.5)
Nem concordo nem discordo	23 (12.3)	20 (12.5)	3 (11.1)
Concordo parcialmente	71 (38.0)	61 (38.1)	10 (37.0)
Concordo totalmente	25 (13.4)	21 (13.1)	4 (14.8)
O meu desempenho no trabalho é profundamente afetado pelo desempenho dos meus colegas			
Discordo totalmente	29 (15.5)	25 (15.6)	4 (14.8)
Discordo parcialmente	57 (30.5)	48 (30.0)	9 (33.3)
Nem concordo nem discordo	21 (11.2)	17 (10.6)	4 (14.8)
Concordo parcialmente	65 (34.8)	57 (35.6)	8 (29.6)
Concordo totalmente	15 (8.0)	13 (8.1)	2 (7.4)

Os resultados obtidos na tabela 3 demonstram que 61,1% dos enfermeiros escolheram as opções de resposta 4 e 5, valores que significam dependência elevada dos colegas da equipa, relacionada com as informações por eles fornecidas (tarefa 1) e com a ajuda prestada pelos mesmos (tarefa 4) (51,4%). Em relação à dependência da equipa para obtenção de material e instrumentos necessários para a realização do trabalho (tarefa 2), as opiniões de concordância negativa e positiva são iguais (42,8%), contrariamente ao apurado na tarefa 5, relativa ao impacto do desempenho individual dos colegas, cuja maioria das respostas (46,0%) traduz pouca dependência destes para a realização de tarefas.

Os enfermeiros mostram maior grau de dependência dos colegas no que toca a receber informações fornecidas por eles (60,8%) e com a ajuda prestada pelos mesmos (51,2%); menor dependência relacionada com o desempenho dos colegas (45,6%) e com a obtenção de material e instrumentos necessários para a realização do trabalho (45,0%).

Para os enfermeiros de reabilitação, a dependência elevada recai na tarefa 1 (62,9%), que visa a dependência da informação recebida pelos colegas, na tarefa 3 (57,7%), relacionada com a dependência da ajuda e suporte dos colegas, e na tarefa 4 (51,8%), concernente à dependência dos pares para executar as funções adequadamente. Já em relação à tarefa 5, respeitante ao impacto do desempenho dos pares no individual, 48,1% abdica da cooperação dos colegas da equipa para a realização do seu trabalho.

DISCUSSÃO

Em Portugal, a taxa de feminização dos trabalhadores da área da saúde tem tendencialmente aumentado⁽¹⁴⁾. Em 2018 atingiu os "(...) 83,5% no pessoal de enfermagem, o que representa uma percentagem bastante superior à taxa de feminização global do Ministério da Saúde (76,5%)"⁽¹⁴⁾. À semelhança deste estudo, constatou-se que a amostra é constituída maioritariamente por mulheres. A média de idades dos participantes está em conformidade com o

panorama nacional, fixada em 44 anos⁽¹⁴⁾. Nesta amostra, 70,0% tem experiência profissional de trabalho com idosos, mas 84,7% não possui formação contínua nesta área, corroborando pesquisa que considerada incipiente a formação dos profissionais que integram as equipas de saúde no âmbito do envelhecimento⁽¹⁵⁾.

Os resultados do estudo revelaram as práticas assistenciais desenvolvidas pelos enfermeiros e enfermeiros de reabilitação, no cuidado a pessoas idosas, no âmbito da partilha de informações, estratégias utilizadas para partilhar as informações, interdependência na realização de tarefas e atividades importantes realizar em equipa, concordantes com o PNSPI.

Autores destacam que a partilha de informações é fundamental para a prestação de cuidados de saúde integrados, para o trabalho em equipa e, para a continuidade de cuidados⁽¹⁶⁾. Neste estudo, averiguamos que todas as informações apresentadas são relevantes para os enfermeiros no âmbito do trabalho em equipa, embora existam dissimilaridades na prática entre as informações mais partilhadas pelos enfermeiros de cada categoria profissional, nos distintos contextos de cuidados.

Observamos que todos os enfermeiros partilham, com maior frequência, a alteração da situação de dependência, o pedido de colaboração para continuidade assistencial e a alteração da situação de doença. Este dado corrobora estudo prévio desenvolvido, compreendendo médicos, enfermeiros e assistentes sociais, que destaca áreas de partilha de informação comuns, pedidos de colaboração, patologias em geral, dependência no autocuidado, entre outras⁽⁶⁾. Entendemos que se trata de uma troca de informações esporádica, intencional e dirigida para a área de intervenção de outros profissionais, muito longínqua do efetivo trabalho em equipa. Para compreender o contexto atual da partilha de informações, um estudo qualitativo avança que existem lacunas nas informações que são essenciais a todos os profissionais da equipa⁽¹⁶⁾.

O pedido de colaboração para continuidade assistencial, as condições sociais, e a medicação são focos essenciais para os enfermeiros especialistas, conclusões que parecem estar de acordo com revisão integrativa sobre cuidados à pessoa idosa, evidenciando a manutenção da continuidade assistencial e a prevenção de complicações⁽¹⁷⁾. Apesar das referidas informações serem relevantes e comuns no exercício profissional dos enfermeiros dos ACeS e do hospital, analisando a distribuição dos enfermeiros especialistas/local de trabalho, encontramos uma representação muito semelhante, porém, sabemos que o pedido de colaboração para continuidade assistencial, sobretudo em contexto hospitalar está muito associado ao planeamento da alta e às condições sociais do idoso para o regresso a casa, recaindo frequentemente na articulação com o serviço social. Por sua vez, a valorização da medicação pode ser explicada, pela associação dos idosos a comorbilidades e polimedicação, sendo a gestão segura de medicamentos um processo chave na prevenção de eventos adversos⁽¹⁸⁾. Neste contexto, impõe-se refletir sobre as competências específicas e autónomas dos enfermeiros especialistas no âmbito da intervenção junto da pessoa idosa. Compete-lhes prevenir complicações secundárias, educar os clientes e pessoas significativas, intervir no planeamento da alta, na continuidade de cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade⁽¹²⁾.

No caso dos enfermeiros de cuidados gerais, a ênfase recai na alteração da situação de doença, tal como ocorre ainda na atenção primária à saúde, o foco clínico dirigido à deteção e tratamento de doenças⁽⁴⁾, evidenciando um predomínio do modelo biomédico na partilha de informações entre os profissionais. De salientar, no presente estudo, que 80,6% destes enfermeiros exercem funções nos ACeS, o que vai ao encontro do esperado, dada a proximidade existente com os utentes na prática diária. O acompanhamento contínuo da pessoa idosa permite detetar mudanças que vão surgindo no perfil de saúde, tornando-se qualquer alteração neste contexto digna de ser partilhada com outros profissionais. Diante do exposto, salientam-se práticas de enfermagem discordantes das atuais políticas de saúde nacionais e internacionais sobre os Idosos, com enfoque no envelhecimento ativo e saudável^(4,5,19).

Sobre as estratégias utilizadas para partilhar informações em equipa, não se verificaram diferenças entre enfermeiros e enfermeiros especialistas, constatando-se, porém, a sua preferência pelo contacto direto. Resultados divergentes foram encontrados no estudo⁽⁶⁾ já referido, denotando que os enfermeiros recorrem mais ao meio formal através do sistema de informação clínico (SCLínico®) ou por carta escrita e/ou protocolo de ligação. Investigação realizada em Ontário identificou a preferência de alguns enfermeiros pela comunicação síncrona não estruturada, enquanto outros referiram a comunicação direta estruturada, mais concretamente através de encontros em equipa⁽²⁰⁾. Embora seja consensual a necessidade de aceder à informação de enfermagem por todos os profissionais da equipa de saúde, para que o trabalho em equipa seja bem-sucedido, é fundamental existir uma comunicação eficaz e capaz de assegurar a qualidade e continuidade de cuidados, bem como a segurança da pessoa cuidada.

Na análise das estratégias de partilha de informação, identificou-se que predominou o contacto direto, facto este que sugere, a nosso ver, a necessidade de adoção de estratégias de melhoria da comunicação em equipa, pois a informação pontual, não sendo documentada, não ficará disponível no processo clínico, remetendo para implicações quer ao nível da tomada de decisão, quer ao nível da continuidade de cuidados. Atendendo às necessidades multidimensionais dos Idosos e à consequente importância do trabalho em equipa no cuidado à saúde desta população, um sistema de informação clínica, eletrónico e único, torna-se como um recurso imprescindível.

Com referência ao trabalho em equipa, destaca-se o potencial para responder à crescente complexidade das necessidades de saúde que exigem uma abordagem integral e, por conseguinte, uma articulação das ações de

diversas áreas, estando os profissionais conscientes da interdependência entre todos para atingir as metas e objetivos comuns⁽⁹⁾. Portanto, o trabalho em equipa interprofissional implica trabalho conjunto de diferentes profissionais, de forma a partilhar o planeamento e a divisão de tarefas. Entretanto, a dependência de tarefas existente entre os membros das equipas de trabalho, nomeadamente de enfermagem, tem sido valorizada cada vez mais, não só por melhorar a qualidade da prática profissional, com ganhos para a saúde da pessoa cuidada, mas sobretudo por proporcionar uma comunicação eficaz entre os profissionais, contribuindo ainda para o alcance das metas institucionais⁽²¹⁾.

No que respeita à interdependência de tarefas entre todos os participantes, em primeira instância, verificamos que a maioria percebe a dependência elevada dos colegas para alcançar sucesso no seu trabalho e atingir resultados, no que se refere às informações recebidas. Num estudo com profissionais de enfermagem, 99,1% defende que a colaboração entre colegas de trabalho facilita a assistência; 94,6%, que diminui o tempo de resposta às chamadas e 96,4%, que o resultado do trabalho em equipa é mérito coletivo⁽²¹⁾. A literatura indica que, quando o trabalho dos colegas é reconhecido e existe articulação nas ações realizadas, é possível desenvolver um trabalho conjunto e produzir melhores resultados na atenção à saúde^(9,10), constituindo a dependência uma característica central do trabalho em equipas⁽²²⁾.

Além disso, as evidências desta pesquisa demonstram, ainda, que a generalidade dos enfermeiros concordou que, para realizarem o seu trabalho de maneira adequada, dependiam dos colegas. O estudo defende que, valores elevados de concordância indicam a percepção dos profissionais sobre a existência de forte inter-relação entre as tarefas realizadas em equipa⁽¹³⁾. Por sua vez, a colaboração interprofissional e o respeito entre pares são reconhecidos como fatores facilitadores do trabalho em equipa⁽²¹⁾, podendo-se inferir que a partilha de informações e a complementaridade das atividades de trabalho são essenciais para a obtenção de melhores resultados, no cuidado a pessoas idosas.

De qualquer modo, os resultados do presente estudo indicam diferenças sobre a dependência na realização de tarefas entre as duas categorias profissionais. Estudo realizado com 384 profissionais de saúde, num hospital público no Malawi, converge com estes resultados, apontando diferenças nas percepções da interação e influência colaborativa entre o pessoal médico e o pessoal de apoio técnico⁽²³⁾. Importante ressaltar que a forma como os enfermeiros especialistas e os enfermeiros entendem a interdependência de tarefas pode desencadear práticas profissionais distintas.

Os enfermeiros de reabilitação consideram que dependem de ajuda e suporte dos colegas, para concretizarem a sua prática profissional. Investigação desenvolvida sobre trabalho em equipa evidencia que 95% têm bom relacionamento entre pares, recebem ajuda quando atarefados e retribuem; 94,6% atendem a campainha, mesmo não sendo da sua responsabilidade⁽²¹⁾. O reconhecimento da necessidade de cooperação com a restante equipa, para cumprir o seu trabalho, traduz um nível coeso de interdependência de tarefas, havendo maior probabilidade de satisfação e comprometimento⁽²²⁾. Por sua vez, este resultado evidencia uma atuação congruente dos profissionais, com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, procurando a excelência do exercício profissional para atingir os objetivos dos clientes, através da articulação/cooperação com a equipa interdisciplinar⁽²⁴⁾.

Reportando-nos às questões de baixa dependência de tarefas entre os enfermeiros, ambas as categorias profissionais se referiram ao desempenho dos colegas, evidenciando ausência de compromisso com os resultados da equipa, pois não consideram que os colegas os podem beneficiar. A literatura sobre interdependência de tarefas vai mais além, questionando se podem ser consideradas equipas de trabalho, quando os seus membros dispensam outros para realizar as suas tarefas e, por sua vez, acreditam que o desempenho destes em nada interfere com o seu trabalho⁽¹²⁾. Neste contexto, deve-se considerar que as equipas são compostas por pessoas com especificidades próprias, que exercem influência sobre os processos de trabalho e, estes, por sua vez afetam o funcionamento da própria equipa⁽²²⁾. A enfermagem é uma profissão essencialmente voltada para o trabalho em equipa, pelo que é impossível prestar um atendimento integral ao cliente sem a colaboração de todos.

Sobre a interdependência de tarefas, concluiu-se que os enfermeiros de reabilitação evidenciaram maior grau de dependência dos colegas da equipa do que os outros enfermeiros, apresentando valores mais elevados de concordância para todas as tarefas (opções 4 e 5), exceto em relação ao desempenho dos colegas (tarefa 5). Acresce que mostraram valores mais baixos de discordância (opções 1 e 2) para todas as tarefas apresentadas, exceto para a tarefa 5, quando comparados com os enfermeiros.

Em síntese, analisando o trabalho em equipa desenvolvido pelos enfermeiros e pelos enfermeiros especialistas, no cuidado a pessoas idosas, observamos práticas distintas. Existem diferenças entre as informações partilhadas em equipa, valorizando os enfermeiros de reabilitação o pedido de colaboração para continuidade assistencial, as condições sociais e a medicação, enquanto os demais, a alteração da situação de doença. São unânimes as opiniões sobre o contacto direto como estratégia preferencial para a partilha de informações em equipa. Sobre a interdependência de tarefas, a diferença é que os enfermeiros de reabilitação dependem de ajuda e suporte dos colegas, para concretizarem a sua prática profissional.

O exposto impõe que os enfermeiros repensem as suas práticas, no que se refere à comunicação em equipa e colaboração interprofissional, sugerindo a necessidade de intervenções de melhoria contínua da qualidade do seu



exercício, traduzidas em ganhos para a saúde da população idosa. Defende-se que a prática interprofissional requer formação/educação interprofissional.

CONCLUSÃO

Há diferenças de opinião e de práticas acerca do trabalho em equipa desenvolvido pelos enfermeiros de reabilitação e enfermeiros, no cuidado a pessoas idosas, em instituições de saúde comunitária e hospitalares.

No que concerne às especificidades da ação do enfermeiro de reabilitação, no âmbito das informações partilhadas em equipa, salientam o pedido de colaboração para continuidade assistencial, as condições sociais e a medicação. Reconhecem que dependem de ajuda e suporte dos colegas, para concretizarem a sua prática profissional. Evidenciam maior grau de dependência dos colegas da equipa, na realização de tarefas. Atendendo às competências do enfermeiro de reabilitação e à sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, faz todo o sentido que sejam líderes no seio das equipas, contribuindo para a operacionalização do trabalho interprofissional e, que integrem políticas de saúde visando a promoção da saúde e a prevenção de complicações.

Apesar das contribuições deste estudo, algumas limitações podem ser apontadas, nomeadamente o facto da amostragem não permitir generalizar os resultados, uma vez que é representativa apenas de uma região.

A temática demonstra relevância para a prática, proporcionando uma reflexão individual e coletiva sobre a importância do trabalho em equipa e, sobre a forma como este se repercute na assistência aos idosos. Como implicação para o ensino, observa-se a necessidade de capacitação para o desenvolvimento de competências interpessoais e de trabalho em equipa, com vista a uma prática clínica mais efetiva. As implicações para a investigação, recaem na necessidade de ampliar pesquisas na área, para melhor se compreender os desafios do trabalho em equipa entre enfermeiros, objetivando um cuidado holístico para a Pessoa Idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laccort A, Oliveira G. The importance of work team in the context of nursing. UNINGÁ Rev [internet] 2017. [acesso 12 de setembro de 2020]; 29(3):06-10. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1976>. ISSN online 2178-2571.
2. PORDATA (PT). Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retrato de Portugal na Europa PORDATA (1ªed.). 2020. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Retratos/2020/Retrato+de+Portugal+na+Europa-87>. ISBN: 978-989-9004-66-5.
3. Jomaa, C., Dubois, C.-A., Caron, I., & Prud'Homme, A. Staffing, teamwork and scope of practice: Analysis of the association with patient safety in the context of rehabilitation. Journal of Advanced Nursing [internet] 2022. [acesso 5 de julho de 2022];78:2015-2029. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.15112>
4. World Health Organization (WHO). Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva [internet] 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329960/9789241513500-eng.pdf>
5. Direção-Geral da Saúde (PT). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa. 2006. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>
6. Monteiro MC, Martins MM, Schoeller SD, Antunes L. Elder health care: interdisciplinary health team. Rev baiana enferm [internet] 2021. [acesso 12 de outubro de 2021]; 35:e36702: 1-12. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36702/24482>
7. Monteiro MC, Martins MM, Schoeller SD. Evaluation of the health level of the elderly: patient care team considerations. Rev brasileira de enferm [internet] 2022. [acesso 12 de janeiro de 2022]; 75(1):e20201277: 1-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/reben/a/bPRT4cd57rBJGVTxzvZM9L/abstract/?lang=en>
8. Silveira R, Silva E. O trabalho do/a Assistente Social na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): a (in) visibilidade de suas ações x os processos de trabalho em equipe. Texto & Contexto enferm [internet] 2018. [acesso 19 de novembro de 2021]; 17(1): 97-114. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/27325/17155>
9. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM da, Souza HS de. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. Trab. Educ. Saúde [internet] 2020. [acesso 10 de janeiro de 2022]; 2020; 18(s1):e0024678: 1-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
10. Guimarães BEB de, Branco ABA de C. Trabalho em Equipe na Atenção Básica à Saúde: Pesquisa Bibliográfica. Revista Psicologia e Saúde [internet] 2020. [acesso 19 de novembro de 2021]; 12 (1):143-155. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v12n1/v12n1a11.pdf>. ISSN: 2177-093X.
11. Peduzzi M, Agreli HLF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Interface comunicação, saúde e educação [internet] 2018. [acesso 10 de janeiro de 2022]; 22(Supl.2): 1525-34. doi: 10.1590/1807-57622017.0827
12. Ordem dos Enfermeiros (PT). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação [internet]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2019 [acesso 28 de junho 2022]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>
13. Siqueira MM, & cols. Medidas de Comportamento Organizacional - Ferramentas de Diagnóstico e de Gestão. São Paulo: Artmed Editora; 2013. ISSN:9788536311210.
14. Serviço Nacional de Saúde (PT). Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde. 2018 [internet]. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relat%C3%B3rio-Social-MS_SNS-2018-002.pdf
15. Lima RRT, Vilar RLA, Costa TPT, Castro JL, Lima KC. Health education in the context of aging: in focus, the curricular contents. Res Soc Dev. [internet] 2018. [acesso 4 de junho de 2022];7(10):e15710587. doi: <https://doi.org/10.17648/rsd-v7i10.587>
16. Kariotis T, Pricot M, Gray K, Chang S. Mind the Gap: Information Sharing Between Health, Mental Health and Social Care Services. Stud Health Technol Inform. Ebook. 266, 101-107. 2019. Digital Health: Changing the Way Healthcare is Conceptualised and Delivered. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31397309/>
17. Menezes TMO, Oliveira ALB, Santos LB, Freitas RA, Pedreira LC, Veras SMCB. Hospital transition care for the elderly: an integrative review.



- Rev Bras Enferm. [internet] 2019. [acesso 20 de junho de 2022];72(Supl 2):294-301. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0286>
18. Tia Kostas, Randall Knoebel & Stacie Levine. Medication management in older adults and interprofessional education: A needs assessment. *Gerontology & Geriatrics Education*. [internet] 2020. [acesso 20 de junho de 2022]; 41(1) 100-108. doi: 10.1080/02701960.2018.1487297
 19. Direção-Geral da Saúde (PT). Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. [internet]. Lisboa. 2017. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
 20. Jeffrey I. Butler & Mary T. Fox. Nurses' Perspectives on Interprofessional Communication in the Prevention of Functional Decline in Hospitalized Older People. *Health Communication* [internet] 2019. [acesso 4 de junho de 2022]; 34(9): 1053-1059. doi: 10.1080/10410236.2018.1455141
 21. Valentim LV, Luz RA, Santos LSC, Noca CRS. Perception of nursing professionals regarding teamwork. *Rev baiana enferm* [internet] 2020. [acesso 2 de janeiro de 2022]; 34:e37510:1-8. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/37510/23066>
 22. Puente-Palacios K, Almeida RS, Rezende DV. O impacto da interdependência no trabalho sobre a efetividade de equipes. *Organ. Soc* [internet] 2011. [acesso 4 de maio de 2021]; 18 (59): 605-623. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-92302011000400003>
 23. Soko TN, Jere DL, Wilson LL. 'Healthcare workers' perceptions on collaborative capacity at a Referral Hospital in Malawi'. *Health SA Gesondheid* [internet] 2021. [acesso 4 de junho de 2022]; 26(0): a1561. Disponível em: <https://doi.org/10.4102/hsag.v26i0.1561>
 24. Ordem dos Enfermeiros (PT). Regulamento n.º 350/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação [internet]. Diário da República. 2.ª série. p.16655-16660. 2015. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf

DIVULGAÇÕES ÉTICAS

Contribuição do(s) autor(es):

Conceptualização: MCDM; MMFPM; SDS;
 Metodologia: MCDM; MMFPM; SDS;
 Validação: MCDM; MMFPM; SDS;
 Análise formal: MCDM; MMFPM; SDS;
 Investigação: MCDM; MMFPM; SDS;
 Tratamento de dados: MCDM; MMFPM; SDS;
 Preparação do rascunho original: MCDM; MMFPM; SDS;
 Redação e edição: MCDM; MMFPM; SDS;
 Revisão: MCDM; MMFPM; SDS.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Financiamento:

Este trabalho não recebeu nenhuma contribuição financeira ou bolsa.

Comissão de Ética:

Estudo autorizado pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (Parecer n.º 154/2017).

Declaração de consentimento informado:

O consentimento informado por escrito para publicar este trabalho foi obtido dos participantes.

Conflitos de interesse:

Os autores não declaram nenhum conflito de interesses.

Proveniência e revisão por pares:

Não comissionado; revisto externamente por pares.



© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e APER/RPER 2022. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC-ND. Nenhuma reutilização comercial.



2.5 Contributos para a criação de uma consulta interdisciplinar de intervenção em saúde dos Idosos

Portugal, à semelhança de muitos outros países, tem registado um crescimento constante da esperança de vida, refletindo-se numa população cada vez mais envelhecida. O aumento da longevidade representa um desafio para os serviços de saúde a nível global. Em Portugal, estima-se que, em 2030, 26,0% da população será composta por idosos, podendo esse número aumentar para 29,0% até 2060. Paralelamente, verifica-se um declínio da população jovem (0-14 anos) e da população em idade ativa (15-64 anos), acompanhado por um aumento da população idosa (65 e mais anos), enquanto a população idosa (65 e mais anos) continua a crescer, intensificando o processo de duplo envelhecimento (PORDATA, 2020).

A esperança média de vida continuará a aumentar, e, segundo projeções do INE, poderá atingir, em 2080, os 87,4 anos para os homens e 92,1 anos para as mulheres (PORDATA, 2020). Apesar deste cenário demográfico, o Serviço Nacional de Saúde ainda não dispõe de consultas interdisciplinares específicas para a população idosa, o que pode comprometer a prestação de cuidados integrados e adequados a esta faixa etária.

Perante o exposto, torna-se essencial investir na promoção da saúde por meio de equipas multiprofissionais, que possam atuar de forma coordenada para melhorar a qualidade de vida dos idosos. No entanto, observa-se que, na prática, essa articulação entre profissionais nem sempre ocorre de forma eficaz, resultando em diversas dificuldades na implementação de cuidados integrados (Fonseca *et al.*, 2021; Guimarães & Branco, 2020; Peduzzi *et al.*, 2020).

Considerando esta realidade, parte-se da premissa que o trabalho em equipa é imprescindível para garantir cuidados adequados aos idosos numa sociedade envelhecida (Asakawa *et al.*, 2017). A colaboração entre diferentes disciplinas é particularmente importante na área da geriatria, contudo, apesar do interesse reconhecido nesta abordagem há décadas, a sua implementação tem ocorrido de forma gradual e ainda carece de maior disseminação (Fonseca *et al.*, 2021).

Este estudo teve como objetivo desenvolver uma proposta de consulta interdisciplinar de saúde para idosos, envolvendo médicos, enfermeiros e assistentes sociais, adaptada a diferentes contextos assistenciais.

Entende-se esta consulta como uma abordagem colaborativa que reúne dois ou mais profissionais de saúde, que atuam de forma integrada na avaliação, gestão e planejamento da assistência, bem como na prestação direta de cuidados a idosos (Kamei *et al.*, 2024). As consultas interdisciplinares baseiam-se na prática interdisciplinar, que se apresenta como uma alternativa para responder a necessidades específicas. Essa abordagem consiste na gestão integral do cuidado, promovida pela interação entre profissionais de diferentes áreas, que colaboram ativamente através da partilha mútua de conhecimentos e experiências (Fonseca, *et al.*, 2021).

Em relação aos resultados do estudo, verificou-se que a implementação de práticas interdisciplinares se reflete na utilidade de escalas de avaliação para idosos, que não apresentou diferenças entre os profissionais do hospital e aqueles que trabalham nos cuidados de saúde primários. No entanto, os dados obtidos no exame físico, a partilha de informações, as estratégias utilizadas para essa partilha e a frequência das reuniões de equipa variaram entre os dois contextos, evidenciando particularidades que possibilitaram a definição de orientações para a conceção de um Modelo de Consulta Interdisciplinar.

O artigo apresenta uma análise das práticas assistenciais nos cuidados de saúde primários e hospitalares, evidenciando diferenças e semelhanças na abordagem aos idosos. A discussão reforça a necessidade de um modelo estruturado que favoreça a comunicação entre os profissionais e a continuidade dos cuidados. Por fim, são propostas recomendações para otimizar a qualidade da assistência, promover um envelhecimento saudável e fortalecer a integração entre os serviços de saúde.

De seguida, apresentamos o artigo que resultou deste estudo.

Artigo publicado na Revista Gaúcha de Enfermagem

Monteiro, M. C. D., Martins, M. M. F. P. S., & Schoeller, S. D. (2023). Consulta interdisciplinar de saúde para pessoas idosas em Portugal: Atenção primária e

hospital. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 44, e20220275.
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220275>

Consulta interdisciplinar de saúde para pessoas idosas em Portugal: atenção primária e hospital

Interdisciplinary health consultation for elderly people in Portugal: primary care and hospital

Consulta interdisciplinaria de salud para personas mayores en Portugal: atención primaria y hospitalaria

Maria Clara Duarte Monteiro^a 
Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins^{a,b} 
Soraia Dornelles Schoeller^c 

Como citar este artigo:
Monteiro MCD, Martins MMFPS, Schoeller SD. Consulta interdisciplinar de saúde para pessoas idosas em Portugal: atenção primária e hospital. Rev Gaúcha Enferm. 2023;44:e20220275. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220275>

RESUMO

Objetivo: Analisar a visão de médicos, enfermeiros e assistentes sociais, sobre práticas na assistência a idosos na atenção primária e hospital; criar orientações para a prática de consultas interdisciplinares.

Método: Estudo transversal, envolvendo 291 profissionais de instituições públicas da região norte de Portugal. Dados coletados entre maio/2018 e março/2019, mediante questionário e submetidos à análise estatística descritiva e analítica.

Resultados: A utilidade de escalas para pessoas idosas não mostrou diferenças entre hospital e atenção primária. Enquanto os profissionais do hospital coletaram os dados: visão/audição; medicação; contato direto entre profissionais ou por escrito; reuniões de equipe diárias; necessidade de partilhar informações entre colegas; os profissionais da atenção primária valorizaram: peso/altura, deglutição; necessidade de visita domiciliar; contato direto entre profissionais ou por e-mail; reuniões de equipe semanais.

Conclusão: Práticas dos profissionais apontaram para um modelo de intervenção com aspectos comuns nos dois grupos, mas com especificidades para atenção primária e hospital.

Descritores: Serviços de saúde para idosos. Equipe de assistência ao paciente. Atenção primária à saúde. Hospitais. Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To analyze the perspective of doctors, nurses, and social workers about practices for older people health in primary care and in hospitals; to create guidelines for the practice of interdisciplinary consultations.

Method: Cross-sectional study involving 291 professionals from public institutions in the northern region of Portugal. Data were collected between May/2018 and March/2019, using a questionnaire which was then subjected to descriptive and analytical statistical analysis.

Results: The usefulness of scales for elderly people showed no differences between hospital and primary care. Hospital professionals collected the following data: eyesight/hearing; medication; direct contact or contact by writing between professionals; daily team meetings; need to share information among colleagues. Primary care professionals, in turn, valued: weight/height, swallowing; the need for home visits; direct contact or via e-mail between professionals; weekly team meetings.

Conclusion: The practices of the professionals suggested an intervention model with common aspects in both groups, but with specificities for both primary and hospital care.

Descriptors: Health services for the aged. Patient care team. Primary care. Primary health care. Hospitals. Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la visión de médicos, enfermeros y asistentes sociales, sobre las prácticas de atención al anciano en la atención primaria y hospitalaria; crear directrices para la práctica de consultas interdisciplinares.

Método: Estudio transversal, con la participación de 291 profesionales de instituciones públicas de la región norte de Portugal. Se recogió los datos entre mayo de 2018 y marzo de 2019, a través de un cuestionario, y se los sometió a un análisis estadístico descriptivo y analítico.

Resultados: La utilidad de las escalas para las personas mayores no mostró diferencias entre la atención hospitalaria y la atención primaria. Mientras que los profesionales hospitalarios recogieron los datos sobre visión/audição; medicación; contacto directo o por escrito entre profesionales; reuniones de equipo diarias; y necesidad de compartir información entre colegas, los profesionales de atención primaria valoraron: peso/altura, deglución; necesidad de visita domiciliar; contacto directo o por correo electrónico entre profesionales; reuniones de equipo semanales.

Conclusión: Las prácticas de los profesionales sugieren un modelo de intervención con aspectos comunes en ambos grupos, pero con especificidades tanto para la atención primaria como para la hospitalaria.

Descriptorios: Servicios de salud para ancianos. Grupo de atención al paciente. Atención primaria de salud. Hospitales. Enfermería.

^a Universidade do Porto (UP). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal.

^b Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Porto, Portugal.

^c Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Departamento de Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

INTRODUÇÃO

A assistência interdisciplinar de saúde à pessoa idosa tem-se destacado no contexto dos cuidados de saúde primários e hospitalares. É reconhecida pelos profissionais como importante ferramenta para uma assistência integral, que propicia continuidade do atendimento e centralidade dos cuidados. Apesar da evolução, ainda há uma tendência de divisão da saúde, que prejudica a resposta dos serviços, nomeadamente para a população mais vulnerável⁽¹⁾.

Portugal, como muitos outros países, tem uma população envelhecida. Estima-se que o índice de envelhecimento entre 2015 e 2080 duplique, passando de 147 para 317 pessoas idosas por cada 100 jovens⁽²⁾. No entanto, a longevidade e a qualidade de vida após os 65 anos não têm ostentado um crescimento uniforme, constituindo um problema até para os profissionais de saúde, com repercussões devastadoras em curto prazo.

Mesmo diante do aumento progressivo da expectativa de vida, a lógica atual das práticas não diferencia a assistência à pessoa idosa da assistência ao adulto⁽³⁾. Por sua vez, a assistência ainda se restringe à cura da doença, com finalidade essencialmente terapêutica e prestada num modelo clássico, departamentalizado por áreas patológicas; há um reforço do trabalho organizado em equipes com contatos pontuais entre os profissionais. A isso, são acrescidos outros fatores, tais como a fragmentação do sistema de saúde e a ausência de um modelo específico e dirigido, agravado pela carência de recursos humanos e desvalorização social da velhice⁽³⁾, o que já não responde às novas necessidades da pessoa idosa.

Observa-se uma considerável descoordenação e descontinuidade dos cuidados de saúde, uma abordagem biomédica na Atenção Primária (AP) e uma multiplicação de consultas de especialidades nos hospitais. Em Portugal, uma equipe de pesquisa realizou estudos com médicos, enfermeiros e assistentes sociais, evidenciando a existência de dados necessários ao acompanhamento de pessoas idosas que não eram triados por nenhum profissional; a partilha da informação para a assistência, quando ocorria, recaía nas situações de doença ou de alterações do contexto social⁽⁴⁾. Já no que se refere à avaliação de pessoas idosas, constatou-se que tem por base uma diversidade de instrumentos e requer a partilha de informações⁽⁵⁾.

Sabe-se atualmente que os fatores de risco comportamentais, são responsáveis pelo aumento significativo de doenças e da mortalidade. Estes desafios estimulam a sociedade a pensar um modo de oferecer cuidados adequados a tal população. A resposta apropriada exige uma abordagem em equipe, com a inclusão da medicina, serviço social e enfermagem, contemplando os cuidados de saúde na sua

integralidade⁽⁶⁾. Com isso, busca-se superar a fragmentação que hoje se observa na AP, em contexto hospitalar e, ainda, na articulação entre os dois níveis de cuidados. Na verdade, pesquisas⁽¹⁾ expõem que, por meio da interdisciplinaridade, se verificou uma orientação de saúde mais eficaz e abrangente, que não se limita ao tratamento da doença: inclui práticas sociais, promotoras da saúde de pessoas idosas.

Constata-se também, na literatura, que os profissionais a exercerem funções com pessoas idosas possuem experiência e confiança limitada para trabalhar em equipa⁽⁷⁾. Essas circunstâncias contribuem para as lacunas existentes no trabalho em equipe, traduzidas pelo olhar fragmentado dos profissionais sobre a pessoa idosa e incapacidade para um atendimento integral. A isso, associa-se o fato de que se considera incipiente a formação dos profissionais integrantes das equipes de saúde no âmbito do envelhecimento⁽⁸⁾.

Dadas as fragilidades existentes, propomos a criação e/ou implementação de consultas interdisciplinares em saúde para pessoas idosas, nas quais se reúnam médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Dessa maneira, pode-se contribuir para melhorar a qualidade de vida e as desigualdades em saúde, prevenir doenças e incapacidades, bem como promover a saúde e o bem-estar, rumo à excelência dos cuidados. Porém, temos consciência da necessidade de definir diretrizes para redesenhar a estrutura e o processo de cuidados prestados às pessoas idosas em consultas interdisciplinares⁽⁹⁾, inexistentes no Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal. Nesse sentido, o envelhecimento ativo surge como paradigma de intervenção que pode inverter as tendências nefastas dos modelos em uso, sustentando-se a nossa proposta nas políticas nacionais e internacionais de atenção às pessoas idosas^(10,11).

Diante do exposto, questionou-se: "Quais as práticas desenvolvidas por médicos, enfermeiros e assistentes sociais no exercício de funções com pessoas idosas, na atenção primária e nos hospitais, que contribuem para a construção de uma consulta interdisciplinar?" O objetivo delineado foi analisar a visão de médicos, enfermeiros e assistentes sociais, sobre práticas na assistência a idosos na atenção primária e hospital; criar orientações para a prática de consultas interdisciplinares.

MÉTODO

O presente estudo é de tipo transversal. A coleta de dados foi realizada em instituições da atenção primária e hospitalares, do SNS da região norte de Portugal, com médicos, enfermeiros e assistentes sociais que exercem funções com pessoas idosas. Enquanto a atenção primária focaliza a prevenção da doença e promoção da saúde, o hospital é mais diferenciado e especializado na resposta à doença

aguda e/ou agudização da doença crônica. Estima-se que a população seja de 10.730 profissionais, considerando que não foi possível obter dados que identifiquem quantos destes trabalham há mais de 6 meses com idosos. A amostra foi obtida por método não probabilístico, por conveniência, num total de 291 integrantes, sendo que, tendo por referência a população estimada para um nível de confiança de 95%, obtivemos uma margem de erro 5,67%, sendo 71 (24,4%) médicos, 192 (66%) enfermeiros e 28 (9,6%) assistentes sociais.

Os critérios de inclusão foram: ser médico/enfermeiro/assistente social, que desenvolviam assistência a pessoas idosas, há mais de seis meses e estarem inseridos em instituições de saúde do SNS da região norte de Portugal. Foram excluídos: médico/enfermeiro/assistente social que exerciam funções em hospitais oncológicos e psiquiátricos – áreas, estas, com exigências distintas, que requerem estratégias de intervenção específicas.

Como instrumento de coleta de dados, os autores criaram o questionário de autopreenchimento intitulado “Avaliação assistencial interdisciplinar em saúde da população idosa”, para avaliar a visão dos profissionais de saúde e sociais sobre a assistência multidisciplinar a pessoas idosas, distinguindo o trabalho individual e o trabalho em equipe. O conteúdo das questões emergiu das categorias identificadas em estudo realizado⁽⁴⁾ sobre os “Modelos em uso na assistência a pessoas idosas” com base em entrevistas a oito médicos, oito enfermeiros e oito assistentes sociais que exerciam a sua atividade profissional com pessoas idosas na atenção primária. O questionário é composto por duas partes: a primeira traz questões de caracterização sociodemográfica e profissional

do respondente; e a segunda parte contém questões que visam ao trabalho em equipe e à intervenção de cada grupo profissional com pessoas idosas. A coleta de dados decorreu no período de maio de 2018 e março de 2019.

Para a análise de dados, recorremos a frequências absolutas e relativas para avaliar a associação entre o local de trabalho e as variáveis. Foi utilizado o teste de qui-quadrado quando os pressupostos deste eram verificados (menos de 20% das células com valor esperado inferior a 5). Quando não se pôde verificar o pressuposto referido, não foi possível retirar conclusões. Foi considerado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para todas as análises. O software utilizado para a análise foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 27.0.

Para a operacionalização das variáveis, adotou-se a seguinte especificação: variável de caracterização sociodemográfica (sexo, idade, escolaridade, categoria profissional, tempo de serviço, experiência profissional em gerontologia, formação contínua em gerontologia, formação académica em gerontologia e local de trabalho); e variáveis relacionadas com as práticas assistenciais dos profissionais a pessoas idosas (Quadro 1).

Este estudo foi norteado pela ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). Seguiu as diretrizes éticas vigentes no país, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido. Obteve aprovação pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (Parecer n.º 154/2017), das instituições de saúde hospitalares e comunitárias envolvidas.

Quadro 1 – Operacionalização das variáveis – região norte. Portugal, 2018 a 2019

Variáveis	Concepção no questionário	Reajuste para análise
Utilidade de escalas para a prática clínica	Escala Likert: nada útil, pouco útil, útil, muito útil e fundamental para a prática clínica. Itens: dependência no autocuidado – Barthel; capacidade funcional – Lawton & Brody; cognição – <i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE); risco de lesão por pressão – Braden; equilíbrio corporal – Tinetti; nutrição – <i>Mini Nutritional Assessment</i> (MNA); funcionalidade familiar – Apgar Familiar; estrutura familiar – Genograma; suporte social – Ecomapa; estilo de vida – Perfil do Estilo de Vida (PEV); depressão – Escala de Depressão Geriátrica (EDG); sobrecarga física, social e emocional do cuidador informal – Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI); estresse do cuidador – Zarit; fragilidade em pessoas idosas – Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE).	- Sem utilidade (nada ou pouco útil) - Com utilidade (útil, muito útil e fundamental para a prática clínica)

Quadro 1 – Cont.

Variáveis	Concepção no questionário	Reajuste para análise
Dados do exame físico	Escala Likert: nunca, raramente, às vezes, quase sempre e sempre. Itens: peso/altura; visão/audição; deglutição; tegumentos; mobilidade/exercício físico; equilíbrio/marcha; estado de nutrição; sinais vitais; condição da situação de eliminação intestinal/vesical; e avaliação da condição de execução das Atividades da Vida Diária (AVDs).	- Sem consistência para a assistência a pessoas idosas (nunca, raramente, às vezes) - Com consistência para a assistência a pessoas idosas (quase sempre, sempre)
Informações partilhadas entre os profissionais	Escala Likert: nunca, raramente, às vezes, quase sempre e sempre. Itens: necessidade de visita domiciliar; alteração da situação de doença; alteração da situação de dependência; pedido de colaboração para continuidade assistencial; medicação; adesão ao regime terapêutico e condições sociais.	
Estratégias para partilha de informações	Resposta dicotômica: sim, não. Itens: contato direto; por e-mail; por escrito (papel); por telefone; SClínico e reuniões de equipe.	Não se aplica.
Atividades importantes para o trabalho em equipe	Escala Likert: nada importante, pouco importante, importante, muito importante e fundamental. Itens: avaliação do doente; consultas; visitas domiciliares; sessões de informação em grupos; vigilâncias de saúde e formação.	- Sem importância para a prática assistencial (nada ou pouco importante) - Com importância para a prática assistencial (importante, muito importante, fundamental)
Intervenções concordantes com o PNSPI	Escala Likert: nada importante, pouco importante, importante, muito importante e fundamental. Itens: formação; reuniões diárias; reuniões semanais; reuniões semestrais; atividades conjuntas e discussão de casos.	
Escala de Interdependência de Tarefas⁽¹²⁾	Escala Likert: discordo totalmente, discordo parcialmente, não concordo nem discordo, concordo parcialmente e concordo totalmente. Itens: partilha de informações, material e instrumentos, ajuda e suporte, trabalho em equipe e desempenho dos colegas.	- Discordância de tarefas (discordo totalmente ou parcialmente) - Concordância de tarefas (concordo parcialmente ou totalmente)

Fonte: Elaborado para o presente estudo.

RESULTADOS

Os 291 profissionais eram majoritariamente do sexo feminino (80,4%); tinham idade média geral de 42,3 anos (DP=9,6 anos). No tocante à formação: 209 (71,8%) possuíam licenciatura; 78 (26,8%), mestrado; 3 (1%), bacharelado; e 1 (0,3%), doutorado. O tempo médio de serviço foi de 17,9 anos (DP=9,9 anos); 185 (64,5%) possuíam experiência profissional em gerontologia e 47 (16,4%) formação contínua em gerontologia. Quanto à formação acadêmica em gerontologia, 39 (48,1%) relataram licenciatura; 20 (24,7%), pós-graduação; 14 (17,3%), mestrado; 7 (8,6%), bacharelado;

e 1 (1,2%), doutorado. No que se refere ao local de exercício profissional, a maioria dos participantes trabalhava na AP (n = 217;74,6%).

Avaliação da pessoa idosa

Sobre a utilidade de escalas para a aplicação em pessoas idosas, não existiu associação significativa entre o hospital AP em todas as escalas ($p>0,05$). Apesar de uma distribuição muito similar entre os profissionais, analisando os resultados, verificamos que as escalas com utilidade para a prática dos profissionais da AP foram: Barthel (91,8%), MMSE (90,3%),

Braden (89,6%), QASCI (87,9%), EDG (86,7%), EFE (86%), MNA (83,8%), Genograma (83,4%), Lawton & Brody (80,8%), Apgar Familiar (78,1%), Tinetti (77,7%), Ecomapa (76%), Zarit (75%) e PEV (74,7%). Já para os profissionais do hospital, as escalas úteis são: Braden (96,7%), Barthel (96,4%), MMSE (93,2%), QASCI (92,6%), MNA (90,9%), Apgar Familiar (86,5%), EFE (86,3%), EGD (84,9%), Genograma (80,8%), Lawton & Brody (79,2%), Zarit (73,3%), Tinetti e PEV (71,7% cada) e Ecomapa (67,3%). Ainda se observaram percentagens mais elevadas na utilidade do Ecomapa para os profissionais da AP (76%) quando comparados com os profissionais do hospital (67,3%); e o Apgar Familiar atingiu percentagens mais elevadas para

os profissionais do hospital (86,5%) em comparação aos profissionais restantes (78,1%).

Trabalho em equipe

Quanto aos dados do exame físico (Tabela 1) mais recolhidos, 93,9% dos profissionais da AP relataram a condição para execução das AVDs, seguida dos sinais vitais emobilidade/exercício físico (90,1% cada). No caso dos profissionais do hospital, referiram-se à condição para execução das AVDs (94,4%) e à condição da situação de eliminação intestinal/vesical, sinais vitais e equilíbrio/marcha (93% cada).

Tabela 1 – Distribuição das diferenças da assistência a pessoas idosas por profissionais na Atenção Primária e no hospital – região norte. Portugal, 2018 a 2019

Variáveis	Dimensões	Atenção Primária	Hospital	Valor de p*
		n (%)	n (%)	
Dados do exame físico				
Peso/altura	Sem consistência	45 (21,1)	33 (47,1)	<0,001
	Com consistência	168 (78,9)	37 (52,9)	
Visão/audição	Sem consistência	95 (45,5)	15 (21,4)	<0,001
	Com consistência	114 (54,5)	55 (78,6)	
Deglutição	Sem consistência	62 (29,7)	10 (14,3)	0,017
	Com consistência	147 (70,3)	60 (85,7)	
Tegumentos	Sem consistência	44 (21,2)	11 (15,5)	0,388
	Com consistência	164 (78,8)	60 (84,5)	
Mobilidade/exercício físico	Sem consistência	21 (9,9)	5 (7,1)	0,649
	Com consistência	191 (90,1)	65 (92,9)	
Equilíbrio/marcha	Sem consistência	23 (10,9)	5 (7)	0,477
	Com consistência	188 (89,1)	66 (93)	
Estado de nutrição	Sem consistência	43 (20,5)	11 (15,5)	0,455
	Com consistência	167 (79,5)	60 (84,5)	

Tabela 1 – Cont.

Variáveis	Dimensões	Atenção Primária	Hospital	Valor de p*
		n (%)	n (%)	
Sinais vitais	Sem consistência	21 (9,9)	5 (7)	0,635
	Com consistência	192 (90,1)	66 (93)	
Eliminação intestinal/vesical	Sem consistência	35 (16,7)	5 (7)	0,070
	Com consistência	175 (83,3)	66 (93)	
Condição para execução de AVDs	Sem consistência	13 (6,1)	4 (5,6)	1,000
	Com consistência	199 (93,9)	67 (94,4)	
Informações partilhadas entre os profissionais				
Necessidade de visita domiciliar	Sem consistência	25 (11,6)	34 (47,9)	<0,001
	Com consistência	191 (88,4)	37 (52,1)	
Alteração da situação de doença	Sem consistência	36 (16,7)	12 (16,7)	1,000
	Com consistência	179 (83,3)	60 (83,3)	
Alteração da situação de dependência	Sem consistência	23 (10,6)	4 (5,6)	0,294
	Com consistência	193 (89,4)	68 (94,4)	
Pedido de colaboração para continuidade assistencial	Sem consistência	37 (17,1)	7 (9,7)	0,190
	Com consistência	180 (82,9)	65 (90,3)	
Medicação	Sem consistência	67 (31,5)	9 (12,5)	0,003
	Com consistência	146 (68,5)	63 (87,5)	
Adesão ao regime terapêutico	Sem consistência	46 (21,3)	12 (16,9)	0,529
	Com consistência	170 (78,7)	59 (83,1)	
Condições sociais	Sem consistência	38 (17,5)	14 (19,4)	0,847
	Com consistência	179 (82,5)	58 (80,6)	
Estratégias para a partilha de informações				
Contato direto	Não	4 (1,9)	5 (7,2)	0,045
	Sim	204 (98,1)	64 (92,8)	

Tabela 1 – Cont.

Variáveis	Dimensões	Atenção Primária	Hospital	Valor de p*
		n (%)	n (%)	
Por e-mail	Não	42 (23,1)	35 (64,8)	<0,001
	Sim	140 (76,9)	19 (35,2)	
Por escrito (papel)	Não	98 (63,2)	10 (16,9)	<0,001
	Sim	57 (36,8)	49 (83,1)	
Por telefone	Não	33 (17,6)	14 (21,9)	0,574
	Sim	154 (82,4)	50 (78,1)	
SClínico	Não	27 (14,9)	6 (8,8)	0,292
	Sim	154 (85,1)	62 (91,2)	
Reuniões de equipe	Não	30 (16,6)	12 (19,4)	0,760
	Sim	151 (83,4)	50 (80,6)	

Fonte: Elaborado para o presente estudo. *Valor de $p < 0,05$

Existiu uma associação estatisticamente significativa entre a avaliação de peso/altura ($p < 0,001$) e a deglutição ($p = 0,017$) para os profissionais da AP, os quais apresentaram percentagem superior comparados aos profissionais do hospital. Também existiu uma associação estatisticamente significativa entre a avaliação da visão/audição ($p < 0,001$), mas, nesse caso, os profissionais da AP tiveram percentagem inferior em comparação aos profissionais do hospital.

No concernente às respostas sobre as informações partilhadas entre os profissionais (Tabela 1), constatamos que a alteração da situação de dependência, a necessidade de visita domiciliária e a alteração da situação de doença (respectivamente 89,4%, 88,4% e 83,3%) são determinantes para a prática assistencial dos profissionais da AP. Já a alteração da situação de dependência (94,4%), o pedido de colaboração para continuidade assistencial (90,3%) e a medicação (87,5%) constaram das informações mais significantes para os profissionais do hospital.

Encontramos diferenças estatisticamente significantes entre a necessidade de visita domiciliária ($p < 0,001$) sendo que os profissionais da AP apresentaram percentagem superior aos do hospital. Observamos também diferenças significantes

entre a medicação ($p = 0,003$) onde os profissionais da AP, apresentaram percentagem menor que os do hospital.

Quando questionados sobre as estratégias para a partilha de informações (Tabela 1), verificamos que 98,1% dos profissionais da AP e 92,8% dos profissionais do hospital utilizavam o contacto direto, seguido do SClínico (85,1% e 91,2% respectivamente). Existiu associação estatisticamente significativa entre o contato direto ($p = 0,045$) e comunicação por e-mail ($p < 0,001$), os profissionais da AP, os quais apresentaram maior percentagem de "Sim" que os do hospital. Existiu associação estatisticamente significativa entre comunicação por escrito (papel) ($p < 0,001$), em que os profissionais do hospital, obtiveram maior percentagem que os da AP.

Quanto às atividades importantes para o trabalho em equipe, mesmo não havendo associação significativa ($p > 0,05$) entre o hospital e AP, para todas as questões. Ao analisarmos as atividades restantes, encontramos percentagens muito semelhantes entre os profissionais dos dois níveis de cuidados; e todas elas tinham valores superiores a 90% de importância.

Relativamente à interdependência de tarefas entre os elementos da equipe de trabalho, os valores mais elevados de concordância para ambos os profissionais estavam

relacionados com a partilha de informações fornecidas pelos colegas: 80,6%, hospital; e 60,5%, AP. Já no que se refere à discordância de tarefas mais representativa, obteve-se o desempenho dos colegas, sendo 41,1%, AP; 30,5%, hospital; o material e instrumentos apresentaram 40,6%, AP; 27,8%, hospital.

Verificamos que os valores de discordância foram superiores para todas as tarefas dos profissionais da AP, quando comparados com os do hospital. Quanto à opção de resposta "nem concordo nem discordo", destacou-se que mais de 30% dos profissionais da AP selecionaram esta resposta, em todas as opções. Existiu uma associação estatisticamente significativa entre os profissionais da AP e a partilha de informações fornecidas pelos colegas ($p=0,026$), sendo a percentagem de concordância menor no grupo dos profissionais do hospital.

As intervenções concordantes com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI) referidas pelos

profissionais da AP foram a formação (99,1%), seguida da discussão de casos (98,1%); e, pelos profissionais do hospital, foram a discussão de casos e atividades conjuntas (100%), seguido da formação (97,3%) (Tabela 2).

Constatou-se uma associação estatisticamente significativa entre os profissionais da AP e as reuniões semanais ($p=0,041$), tendo havido percentagem maior nesse grupo do que entre os profissionais do hospital. Observou-se ainda associação estatisticamente significativa entre as reuniões diárias ($p<0,001$) e os profissionais da AP, os quais demonstraram percentagem menor que a dos profissionais do hospital.

Em síntese, os resultados deste estudo demonstram, no Quadro 2, as orientações para a prática profissional com pessoas idosas na atenção primária e no hospital.

Sendo assim, com os dados obtidos, foi possível apresentar um Modelo de Consulta Interdisciplinar de Saúde da Pessoa Idosa diferenciado para cada área assistencial (Figura 1).

Tabela 2 – Distribuição segundo as intervenções concordantes com o PNSPI por profissionais da Atenção Primária e do hospital – região norte. Portugal, 2018 a 2019

Intervenções concordantes com o PNSPI	Dimensões	Atenção Primária	Hospital	Valor de p^*
		n (%)	n (%)	
Formação	Sem importância	2 (0,9)	2 (2,7)	0,268
	Com importância	212 (99,1)	71 (97,3)	
Reuniões diárias	Sem importância	147 (70,3)	25 (34,2)	<0,001
	Com importância	62 (29,7)	48 (65,8)	
Reuniões semanais	Sem importância	56 (26,7)	10 (13,9)	0,041
	Com importância	154 (73,3)	62 (68,1)	
Reuniões semestrais	Sem importância	39 (18,8)	13 (18,1)	1,000
	Com importância	169 (81,3)	59 (81,9)	
Atividades conjuntas	Sem importância	6 (2,8)	0 (0,0)	0,343
	Com importância	207 (97,2)	73 (100)	
Discussão de casos	Sem importância	4 (1,9)	0 (0,0)	0,575
	Com importância	210 (98,1)	73 (100)	

Fonte: Elaborado para o presente estudo. *Valor de $p<0,05$

Quadro 2 – Orientações para a prática profissional com pessoas idosas – região norte. Portugal, 2018 a 2019

ATENÇÃO PRIMÁRIA	HOSPITAL
Utilidade de escalas para a prática clínica	
Barthel, MMSE, Braden, QASCI, EGD, Edmonton, MNA, Genograma, Lawton & Brody, Apgar Familiar, Tinetti, Ecomapa, Zarit e PEV.	Braden, Barthel, MMSE, QASCI, MNA, Apgar Familiar, Edmonton, EGD, Genograma, Lawton & Brody, Zarit, Tinetti e PEV.
Dados do exame físico	
Condição para execução das AVDs Mobilidade/exercício físico Sinais vitais Equilíbrio/marcha Eliminação intestinal/vesical Estado de nutrição Peso/altura ($p < 0,001$) Tegumentos Deglutição ($p = 0,017$)	Condição para execução das AVDs Equilíbrio/marcha Sinais vitais Eliminação intestinal/vesical Mobilidade/exercício físico Deglutição (85,7%) Tegumentos (84,5%) Estado de nutrição (84,5%) Visão/audição ($p < 0,001$)
Informações partilhadas entre os profissionais	
Alteração da situação de dependência Necessidade de visita domiciliar ($p < 0,001$) Alteração da situação de doença Pedido de colaboração para continuidade assistencial Condições sociais Adesão ao Regime Terapêutico	Alteração da situação de dependência Pedido de colaboração para continuidade assistencial Medicação ($p = 0,003$) Alteração da situação de doença Adesão ao Regime Terapêutico Condições sociais
Estratégias de partilha das informações entre os profissionais	
Contato direto ($p = 0,045$) SClínico Reuniões de equipe Comunicação por telefone Comunicação por e-mail ($p < 0,001$)	Contato direto SClínico Comunicação por escrito (papel) ($p < 0,001$) Reuniões de equipe Comunicação por telefone
Atividades importantes para o trabalho em equipe	
Avaliação do doente Visitas domiciliárias Vigilâncias de saúde Consultas Formação Sessões de informação em grupos	Avaliação do doente Visitas domiciliárias Vigilâncias de saúde Formação Consultas Sessões de informação em grupos
Intervenções concordantes com o PNSPI	
Formação Discussão de casos Atividades conjuntas Reuniões semestrais Reuniões semanais ($p = 0,041$)	Discussão de casos (100%) Atividades conjuntas (100%) Formação (97,3%) Reuniões semestrais (81,9%) Reuniões diárias ($p < 0,001$)

Fonte: Elaborado pelos autores

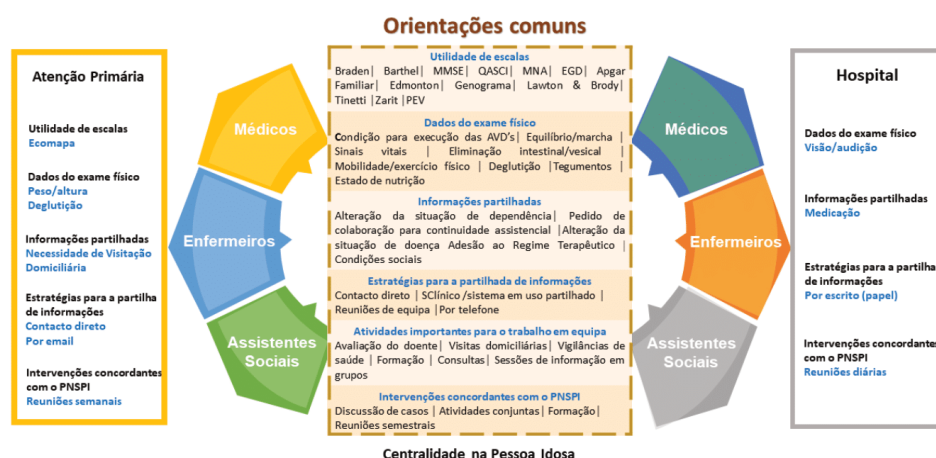


Figura 1 – Modelo de Consulta Interdisciplinar de Saúde da Pessoa Idosa – região norte. Portugal, 2018 a 2019
Fonte: Elaborada pelos autores.

DISCUSSÃO

O predomínio do sexo feminino neste estudo está de acordo com o descrito na literatura: é amplamente conhecido que as mulheres são as principais trabalhadoras da área da saúde⁽¹³⁾. Os resultados encontrados estão em conformidade com o referido no Relatório Social do Ministério da Saúde e do SNS, onde ocorre com maior representação a categoria profissional dos enfermeiros⁽¹³⁾.

A inexistência de diferenças significantes entre os dois grupos de profissionais (hospital e AP) no tocante aos instrumentos de utilidade para a prática com pessoas idosas e a distribuição muito similar dos instrumentos entre todos, não vão ao encontro do esperado, uma vez que o âmbito da intervenção é consideravelmente diferente. Estudo de consenso de escalas⁽¹⁴⁾, realizado pelos investigadores, identificou oito passíveis de utilização por médicos, enfermeiros e assistentes sociais, porém as rejeitadas (ecomapa, genograma, zarit, apgar familiar e perfil do estilo de vida) constam das políticas de saúde para pessoas idosas. Estamos perante práticas que comprometem a assistência holística da pessoa idosa, pois todos os profissionais avaliam as mesmas dimensões, deixando outras, essenciais, em descoberto.

Sobre a escala de Braden, considerada de mais utilidade para os profissionais do hospital, estudos corroboram esse achado afirmando que é a mais utilizada mundialmente⁽¹⁵⁾, sendo consensual na literatura a sua aplicação em pessoas idosas. À semelhança do nosso estudo, outras pesquisas evidenciam a sua particularidade na identificação do risco

de desenvolver úlceras por pressão, em contexto hospitalar⁽¹⁶⁾. Acresce que o uso da referida escala consta das mais usadas na prática dos enfermeiros⁽⁵⁾. Em Portugal, a escala de Braden está integrada no sistema de informação clínica em todos os hospitais, tornando a sua aplicação em internamento obrigatória.

Já o índice de Barthel, escala de mais utilidade prática para os profissionais da AP, contraria estudo que considera adequado aplicá-lo em pessoas idosas hospitalizadas e pessoas em programas de reabilitação por AVC⁽¹⁷⁾. Contudo, é dos instrumentos mais utilizados a nível internacional, e no Chile está normalizada a sua aplicação em pessoas com dependência, pelos profissionais da AP, corroborando os resultados deste estudo⁽¹⁸⁾.

Sobre os dados do exame físico, a relação estatisticamente significativa entre a deglutição e os profissionais da AP está em consonância com as diretrizes internacionais para pessoas idosas, que indicam a avaliação nutricional como parte integrante da atuação destes profissionais na prática diária⁽¹⁹⁾. Resultados similares de outro estudo sustentam que a existência de maior risco de alterações nutricionais associadas ao envelhecimento justifica uma avaliação nutricional das pessoas idosas na AP⁽²⁰⁾. Por sua vez, a relação significativa entre o peso/altura e os profissionais da AP converge com o descrito anteriormente: na procura de dados sobre o estado nutricional, a utilização de medições antropométricas é considerada elementar para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e para a aplicação de instrumentos, portanto os dados deste estudo convergem com a evidência sobre

boas práticas em saúde. Ainda, deve-se ressaltar que a identificação precoce de comprometimento na deglutição é essencial para uma intervenção individualizada, a fim de promover e proteger a saúde da pessoa idosa.

Ademais, verificou-se que a visão/audição apresentou associação estatística significativa com os profissionais do hospital, o que pode ser explicado pelo agravamento dessas funções com o avançar da idade em associação com a hospitalização e consequente aumento do risco de queda. Corroborar esses dados, estudo realizado no Brasil, que identificou a alteração da visão como fator associado ao risco elevado de quedas em 40% dos participantes⁽²¹⁾. No entanto, diverge das orientações internacionais, que recomendam a avaliação dessas funções pelos profissionais da AP⁽¹⁹⁾.

A alteração da situação de dependência foi a informação mais partilhada por todos os profissionais. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo, já referido⁽⁵⁾, denotando uma assistência à pessoa idosa dirigida a situações de doença/dependência, bem como uma preocupação dos profissionais com a prevenção de complicações e com a capacitação da pessoa idosa e/ou cuidador para o autocuidado. Pesquisa⁽²²⁾ indica que a perda funcional nas pessoas idosas se constitui como foco de atenção dos cuidados de saúde, podendo causar complicações da imobilidade decorrentes do processo de envelhecimento, tal como fraturas, agravamento da dependência no autocuidado, depressão e isolamento social.

A relação estatisticamente significativa entre a medicação e os profissionais do hospital pode ser explicada pela associação das pessoas idosas a comorbidades e polimedicação, sendo a gestão segura de medicamentos um processo-chave na prevenção de eventos adversos⁽²³⁾, sobretudo em contexto hospitalar e de agudização do estado de saúde. Já no que se refere à relação estatisticamente significativa entre a necessidade de visita domiciliar e os profissionais da AP, a explicação pode estar no fato de ser uma prática inerente aos cuidados de saúde primários, sendo que 74,6% dos profissionais exercem funções na AP. Pesquisa realizada no Chile identificou a visita domiciliar integral como uma atividade essencial para os profissionais da AP à Saúde, assim como observado neste estudo; trata-se de benefícios na esfera da promoção do autocuidado, avaliação biopsicossocial, intervenção na pessoa e família, e reabilitação, aproximando o acesso a cuidados de saúde e redes de suporte⁽²⁴⁾. Vale destacar que a prevenção de efeitos adversos da medicação e a prestação de cuidados domiciliares constam das políticas de saúde nacionais para pessoas idosas⁽¹³⁾.

A estratégia de partilha de informações mais utilizada pelos profissionais foi o "contacto direto". Resultados divergentes foram encontrados no estudo⁽⁶⁾ já referido, evidenciando

meios de partilha da informação distintos entre médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Os enfermeiros recorrem mais ao sistema de informação clínica (SCLínico®) ou por carta escrita e/ou protocolo de ligação, enquanto os médicos preferem o diálogo; e os assistentes sociais, a conversa pessoal ou telefônica. Já que é consensual a necessidade de todos os profissionais da equipe de saúde acessarem a informação clínica, questionamos: O contato direto deve ser, na prática, a estratégia mais utilizada para partilhar informações em equipe? A resposta é não. A informação verbal, pontual, indisponível no processo clínico, remete para implicações tanto no âmbito da tomada de decisão quanto no âmbito da continuidade de cuidados. Atendendo às necessidades multidimensionais das pessoas idosas e à consequente importância do trabalho em equipe no cuidado à saúde dessa população, um sistema de informação clínica que seja eletrônico e único torna-se um recurso imprescindível.

Em relação ao contato direto e por e-mail, foi encontrada associação com os profissionais da AP. Na literatura nacional, ainda não há estudos a respeito das estratégias que são utilizadas para partilhar informações, entre médicos, enfermeiros e assistentes sociais, motivo que justifica esta investigação. Contudo, atendendo à estrutura física e dinâmica da prestação de cuidados na AP, com alocação dos diversos profissionais por consultórios, equipados com computadores, o uso do e-mail para partilhar informações parece ser uma estratégia acessível, fácil e rápida. Neste estudo, também se verificou que a estratégia de comunicação por escrito (papel) demonstrou estar associada aos profissionais do hospital. Autores corroboram em parte, tais resultados, ao constatarem que os profissionais de saúde de um hospital utilizam a "passagem de turno" e a comunicação escrita para partilhar informações⁽²⁵⁾. Nessa altura, a informatização dos serviços de saúde e a interoperabilidade entre os sistemas informáticos ainda requeriam aperfeiçoamento também, podendo explicar o uso do papel.

Foi consensual entre os profissionais da AP e do hospital que é decisivo desenvolver em equipe a avaliação da pessoa idosa. Isso ratifica outra pesquisa na qual se demonstrou a importância de uma avaliação geriátrica abrangente, pois possibilita uma avaliação médica, social, funcional e psicológica, sendo, todos esses tipos, construtos determinantes para a saúde da pessoa idosa⁽⁶⁾. Por sua vez, estudo conduzido na Bélgica aponta as consultas hospitalares constituídas por equipes interdisciplinares, em vários países, como promotor de uma avaliação geriátrica completa⁽¹⁰⁾.

Sabe-se que a prevalência crescente de doenças crônicas em pessoas idosas apela a uma maior colaboração entre múltiplos prestadores de cuidados, em todos os contextos e setores. Por sua vez, a capacidade de colaboração refere-se

à influência sobre a tomada de decisões dos elementos da equipe interprofissional⁽²⁶⁾. No que tange à interdependência de tarefas entre os profissionais, diferentes percepções foram confirmadas neste estudo. Tais resultados alinham-se com pesquisa⁽²⁸⁾ que incluiu 384 profissionais de saúde em contexto hospitalar, na qual foram analisadas a qualidade de interação e a influência colaborativa, apresentando, o pessoal médico, valores distintos do pessoal de apoio técnico.

Ademais, observou-se que mais de metade da amostra de profissionais do hospital apresenta maior percepção sobre a capacidade de colaboração em relação a todas as tarefas quando comparados com os profissionais da AP. Em contrapartida, os valores de discordância desses últimos profissionais são também mais elevados. Tais resultados corroboram outros, que identificaram a prática interprofissional colaborativa como um termo novo e pouco explorado na AP à Saúde⁽²⁷⁾. Contudo, deve-se ter em consideração que os profissionais de saúde muitas vezes têm dificuldade em colaborar na prática por causa das diferentes formações, ideias e papéis de cada profissão⁽²⁸⁾, o que poderá explicar os dados aqui encontrados.

A relação estatisticamente significativa entre os profissionais do hospital e a dependência das informações partilhadas pelos colegas pode eventualmente ser explicada pelos diferentes modelos assistenciais que caracterizam a AP e os cuidados hospitalares. Estes últimos ocorrem em local a que os usuários recorrem habitualmente por doença, para tratamento e/ou orientação sobre resultados de exames complementares de diagnóstico; e, como esses cuidados hospitalares são mais diferenciados, requerem, de início, uma partilha de informação clínica entre profissionais de distintas especialidades.

No que concerne ao Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, convém destacar que ele propõe o atendimento das especificidades desse grupo e ações que promovam o envelhecimento ativo e saudável, a manutenção ou reabilitação da capacidade funcional. Essa política prevê assistência adequada às necessidades de saúde, apoia o desenvolvimento de ambientes capacitadores e a constituição do trabalho numa lógica interprofissional⁽¹³⁾.

Nos profissionais em estudo, a formação, discussão de casos e atividades conjuntas foram intervenções consideradas importantes para serem desenvolvidas em equipe, no cuidado a pessoas idosas. Tal como identificado em estudo recente⁽²⁹⁾, a formação interprofissional e a discussão conjunta de planos de cuidados foram promotores de desenvolvimento profissional e de responsabilidade coletiva pela assistência prestada. Denotou-se, entre os profissionais, consenso sobre a importância atribuída ao processo de envelhecimento, porém as práticas realizadas ficam aquém do

necessário. Estudo supracitado, dirigido pelos autores, reforça a discordância entre o que consideram útil e de interesse para a assistência a pessoas idosas e o que efetivamente aplicam na prática⁽¹⁶⁾. Com relação às reuniões semanais, observou-se associação com os profissionais da AP, contrariando estudo⁽²⁹⁾ desenvolvido na Holanda, em que seis reuniões de equipe interprofissionais ocorrem a cada quatro semanas. Outra variável observada – associada, neste caso, aos profissionais do hospital – foram as reuniões diárias. Um estudo realizado nos Estados Unidos⁽³⁰⁾ relata que os hospitais são obrigados a agendar reuniões interprofissionais frequentes, para análise dos planos de cuidados do cliente e família.

A pesquisa sobre essa temática evidenciou a precariedade de publicações disponíveis na literatura que contemplem uma assistência em equipe entre enfermeiros, médicos e assistentes sociais, objetivando um cuidado holístico à pessoa idosa.

Salienta-se que o estudo tem como limitações, a impossibilidade de generalização considerando o limite regional e a desproporcionalidade entre os profissionais. Os resultados do estudo contribuem para a organização de uma consulta de assistência às pessoas idosas, com recurso a uma prática de planejamento interdisciplinar. O processo de mudanças baseado no princípio da interdisciplinaridade exige uma gestão diferenciada em saúde, considerando a gestão dos tempos dos vários profissionais e o dimensionamento dos mesmos. A fragilidade do estudo ajuda-nos a compreender a necessidade de replicar esta investigação noutras regiões do país ou mesmo internacionalmente. Nos processos de ensino destes profissionais torna-se evidente a necessidade de incluir a temática dos idosos, particularmente as estratégias a desenvolver em consulta de aspetos comuns a qualquer consulta a idosos e os aspetos específicos, quando se desenvolve a assistência no hospital e na AP.

CONCLUSÃO

Foram identificadas semelhanças na avaliação das pessoas idosas em relação às escalas de utilidade entre os grupos profissionais do hospital e da atenção primária. No entanto, houve diferenças nos dados colhidos no exame físico. Na atenção primária, os profissionais destacaram a mobilidade/exercício físico, peso/altura e deglutição, enquanto nos hospitais focaram a eliminação intestinal/vesical, equilíbrio/marcha e visão/audição. Também foram encontradas diferenças nas informações partilhadas e estratégias utilizadas para a partilha entre a atenção primária e o hospital. Na atenção primária, a visita domiciliária e o contacto direto entre profissionais ou por email foram mais comuns, enquanto no hospital a medicação e o contacto direto entre profissionais

ou por escrito foram mais frequentes. Além disso, as reuniões em equipa ocorrem semanalmente na atenção primária e diariamente no hospital.

Com base na análise das perspectivas dos grupos profissionais do hospital e da atenção primária, este estudo identificou que a assistência aos idosos por equipas interdisciplinares é heterogênea, contribuindo para criar orientações de avaliação da pessoa idosa e de intervenção em equipa, para a concepção de um Modelo de Consulta Interdisciplinar de Saúde para Pessoas Idosas que se adeque ao cenário nacional. Espera-se que essas orientações sirvam como ponto de partida para futuras pesquisas e refinamentos neste campo de estudo e prática.

■ REFERÊNCIAS

- Oliveira CB, Florêncio CM, Silva JE, Leite GJ, Matos GR. A importância da intersectorialidade para a atenção primária em vulnerabilidade. REMS. 2021;2(4):62. doi: <https://doi.org/10.51161/remS/2818>
- Instituto Nacional de Estatística (PT). Projeções de população residente [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2017 [citado 2021 mar 01]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=PT
- Coelho LP, Motta LB, Caldas CP. Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. Physis. 2012;28(4):e280404. doi: <http://doi.org/10.1590/S0103-73312018280404>
- Monteiro MCD, Martins MM, Schoeller SD, Antunes L. Elder health care: interdisciplinary health team. Rev Baiana Enferm. 2021;35:e36702. doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.36702>
- Monteiro MCD, Martins MM, Schoeller SD. Evaluation of the health level of the elderly: patient care team considerations. Rev Bras Enferm. 2022;75(1):e20201277. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1277>
- Ellis G, Sevdalis N. Understanding and improving MDI working in geriatric medicine. Age Ageing. 2019;48(4):498-505. doi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afz021>
- Owen L, Steel A, Goffe K, Fleming J, Sampson EL. A multidisciplinary simulation programme to improve advance care planning skills and engagement across primary and secondary care. Clin Med. 2022;22(1):51-7. doi: <https://doi.org/10.7861/clinmed.2021-0240>
- Lima RRT, Vilar RLA, Costa TPT, Castro JL, Lima KC. Educação em saúde no contexto do envelhecimento: em foco, os conteúdos curriculares. Res Soc Dev. 2018 [citado 2022 Feb 28];7(10):e15710587. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/587>
- Deschodt M, Claes V, Grootven BV, Van den Heede K, Flamaing J, Boland B, Milisen K. Structure and processes of interdisciplinary geriatric consultation teams in acute care hospitals: a scoping review. Int J Nurs Stud. 2016;55:98-114. doi: <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.09.015>
- Direção-Geral da Saúde (PT). Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025 [Internet]. Portugal. 2017 [citado 2021 nov 12]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- World Health Organization. Global strategy and action plan on ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2022 Jan 23]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513500>
- Siqueira MM. Medidas de comportamento organizacional: ferramentas de diagnóstico e de gestão. São Paulo: Artmed; 2013.
- Serviço Nacional de Saúde (PT). Relatório social do ministério da saúde e do serviço nacional de saúde [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 28]. Available from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relat%C3%B3rio-Social-MS_SNS-2018-002.pdf/
- Monteiro MCD, Martins MMFP, Schoeller SD. Consensus on scales for an interdisciplinary health assessment tool for the elderly population. Rev Rene. 2022;23:e78471. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222378471>
- Cabral JVB, Vasconcelos LM, Oliveira MM. Conhecimento dos enfermeiros e uso escala de Braden em unidade de terapia intensiva: análise da produção científica brasileira. Rev Bras Multidisc. 2021;24(1):166-74. doi: <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2021.v24i1.782>
- Morales Ojeda M, Gómez MJ, Morales Morales Ojeda I, Cerda Aedo B, Meriño MA. Úlceras por presión: riesgo, factores predisponentes y pronóstico hospitalario en pacientes mayores de 65 años. Rev Virtual Soc Parag Med Int. 2021;8(2):23-33. doi: <https://doi.org/10.18004/rvsmi/2312-3893/2021.08.02.23>
- Aminaroaya R, Mirzadeh FS, Heidari K, Alizadeh-Khoei M, Sharifi F, Effatpanah M, et al. The validation study of both the modified Barthel and barthel index, and their comparison based on Rasch Analysis in the hospitalized acute stroke elderly. Int J Aging Hum Dev. 2021;93(3):864-80. doi: <https://doi.org/10.1177/0091415020981775>
- Muñoz Silva CA, Rojas Orellana PA, Marzuca-Nassr GN. Criterios de valoración geriátrica integral en adultos mayores con dependencia moderada y severa en Centros de Atención Primaria en Chile. Rev Med Chile. 2015;143(5):612-8. doi: <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000500009>
- World Health Organization. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2022 May 23]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>
- Muñoz Díaz B, Martínez De La Iglesia J, Romero-Saldaña M, Molina-Luque R, Arenas de Larriva AP, Molina-Recio G. Development of predictive models for nutritional assessment in the elderly. Public Health Nutr. 2021;24(3):449-56. doi: <https://doi.org/10.1017/S1368980020002153>
- Vieira CP, Gomes BC, Marinho GS, Avelino FVSD, Galiza FT. Fatores associados ao risco de quedas em pessoas idosas hospitalizadas. Rev Enferm Atual In Derme. 2022 [citado 2022 jun 16];96(38):e-021258. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1370>
- Saraiva LB, Santos SNA, Oliveira FA, Moura DJM, Barbosa RGB, Almeida ANS. Avaliação geriátrica ampla e sua utilização no cuidado de enfermagem a pessoas idosas. J Health Sci. 2017 [citado 2022 jun 16];19(4):262-7. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/01/877795/10-avaliacao-geriatria-ampla.pdf>
- Kostas T, Knoebel R, Levine S. Medication management in older adults and interprofessional education: a needs assessment. Gerontol Geriatr Educ. 2020;41(1):100-8. doi: <https://doi.org/10.1080/02701960.2018.1487297>
- Glasinovic A, Canessa J, Sancy D, Sotomayor F. Buenas prácticas en la visita domiciliar integral en atención primaria chilena. Rev Med Clin Condes. 2021;32(4):414-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2021.01.011>
- Coifman AHM, Pedreira LC, Jesus APS, Batista REA. Interprofessional communication in an emergency care unit: a case study. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03781. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020047303781>
- Soko TN, Jere DL, Wilson LL. Healthcare workers' perceptions on collaborative capacity at a referral hospital in Malawi. Health AS. 2021;26:1561. doi: <https://doi.org/10.4102/hsag.v26i0.1561>

27. Prevato GF, Baldissera VDA. Portraits of interprofessional collaborative practice in the primary health care teams. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018;39:e20170132. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0132>
28. Asakawa T, Kawabata H, Kisa K, Terashita T, Murakami M, Otaki J. Establishing community-based integrated care for elderly patients through interprofessional teamwork: a qualitative analysis. *J Multidiscip Healthc.* 2017;10:399-407. doi: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S144526>
29. Van Lierop M, Van Dongen J, Janssen M, Smeets H, Van Bokhoven L, Moser A. Jointly discussing care plans for real-life patients: The potential of a student-led interprofessional team meeting in undergraduate health professions education. *Perspect Med Educ.* 2019;8(6):372-7. doi: <https://doi.org/10.1007/s40037-019-00543-6>
30. Washington KT, Guo Y, Albright DL, Lewis A, Parker OD, Demiris G. Team functioning in hospice interprofessional meetings: an exploratory study of providers' perspectives. *J Interprof Care.* 2017;31(4):455-62. doi: <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1305950>

■ **Contribuição de autoria:**

Análise formal: Maria Clara Duarte Monteiro, Maria Manuela Ferreira da Silva Martins, Soraia Dornelles Schoeller.

Conceituação: Maria Clara Duarte Monteiro, Maria Manuela Ferreira da Silva Martins, Soraia Dornelles Schoeller.

Curadoria de dados: Maria Clara Duarte Monteiro, Maria Manuela Ferreira da Silva Martins.

Escrita – rascunho original: Maria Clara Duarte Monteiro.

Escrita – revisão e edição: Maria Clara Duarte Monteiro, Maria Manuela Ferreira da Silva Martins, Soraia Dornelles Schoeller.

Investigação: Maria Clara Duarte Monteiro, Maria Manuela Ferreira da Silva Martins, Soraia Dornelles Schoeller.

Metodologia: Maria Clara Duarte Monteiro, Maria Manuela Ferreira da Silva Martins, Soraia Dornelles Schoeller.

Recursos: Maria Clara Duarte Monteiro.

Software: Maria Clara Duarte Monteiro.

Supervisão: Maria Clara Duarte Monteiro, Maria Manuela Ferreira da Silva Martins.

Validação: Maria Clara Duarte Monteiro, Maria Manuela Ferreira da Silva Martins, Soraia Dornelles Schoeller.

Visualização: Maria Clara Duarte Monteiro, Maria Manuela Ferreira da Silva Martins, Soraia Dornelles Schoeller.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ **Autora correspondente:**

Maria Clara Duarte Monteiro

E-mail: claramonteir@gmail.com

Recebido: 16.09.2022

Aprovado: 12.06.2023



Editor associado:

Jéssica Teles Schlemmer

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira

CAPÍTULO III

PROPOSTA DE PROCESSO ASSISTENCIAL INTERDISCIPLINAR PARA IDOSOS NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE - DISCUSSÃO

Existe um consenso nas ciências da saúde que a assistência à saúde dos idosos entre os profissionais de saúde e sociais é fragmentada e não responde às necessidades atuais desta população (Akintayo-Usman, 2021; Choi *et al.*, 2020; Fonseca *et al.*, 2021)

Apesar das evidências que suportam a integração de cuidados com recurso a médicos, enfermeiros e assistentes sociais, os estudos confirmam que a interdisciplinaridade é limitada e as práticas interdisciplinares no cuidado à saúde do idoso não são claras (Fonseca *et al.*, 2021; Gans *et al.*, 2024; Guimarães & Branco, 2020; Ivanoff *et al.*, 2018; Peduzzi *et al.*, 2020; Placideli *et al.*, 2020; Stoop *et al.*, 2019).

Os resultados do primeiro estudo (Monteiro *et al.*, 2021) evidenciaram deficiências na prática interdisciplinar no cuidado aos idosos, refletidas na falta de comunicação estruturada entre os profissionais de saúde, na fragmentação da avaliação dos idosos e na predominância do modelo biomédico. Embora médicos, enfermeiros e assistentes sociais utilizem algumas escalas comuns, há informações essenciais para o acompanhamento dos idosos que não são avaliadas por nenhum profissional. Além disso, a partilha de informações ocorre de forma esporádica, limitada a situações de doença ou mudanças sociais, em vez de ser um processo contínuo e integrado.

A literatura reforça a necessidade de um trabalho interdisciplinar estruturado, fundamentado na troca de saberes entre diferentes profissionais, garantindo uma

abordagem holística das dimensões físicas, psicológicas e sociais do envelhecimento (Cordeiro *et al.*, 2021; Fonseca *et al.*, 2021). No entanto, os achados deste estudo demonstram que essa abordagem ainda é incipiente na prática clínica, sendo a comunicação entre profissionais pouco sistemática e muitas vezes restrita a situações pontuais, geralmente motivadas por situações de doença e/ou dependência no autocuidado, como identificado em estudo recente (Gans *et al.*, 2024).

A complexidade biomédica é um dos fatores que impulsiona essa comunicação, mas a ausência de regularidade compromete a continuidade dos cuidados. Por outro lado, Laccort & de Oliveira (2017) destacam que, quando as equipas valorizam a comunicação no trabalho, há uma redução do distanciamento entre os profissionais, permitindo o reconhecimento mútuo das funções e favorecendo o desenvolvimento do trabalho em equipa.

Além disso, a falta de formação específica em gerontologia constatada neste estudo, com 83% dos profissionais sem especialização na área, compromete a implementação de práticas interdisciplinares eficazes. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2017b) destaca que a integração dos cuidados e a colaboração interprofissional são essenciais para garantir um atendimento centrado nos idosos (Ivanoff *et al.*, 2018), enfatizando a necessidade de estratégias que favoreçam a articulação entre os serviços de saúde e sociais (Ge *et al.*, 2023). Pelo exposto, a reflexão sobre a interdisciplinaridade no cuidado aos idosos é, atualmente, um desafio que os profissionais não podem ignorar (Cordeiro *et al.*, 2021).

Outro dado relevante do estudo (Monteiro *et al.*, 2021; Monteiro *et al.*, 2022a) indica que, embora a maioria dos profissionais de saúde e assistência social possua vasta experiência prática com idosos, mais de 83% relataram não ter formação específica ou contínua em gerontologia. Essa lacuna evidencia uma discrepância preocupante entre a prática profissional e a qualificação necessária para um cuidado gerontogeriatrica eficaz, corroborando as observações de outros estudos que identificam uma disparidade entre as competências exigidas para o atendimento aos idosos e a estrutura curricular das graduações e pós-graduações na área. A insuficiente valorização da formação especializada em gerontologia, evidenciada pela falta de reconhecimento e certificação em Portugal, reforça a necessidade de normalizar um currículo padrão que assegure competências

consistentes e prepare adequadamente os profissionais para responder aos desafios do envelhecimento populacional (Tavares *et al.*, 2020).

Essa necessidade é reforçada por uma *scoping review* internacional sobre a estrutura e os processos das equipes interdisciplinares em consultas para idosos, que concluiu que, em 80% dos casos, era obrigatório que os enfermeiros possuísem formação em geriatria (Deschodt *et al.*, 2016). Esse dado demonstra que, em outros contextos, há uma exigência formal de qualificação específica, contrastando com a realidade identificada neste estudo, onde a formação contínua ainda é negligenciada.

Além disso, pesquisas anteriores indicam que a falta de formação contínua em gerontologia compromete a qualidade dos cuidados prestados aos idosos (Lima *et al.*, 2018), o que corrobora os nossos achados (Monteiro *et al.*, 2022a; Monteiro *et al.*, 2022b).

Embora o trabalho em equipe multidisciplinar seja reconhecido como essencial na medicina gerontogeriatrica e a formação das equipes esteja associada a mudanças práticas significativas, a oferta de formação específica ainda é insuficiente para estudantes de medicina e profissionais de saúde (Owen *et al.*, 2022). No Brasil, uma revisão integrativa de literatura evidenciou a escassez de enfermeiros especializados em gerontologia, comprometendo a qualidade da assistência aos idosos e suas famílias (Santana *et al.*, 2021). Esses achados reforçam a necessidade de investimentos na qualificação profissional e estão em consonância com os estudos já referidos (Monteiro *et al.*, 2022a; Monteiro *et al.*, 2022b), confirmando que a falta de formação específica fragiliza o exercício profissional e compromete a qualidade dos cuidados prestados.

A formação interprofissional, que envolve o aprendizado entre e sobre diferentes profissões da saúde, apresenta-se como estratégia que contribui para o aprimoramento de competências colaborativas e para a melhoria da integração e coordenação do cuidado (Medeiros *et al.*, 2024). No contexto do envelhecimento populacional e da crescente complexidade das necessidades em saúde, essa abordagem mostra-se fundamental para promover um envelhecimento saudável. Programas de formação multidisciplinares centrados nas necessidades dos idosos, como os sugeridos por Owen *et al.*, (2022) e Clark, *et al.* (2017), poderiam ser particularmente valiosos e fortalecer as competências dos profissionais dos cuidados de saúde primários e diferenciados. Portanto, a formação de profissionais

em gerontologia deve ser uma das prioridades no desenvolvimento de políticas públicas para idosos.

Os resultados do nosso estudo reforçam que a qualificação dos profissionais que atuam com idosos é um fator crucial para a melhoria da assistência prestada e para a construção de um modelo de cuidados mais eficaz e humanizado.

Considerando a lacuna identificada na formação especializada e a necessidade de um modelo de cuidados mais integrado, procuramos, com o instrumento multidisciplinar desenvolvido, otimizar a avaliação, intervenção e comunicação entre profissionais garantindo uma abordagem mais eficaz e centrada no idoso. Para assegurar a sua aplicabilidade, a validação do instrumento com peritos (Monteiro *et al.*, 2022b; Monteiro *et al.*, 2025, submetido), permitiu refiná-lo e adaptá-lo às necessidades dos profissionais de saúde.

Os resultados desse estudo (Monteiro *et al.*, 2022b) reforçam que abordagens multiprofissionais, sustentadas por instrumentos interdisciplinares, podem aprimorar a assistência aos idosos. Achados de Moye (2022) corroboram essa perspectiva, evidenciando que métodos de avaliação validados não só apoiam a prática clínica, mas também fortalecem a investigação na área. Nesse contexto, a consulta de peritos surge como um método fiável de recolha de dados, sendo que as técnicas de consenso são amplamente utilizadas na investigação em saúde e enfermagem para obter um entendimento comum e orientar decisões clínicas baseadas em evidências (Fernandes & Magalhães, 2024), reforçando assim a robustez do nosso estudo. Esse método mostrou-se adequado para identificar escalas de avaliação e intervenções nos dois contextos/níveis de cuidados, explorar áreas pouco pesquisadas e reunir percepções de especialistas sobre práticas clínicas.

Foram analisadas 13 escalas de avaliação, das quais oito foram consideradas adequadas para utilização, mas apenas duas são regularmente aplicadas na prática. Este desfasamento revela uma lacuna significativa na implementação de boas práticas recomendadas, podendo comprometer a qualidade dos cuidados prestados à população idosa. A predominância da escala de Braden e da escala de Barthel, que atingiram altos níveis de utilidade e aplicabilidade (94,7% e 93,3%, respetivamente), reflete a sua relevância na prática clínica e na assistência interdisciplinar a idosos. Estes resultados convergem com outros estudos que

também destacam a escala de Braden como referência na avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão (Cabral *et al.*, 2021; Jansen *et al.*, 2021), bem como a escala de Barthel para avaliação da capacidade funcional para atividades da vida diária (Santos *et al.*, 2023). No entanto, ao contrário de alguns estudos anteriores, existem outros instrumentos aplicados tanto na investigação como na prática clínica para avaliar o estado funcional (Santos *et al.*, 2021) e do risco de UP.

A capacidade funcional da pessoa idosa e a prevenção de complicações, como as úlceras por pressão, são focos centrais da prática de enfermagem. O presente estudo (Monteiro *et al.*, 2022b) reforça essa premissa, uma vez que a elevada aplicabilidade das escalas de Braden e Barthel sugere uma preocupação contínua com a funcionalidade e a prevenção de lesões em idosos. Corroborando essa perspectiva, um estudo realizado em Wollega, na Etiópia, enfatiza que as úlceras por pressão, sendo complicações evitáveis da imobilidade, geram impactos psicológicos, económicos e sociais para o indivíduo quanto para a família, sendo o seu tratamento significativamente mais dispendioso do que a prevenção, responsabilidade essencial do enfermeiro (Ebi *et al.*, 2019). Deste modo, conforme evidenciado por Avsar *et al.* (2022), a adoção de estratégias preventivas baseadas em avaliações padronizadas, como as escalas identificadas neste estudo, é fundamental para permitir intervenções atempadas e minimizar complicações associadas.

No âmbito da funcionalidade, os Enfermeiros de Reabilitação, no exercício das suas competências específicas, desempenham um papel fundamental na identificação do risco de perda funcional e na elaboração de planos de intervenção personalizados, conforme demonstrado por Rodrigues *et al.* (2023).

Alinhado com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação (Regulamento n.º 350/2015, 2015), o EEER, baseia os seus planos de cuidados em avaliações detalhadas da capacidade funcional do idoso, implementando intervenções específicas para cada condição ou risco identificado. Estes planos são continuamente revistos e ajustados, para garantir a melhoria contínua da funcionalidade e a prevenção de complicações, o que está em consonância com os achados deste estudo, que evidenciam a importância da utilização de escalas padronizadas na avaliação dos idosos.

Com competências especializadas, os EEER avaliam e otimizam áreas como a mobilidade, força muscular, equilíbrio e atividades da vida diária (AVDs). Através de intervenções baseadas em evidências, como exercícios terapêuticos, treino de marcha e fortalecimento muscular, promovem a independência dos idosos e a segurança no uso de dispositivos de apoio, como andarilhos e bengalas (Regulamento nº 392/2019, 2019). Esta abordagem reforça a importância da intervenção do EEER nas equipes pluridisciplinares, essencial para a promoção da saúde e a prevenção de complicações, conforme delineado nos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos EEER da Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº350/2015).

Escala como o ecomapa e o APGAR Familiar obtiveram consensos inferiores a 75% em utilidade, aplicabilidade e interesse, revelando uma aceitação limitada na prática clínica. O ecomapa, em particular, atingiu apenas 62% de consenso em utilidade, enquanto o APGAR Familiar obteve apenas 14,3% de consenso em interesse, indicando um baixo reconhecimento dessas ferramentas como essenciais na avaliação de idosos. Esses resultados sugerem que, apesar do potencial dessas escalas para avaliar o suporte social e familiar, a sua aplicabilidade ainda não está consolidada no contexto clínico.

No entanto, outros estudos apresentam conclusões contrárias, indicando que o APGAR familiar é amplamente utilizado por equipes multiprofissionais para avaliar a percepção do idoso sobre o ambiente familiar (Oliveira *et al.*, 2020), destacando-se pela brevidade e fácil adaptação a diferentes idiomas e contextos (Valencia-Vargas *et al.*, 2021). Essa divergência sugere que a aceitação do APGAR pode variar conforme o contexto assistencial e a formação dos profissionais envolvidos. Além disso, embora essas escalas sejam ferramentas simples de aplicar e com diversas possibilidades de uso, Gomes & Vecchia (2023) destacam que são subutilizadas tanto no contexto assistencial quanto na pesquisa em saúde no Brasil, o que converge com os achados deste estudo.

Dessa forma, os resultados evidenciam a importância de integrar essas ferramentas na prática clínica, para aperfeiçoar a avaliação do suporte social e familiar dos idosos. Além disso, torna-se essencial investir na formação e sensibilização dos profissionais, promovendo a apropriação dessas escalas e adequando a prática assistencial às melhores evidências disponíveis.

Essa necessidade torna-se ainda mais evidente ao considerar o impacto do suporte familiar na saúde e qualidade de vida dos idosos. O envelhecimento é um processo que envolve mudanças significativas para o indivíduo e sua família (Sobrinho & Rabelo, 2023). A família desempenha um papel central no apoio social e econômico, sendo um fator determinante para o bem-estar dos idosos. Evidências apontam que um funcionamento familiar inadequado pode aumentar a vulnerabilidade a doenças, prejudicar as relações sociais e afetar a saúde mental, enquanto um ambiente familiar favorável está associado a melhores percepções de saúde, maior capacidade social e melhor qualidade de vida (Valencia-Vargas *et al.*, 2021; Wang & Chen, 2024). Neste contexto, a avaliação familiar torna-se essencial para orientar intervenções de enfermagem mais eficazes, permitindo um cuidado centrado no idoso e ajustado às necessidades reais desta população (Oliveira, & Lima, 2020).

Conforme destacado por Wang & Chen (2024), compreender a funcionalidade familiar possibilita a identificação precoce de fragilidades e a implementação de estratégias que auxiliem as famílias no cuidado ao idoso (Bertalha *et al.*, 2022). Além disso, idosos com disfunção familiar moderada poderiam receber atenção diferenciada de enfermeiros, médicos de família e equipes de cuidados domiciliários (Wang & Chen, 2024), reforçando a importância da capacitação dos profissionais para a avaliação sistemática da dinâmica familiar. O fortalecimento desse processo poderia ainda impulsionar políticas de saúde que integrem o suporte familiar como elemento central da assistência aos idosos.

A ausência de consenso entre os peritos, na aplicação do APGAR e do Ecomapa, pode refletir tanto falhas na formação quanto barreiras práticas, como a falta de integração dessas ferramentas nos sistemas de informação clínica em uso. Pode sugerir ainda que estas escalas não estão adaptadas às necessidades e contextos específicos da prática clínica, ou que os profissionais não estão suficientemente familiarizados com a sua aplicação. A falta de formação ou a complexidade das escalas podem ser fatores críticos a serem considerados.

As fragilidades identificadas nas práticas de avaliação (Monteiro *et al.*, 2022b) reforçam a necessidade de validar intervenções interdisciplinares para idosos (Monteiro *et al.*, 2025, submetido), garantindo um cuidado mais integrado e eficaz. Essa urgência é destacada por Platzer *et al.* (2020), que, na sua revisão sistemática,

apontam a crescente necessidade de cuidados integrados diante das mudanças demográficas. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020) corrobora essa necessidade, enfatizando a importância da colaboração sustentável entre profissionais para melhorar os resultados em saúde e reduzir custos. Nesse sentido, estudos de consenso com profissionais de saúde e assistência social tornam-se essenciais para orientar práticas mais eficazes e alinhadas às necessidades da população idosa. Além disso, equipes multidisciplinares são reconhecidas como um pilar fundamental dos sistemas de saúde voltados para o envelhecimento (Choi *et al.*, 2023).

No presente estudo (Monteiro *et al.*, 2025, submetido), a composição do grupo de peritos foi predominantemente formada por enfermeiros, seguidos de médicos. Esses resultados são consistentes com a literatura, como demonstrado por Platzer *et al.* (2020) e pela *scoping review* de Choi *et al.* (2023), que evidenciam a predominância de médicos e enfermeiros na maioria das equipes multidisciplinares de assistência a idosos. No entanto, diferentemente dos resultados deste estudo, algumas investigações apontam uma participação mais diversificada de outros profissionais de saúde, como assistentes sociais, no cuidado a idosos (Kaddumukasa *et al.*, 2023). Adicionalmente, Cassarino *et al.*, (2022) destacam que equipes interdisciplinares compostas por profissionais de saúde e assistência social podem otimizar a qualidade do cuidado a idosos com necessidades complexas.

Além da composição do grupo de peritos, este estudo (Monteiro *et al.*, 2025, submetido), também identificou as intervenções dos profissionais com idosos, centradas na educação para a saúde, prevenção de doenças e complicações, bem como na promoção de estilos de vida saudáveis. Esses achados corroboram a literatura, que destaca a importância dessas temáticas para reduzir o impacto das doenças crônicas e manter a autonomia dos idosos por mais tempo, desde que sejam implementadas precocemente (Thiyagarajan *et al.*, 2019). Dessa forma, promover um envelhecimento bem-sucedido torna-se essencial para responder aos desafios mais urgentes impostos pelo envelhecimento populacional aos sistemas de saúde (Lee *et al.*, 2020).

A promoção de estilos de vida saudáveis e a prevenção de doenças são pilares essenciais para o envelhecimento ativo e saudável, conforme destacado tanto nas

políticas nacionais como internacionais. Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (DGS, 2022b) e o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (DGS, 2017b) sublinham a importância de incentivar a prática regular de atividade física e de adotar hábitos alimentares saudáveis entre os idosos, visando melhorar a sua qualidade de vida e reduzir a dependência funcional. A nível internacional, a Estratégia Global para o Envelhecimento e Saúde 2016-2030, da OMS enfatiza a criação de ambientes favoráveis ao envelhecimento saudável, através da promoção de programas que estimulem a autogestão de doenças crónicas e a manutenção de capacidades funcionais (WHO, 2017a). De igual modo, o documento *Active Ageing: A Policy Framework*, também da OMS, reforça a necessidade de intervenções que permitam aos idosos permanecer fisicamente ativos, mentalmente saudáveis e socialmente integrados (WHO, 2002). Estas iniciativas mostram a relevância dos profissionais de saúde e de assistência social que exercem funções com idosos implementar programas e políticas que incentivem um envelhecimento digno e saudável, enquanto promovem a longevidade e o bem-estar.

Relativamente às intervenções de Educação para a Saúde, os resultados encontrados neste estudo (Monteiro *et al.*, 2025, submetido), indicaram que mais de 75% dos profissionais concordaram com sete das 15 intervenções propostas, distribuídas por cinco domínios (Nutrição, Atividade Física, Comportamento Preventivo, Relacionamentos e Controlo do Stress), baseados no instrumento Perfil do Estilo de Vida Individual (PEVI) de Nahas *et al.* (2000) derivado do modelo do Pentáculo do Bem-Estar.

Verificou-se, ainda, um elevado consenso ($\geq 85\%$) entre os profissionais de saúde quanto à utilização de intervenções nutricionais junto da população idosa, evidenciando um forte reconhecimento da nutrição como pilar essencial no envelhecimento saudável. Esse achado está em plena concordância com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2020), cuja recomendação enfatiza o aconselhamento dietético para idosos como fator crucial para a qualidade de vida (Thiyagarajan *et al.*, 2019). Estudos nacionais reforçam essa perspetiva. Parente *et al.* (2018) destacam a necessidade de integrar a monitorização do estado nutricional e os fatores que o influenciam na avaliação multidimensional dos idosos, considerando a nutrição um dos “*ex-libris*” do envelhecimento ativo. De forma semelhante, Lage *et al.*, 2018 apontam que o acompanhamento nutricional dos idosos em risco nutricional e/ou com excesso de

peso é essencial para prevenir a deterioração da saúde e promover estilos de vida saudáveis. Assim, a adesão prática às intervenções nutricionais reflete o alinhamento com as evidências científicas, demonstrando que os profissionais reconhecem a sua relevância no contexto do envelhecimento saudável.

Em contraste, com outras áreas de intervenção, as ações voltadas para o comportamento preventivo (32,7% - 38,6%), controlo do stress (38,6%) e relacionamento social (57,4% - 73,3%) não alcançaram o mesmo nível de concordância entre os profissionais de saúde (Monteiro *et al.*, 2025, submetido). Essa variação sugere que, embora reconhecidas como relevantes, essas dimensões não são priorizadas uniformemente na prática clínica.

A discordância observada diverge da literatura, que aponta esses fatores como determinantes na percepção da qualidade de vida dos idosos (Brasil, 2019; Previato *et al.*, 2019). Além disso, esses resultados diferem dos de Silva *et al.* (2020), que apontam que as atividades de educação para a saúde realizadas por profissionais estão predominantemente centradas em orientações sobre doenças e promoção de atividades físicas e corporais, deixando outras dimensões do envelhecimento saudável em segundo plano.

A divergência entre o consenso sobre a nutrição e a falta de acordo nas intervenções psicossociais e preventivas pode indicar uma menor valorização destas áreas, dificuldades na sua operacionalização no contexto clínico ou, ainda, uma falta de recursos e formação específicos para uma abordagem mais holística, apesar da sua importância comprovada na literatura. Assim, reforça-se a necessidade de sensibilizar e capacitar os profissionais para a integração de intervenções mais holísticas e multidimensionais nos cuidados aos idosos.

Um dado que merece destaque neste estudo (Monteiro *et al.*, 2025, submetido) é a falta de consenso entre os profissionais de saúde quanto à frequência das intervenções relacionadas ao estilo de vida. Embora todos os domínios do estilo de vida sejam abordados, a regularidade das intervenções varia, o que pode comprometer a sua eficácia a longo prazo. Esse achado contrasta com diretrizes nacionais e internacionais, como as da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020; 2017a) e da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2017a), que enfatizam a necessidade de intervenções frequentes e sistemáticas para promover um envelhecimento saudável. Além disso, Faria *et al.* (2022) destacam que a identificação dos estilos

de vida da população idosa pelos profissionais de saúde é essencial para o desenvolvimento de estratégias individualizadas e eficazes, o que sugere que a falta de consenso pode limitar a personalização das abordagens preventivas. Por outro lado, os resultados deste estudo convergem com os de Sabbaghzadeh *et al.* (2021), que apontam desafios na implementação sistemática dessas intervenções e defendem que a promoção de estilos de vida saudáveis deve ser uma prioridade central nas políticas públicas para otimizar a qualidade de vida dos idosos.

Importa ainda destacar, neste estudo (Monteiro *et al.*, 2025, submetido), a falta de concordância significativa entre os diferentes profissionais de saúde no âmbito da educação para a saúde. Verificou-se que a concordância é muito baixa ou praticamente inexistente, com alguns casos de valores negativos, o que reflete uma divergência considerável. No que diz respeito à prevenção no âmbito da higiene pessoal, esta discrepância torna-se ainda mais evidente, com uma "discordância" notável entre os profissionais.

A importância da higiene tem sido amplamente reconhecida na história da enfermagem. Florence Nightingale, no século XIX, enfatizava o cuidado com a pele como uma forma de eliminar secreções nocivas à saúde, recomendando a limpeza através do "banho com água tépida, sabão e esfregaços" (Nightingale, 1989). Ao longo dos anos, a higiene pessoal continuou a ser um conceito fundamental na Enfermagem, sendo atribuída aos enfermeiros a responsabilidade de promover e ensinar práticas adequadas de higiene aos utentes. Estudos indicam que as atividades relacionadas ao banho e à higiene dos idosos exigem orientação especializada dos enfermeiros, pois os cuidadores necessitam de conhecimento técnico e apoio emocional para lidar com questões subjetivas, como a sexualidade e a intimidade (Sousa *et al.*, 2021).

Neste contexto, o EEER, no âmbito das suas competências (Regulamento nº 392/2019, 2019), assume um papel essencial na equipa multidisciplinar, não só na educação para a saúde dos utentes e seus familiares, mas também na avaliação e diagnóstico de compromissos do autocuidado. A sua intervenção estende-se a diversos contextos, como visitas domiciliárias, planeamento da alta hospitalar e reintegração sociofamiliar em cuidados continuados integrados, promovendo uma abordagem integrada e centrada no idoso.

A ausência de uniformidade entre os profissionais em estudo (Monteiro *et al.*, 2025, submetido) parece indicar uma escassez de protocolos padronizados e de formação integrada, situação também identificada noutros estudos (Thiyagarajan *et al.*, 2019), o que poderá estar a contribuir para as disparidades observadas nas práticas. Embora o trabalho em equipas multidisciplinares exija colaboração, muitos profissionais de saúde e assistência social não receberam formação específica em trabalho colaborativo (Barber *et al.*, 2023).

No entanto, é possível que estas divergências estejam também relacionadas com as áreas específicas de atuação de cada grupo profissional, o que, neste contexto, poderá representar uma mais-valia na prestação de cuidados a idosos, permitindo uma abordagem mais holística e adaptada às necessidades individuais. Ainda assim, segundo Rios *et al.* (2019), uma perspetiva abrangente da saúde não pode ser alcançada através de um conhecimento restrito a uma única disciplina ou profissão.

A partir destes achados, evidencia-se a necessidade de uma melhor articulação e coordenação entre os diversos profissionais de saúde, bem como da adoção de diretrizes consistentes que garantam maior eficácia das intervenções na prática clínica. Nesse sentido, torna-se essencial promover e disseminar a interdisciplinaridade entre médicos, enfermeiros e assistentes sociais nos diferentes contextos de saúde, de modo que essa abordagem seja plenamente reconhecida e incorporada ao trabalho das equipas, em concordância com as diretrizes estabelecidas pelo sistema de saúde nacional.

Além disso, os estudos analisados (Monteiro *et al.*, 2022b; Monteiro *et al.*, 2025, submetido) evidenciam que, apesar da existência de escalas e intervenções validadas, ainda não há consenso sobre um instrumento único e abrangente para a avaliação interdisciplinar da saúde dos idosos, conforme apontado por outros autores (Cassarino *et al.*, 2022). Essa lacuna reforça a necessidade urgente de desenvolver e validar um modelo padronizado que possa orientar a prática clínica e fortalecer a colaboração entre as diferentes áreas da saúde.

Nesse sentido, o processo de investigação doutoral culmina no desenvolvimento de uma proposta de assistência interdisciplinar, centrada na avaliação do estado de saúde dos idosos, no trabalho em equipa – com enfoque na enfermagem – e na

diferenciação do atendimento entre o hospital e a comunidade. A proposta visa assegurar a integração dos cuidados, promovendo uma articulação eficaz entre a consulta no hospitalar e a consulta na comunidade, através da partilha de informações essenciais para a continuidade do atendimento.

Sobre a avaliação do nível de saúde dos idosos realizada pelos profissionais de saúde e sociais, os resultados evidenciam que assenta numa diversidade de instrumentos (Monteiro *et al.*, 2022a). Esse achado corrobora estudos que defendem a necessidade de uma abordagem multidimensional, considerando os domínios clínico, funcional, psíquico e socioambiental (Moraes *et al.*, 2018), nos quais a interdisciplinaridade se revela essencial. Contudo, observou-se que os enfermeiros recorrem a um leque mais amplo de instrumentos em comparação com médicos e assistentes sociais, abrangendo múltiplos domínios e evidenciando a visão holística característica da disciplina de enfermagem.

Além disso, apesar da crescente valorização da avaliação interdisciplinar, os resultados indicam uma forte predominância do modelo biomédico, centrado na identificação e tratamento de doenças. Esse enfoque contrasta com as políticas nacionais e internacionais para a saúde do idoso, que defendem a promoção da autonomia individual e a adoção de estratégias preventivas, alinhadas com o conceito de envelhecimento ativo e saudável (DGS, 2017a; WHO, 2017a).

A avaliação multidisciplinar do nível de saúde dos idosos, conduzida por médicos, enfermeiros e assistentes sociais, é essencial para a definição de um plano de intervenção interdisciplinar, sobretudo, no âmbito da prevenção da doença e da promoção da saúde. Este processo exige uma abordagem contínua e dinâmica, recorrendo a estratégias de educação para a saúde orientadas para a adoção de estilos de vida saudáveis.

Os resultados (Monteiro *et al.*, 2022a) confirmam a importância de instrumentos abrangentes para essa avaliação, alinhando-se com estudos que destacam a versão portuguesa do Older Americans Resources and Services (OARS) como uma das principais ferramentas nesse contexto (Jiang & Li, 2016). O instrumento, validado para a população portuguesa e denominado Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos (QAFMI), permite uma avaliação estruturada da funcionalidade em áreas-chave como recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades da vida diária. Além de aferir a capacidade

funcional dos idosos, possibilita a identificação de necessidades e o planeamento de intervenções mais eficazes, reforçando a sua aplicabilidade na prática clínica.

No exame físico, os resultados indicam que, os médicos e enfermeiros recolhem predominantemente dados sobre sinais vitais, enquanto os assistentes sociais se focam na condição dos idosos para realizar as Atividades de Vida Diária (Monteiro *et al.*, 2022a). No entanto, tal como apontado por outros estudos, essa abordagem limitada compromete a análise detalhada da condição de saúde dos idosos e, consequentemente, o planeamento de cuidados holísticos e personalizados (Santos *et al.*, 2023).

Embora a literatura sobre a avaliação de saúde dos idosos enfatize a importância da Avaliação Geriátrica Abrangente (AGA) ou avaliação multidimensional (Moraes *et al.*, 2018), destacando os instrumentos mais utilizados e validados (Stoop *et al.*, 2019) e variáveis específicas (Lima *et al.*, 2022), verifica-se que há uma lacuna na diferenciação das práticas entre médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Além disso, a ausência de informações detalhadas sobre a interação dos profissionais e a eficácia das equipas no uso da AGA leva alguns investigadores a compará-la a uma “caixa negra” (Naughton *et al.*, 2023).

A evolução da AGA enquanto modelo de cuidado exige, portanto, a inclusão das perspetivas dos idosos, das suas famílias e dos profissionais, garantindo uma abordagem mais centrada na pessoa. A escassez de pesquisas sobre essa interação interdisciplinar reforça a necessidade de revisão e formulação de políticas públicas para a criação de um sistema unificado e efetivo de avaliação da saúde dos idosos.

A diversidade de instrumentos utilizados (Monteiro *et al.*, 2022a) destaca a necessidade de uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde para garantir uma visão abrangente e precisa da condição dos idosos, fortalecendo, assim, o trabalho em equipa. Nesse sentido, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 sublinha a importância da comunicação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados (DGS, 2022a).

Os resultados corroboram estudos que identificam a partilha de informações como essencial para a prestação de cuidados integrados, para o funcionamento eficiente das equipas e para a continuidade dos cuidados (Kariotis *et al.*, 2019). Da mesma forma, há evidências de que a comunicação eficaz e a divisão de tarefas dentro da

equipa contribuem para uma intervenção mais especializada e direcionada, especialmente no acompanhamento de idosos (Vieira *et al.*, 2023).

No entanto, a ausência de comunicação entre os profissionais pode resultar em lacunas na assistência, levando à não resolução de problemas por suposição de que pertencem à esfera de outro profissional (Gans *et. al*, 2024). Esses desafios reforçam a necessidade de estratégias que promovam uma articulação mais estruturada entre os diferentes membros da equipa multidisciplinar.

Diante desse cenário, e alinhado com as diretrizes da OMS e do Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (DGS, 2022b), no contexto da Década do Envelhecimento Saudável das Nações Unidas, destaca-se o papel fundamental do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no seio das equipas e na promoção de uma abordagem integrada e centrada na pessoa idosa.

O estudo sobre o trabalho em equipa no cuidado a idosos entre enfermeiros e enfermeiros especialistas de reabilitação (Monteiro *et al.*, 2022c), permitiu-nos afirmar que o papel dos EEER é notório, especialmente na interdependência de tarefas. Outros estudos também destacam a sua relevância na equipa multidisciplinar, participando ativamente na construção, execução e partilha do processo de enfermagem, para alcançar a excelência no processo de reabilitação (Lima *et al.*, 2019).

Da mesma forma, um estudo realizado no México em 2023 demonstrou que a colaboração entre enfermeiros com diferentes níveis de experiência e especialização é fundamental para garantir a continuidade e qualidade do cuidado ao idoso (Audiffred & Leitón-Espinoza, 2023). Estes achados encontram eco no nosso estudo (Monteiro *et al.*, 2022c), que evidencia que os EEER recorrem frequentemente à colaboração de outros profissionais para assegurar a continuidade dos cuidados, diferenciando-se dos enfermeiros de cuidados gerais. Além de coordenar a equipa de enfermagem e encaminhar para outros profissionais e/ou serviços, assumem um papel consultivo, apoiando enfermeiros menos experientes e exercendo liderança dentro da equipa (Audiffred & Leitón-Espinoza, 2023).

Nesse sentido, ficou evidente a necessidade de uma comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar, reforçando o papel essencial do EEER na articulação dos

cuidados. Como referido por Laccort e Oliveira (2017), equipas que valorizam a comunicação e atuam de forma integrada reduzem o distanciamento entre categorias profissionais e potenciam o contributo de cada membro para o sucesso das intervenções em saúde. Esse conhecimento permite aos enfermeiros refletir sobre as práticas atuais e otimizar os cuidados prestados aos idosos.

Além disso, a importância da liderança dos enfermeiros especialistas é reforçada por um estudo realizado em contexto hospitalar em Santiago do Chile, onde a profissão de enfermagem obteve a pontuação mais elevada na avaliação de liderança transformacional (Espinoza et al., 2018).

No entanto, os nossos resultados revelam um contraste significativo com essa realidade. O estudo sobre as práticas na assistência a idosos, por médicos, enfermeiros e assistentes sociais, nos cuidados de saúde primários e nos cuidados de saúde diferenciados (Monteiro *et al.*, 2023), evidenciou que a interdisciplinaridade entre os profissionais é praticamente inexistente em ambos os contextos em Portugal. Estes achados demonstram que, apesar do reconhecimento da liderança dos enfermeiros especialistas em outros países, a sua integração e articulação dentro das equipas de saúde ainda enfrenta desafios consideráveis no contexto nacional.

As práticas dos referidos profissionais (Monteiro *et al.*, 2023) apontaram para um modelo de cuidados com aspetos comuns nos dois grupos (cuidados de saúde primários e hospital). No entanto, também foram identificadas especificidades para cada contexto, o que deve ser considerado no desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde do idoso, coordenado e integrado (Placideli & Bocchi, 2021) tendo como foco a promoção e a prevenção da saúde de modo a evitar a sobrecarga do sistema de saúde (Veras & Oliveira, 2018). Revisão integrativa indica que a utilização de modelos de cuidados para pessoas com doenças crónicas traz benefícios tanto para os utentes quanto para o sistema de saúde, salientando que a participação ativa dos enfermeiros na implementação desses modelos é fundamental para otimizar os cuidados prestados a esta população (Ulbrich *et al.*, 2017).

Este estudo (Monteiro *et al.*, 2023) salienta que o trabalho em equipa e a interdisciplinaridade são essenciais para a assistência eficaz aos idosos, tanto nos cuidados primários como hospitalares em Portugal. Médicos, enfermeiros e assistentes sociais reconheceram a importância da partilha de informações,

reuniões de equipa e contacto regular para garantir a continuidade e integralidade dos cuidados.

No entanto, os achados evidenciam que a comunicação, cooperação/colaboração e interdisciplinaridade entre profissionais de diferentes áreas é fragmentada, comprometendo a qualidade do atendimento aos idosos. Estes resultados estão em concordância com estudos que apontam para a importância da comunicação e colaboração interdisciplinar no cuidado de pessoas com múltiplas doenças crónicas, embora frequentemente insuficientes na prática (Gans *et. al*, 2024).

A dificuldade em consolidar a cooperação entre diferentes profissões pode ser explicada pelo facto de muitas ainda se manterem fortemente ligadas ao seu campo específico de conhecimento, o que dificulta a colaboração eficaz entre elas (Miorin *et al.*, 2020). Esta resistência à colaboração é evidente noutros contextos, de reabilitação geriátrica na Holanda, onde De Vos *et al.* (2018) identificaram uma certa apreensão entre a equipa de enfermagem em seguir cuidados definidos por equipas multidisciplinares, refletindo as barreiras interprofissionais mencionadas. Por sua vez, a literatura destaca os referidos elementos como pressupostos fundamentais para o trabalho em equipa (Guimarães & Branco, 2020; Laccort & Oliveira, 2017). Estudo realizado no Japão identificou três elementos essenciais, na perspetiva de profissionais de saúde para promover práticas colaborativas. Esses elementos incluem reuniões multidisciplinares frequentes, onde são definidos papéis e metas, compreensão mútua para estabelecer uma boa comunicação e liderança eficaz (Asakawa *et al.*, 2017). Tal como constatado em pesquisa bibliográfica, o trabalho em equipa distancia o foco do modelo biomédico, permite superar relações hierarquizadas e conhecimentos fragmentados, para além de promover a criação de novas estratégias de intervenção (Guimarães & Branco, 2020).

Partimos da premissa de que trabalhar em equipa é imprescindível para garantir cuidados adequados aos idosos numa sociedade envelhecida (Asakawa *et al.*, 2017), sendo também a forma mais eficaz de alcançar melhores resultados (Laccort & Oliveira, 2017) e uma das estratégias essenciais para a obtenção da integralidade (Guimarães & Branco, 2020). Portanto, a comunicação em saúde é destacada como um instrumento estratégico e essencial na interação das equipas, sendo essencial para a prestação de cuidados integrais aos utentes.

Neste âmbito, o trabalho em equipa entre médicos, enfermeiros e assistentes sociais, assume particular relevância na atualidade através da implementação de práticas assistenciais interdisciplinares no cuidado à saúde do idoso (WHO, 2017b; WHO, 2020), visando um atendimento integral das limitações que interferem no bem-estar do idoso, dessa forma, a interdisciplinaridade é essencial para efetivação da assistência desenvolvida. No entanto, o conceito de interdisciplinaridade é entendido de diversas formas (Rios *et al.*, 2019) e os cuidados prestados a idosos por equipas interdisciplinares são bastante heterogêneos (Deschodt *et al.*, 2016).

A ação interdisciplinar no trabalho em equipa, nesse contexto, pressupõe que é imperativo repensar o modelo atual do SNS para garantir a efetividade do trabalho integrado. Pesquisadores apontam que os modelos de cuidados integrados visam resolver o problema dos cuidados fragmentados e mal coordenados nos sistemas de saúde (Veras & Oliveira, 2018).

O nosso estudo (Monteiro *et al.*, 2023), permitiu compreender que a reestruturação das práticas em saúde com idosos é fundamental, não apenas para melhorar a assistência, mas também para alinhar o sistema de saúde às necessidades e expectativas de uma população envelhecida, tanto no imediato como nas futuras políticas de saúde a definir para este grupo etário. Além disso, destaca a necessidade de construir modelos de atenção integral que considerem as diversas necessidades dos idosos, articulando serviços de saúde e sociais, de modo a promover o envelhecimento ativo e garantir a sustentabilidade destas propostas a longo prazo (Placideli & Bocchi, 2021).

À luz dos contributos apresentados, consideramos que o desenvolvimento de um processo de assistência interdisciplinar em saúde para idosos requer uma abordagem coordenada e integrada entre diversos profissionais de saúde (Decreto-Lei nº102/2023; Fonseca *et al.*, 2021; Previato & Baldissera, 2018), investir na formação contínua dos profissionais (Medeiros *et al.*, 2024), utilizar ferramentas de avaliação validadas e promover um modelo de cuidados integrados (Placideli & Bocchi, 2021; Liljas *et al.*, 2019; Veras & Oliveira, 2018) de saúde e assistência social (Ge *et al.*, 2023; Sun *et al.*, 2022) e desenvolvido em rede entre hospitais e cuidados de saúde primários (Decreto-Lei nº102/2023; Placideli & Bocchi, 2021), integração vertical (Liljas *et al.*, 2019; Nunes & Matos, 2021). A integração de cuidados significa uma abordagem inovadora capaz de contribuir para a obtenção de melhores resultados em saúde, contribuindo para sistemas de saúde mais

robustos, eficientes, sustentáveis, com melhores desempenhos e satisfação dos seus utilizadores.

Neste contexto, torna-se essencial abordar as Unidades Locais de Saúde (ULS), recentemente criadas pelo Decreto-Lei nº102/2023, que emergem como uma nova abordagem para a promoção da saúde e prevenção da doença em vários sistemas de saúde, constituindo-se como entidades que têm como objetivo principal a prestação de cuidados de saúde de forma integrada e coordenada, promovendo a proximidade aos utentes e a articulação entre os diferentes níveis de cuidados. A criação da ULS visa, assim, otimizar recursos, garantir uma melhor acessibilidade aos serviços de saúde e fomentar uma abordagem mais holística e preventiva. Torna-se, portanto, necessário discutir e esclarecer o papel dos profissionais envolvidos neste modelo assistencial, assim como os desafios e ganhos em saúde que dele advêm para as organizações de saúde.

O referido processo de assistência poderá, assim, concretizar-se na implementação de uma consulta interdisciplinar de saúde para idosos, sempre que possível de carácter preventivo, com ênfase na monitorização da saúde em vez da doença (Veras *et al.*, 2018), através de consultas programadas pelos profissionais, em contexto comunitário (Nunes & Matos, 2021).

Portanto, a existência desta consulta, deveria ser uma realidade disseminada no nosso Sistema Nacional de Saúde. Partindo do pressuposto de que a primeira consulta deve ser abrangente, garantindo o planeamento de uma assistência efetiva que promova estilos de vida saudáveis, um envelhecimento ativo e o bem-estar. Esta consulta inicial difere da consulta de seguimento/acompanhamento, cujo propósito é identificar resultados alcançados ou não das intervenções implementadas. No que respeita às consultas a realizar, estas devem ser enquadradas na prescrição de procedimentos dos diferentes Programas de Saúde para idosos definidos pela Direção-Geral da Saúde (DGS) (Melo, 2021).

Além disso, a proposta de consulta deve contar com uma equipa de profissionais de diversas áreas, promovendo uma abordagem holística e coordenada que responde às necessidades complexas dos idosos. Defendemos por isso, a integração de um médico, um enfermeiro (EEER/enfermeiro de família) e um assistente social, conforme sugerido por outras investigações (Ellis & Sevdalis, 2019). Assim, uma equipa interdisciplinar, com conhecimentos diversificados no

âmbito da gerontologia, torna-se essencial para uma resposta eficaz e abrangente. Além disso, a articulação com a família e com as estruturas sociais, como as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) ou os Centros de Dia, é fundamental para garantir a saúde dos idosos (Melo, 2021).

Defendemos os Cuidados de Saúde Primários como “porta de entrada” do utente no SNS, oferecendo cuidados multidisciplinares e assumindo a responsabilidade de promover a saúde, prevenir a doença e, quando necessário, tratá-la preferencialmente nos contextos onde as pessoas vivem (Guimarães & Branco, 2020; Melo, 2021; Nunes & Matos, 2021). Este primeiro contacto é, assim, um momento crucial para o estabelecimento de empatia e confiança, elementos fundamentais para a fidelização do utente ao projeto de saúde-doença (Veras & Oliveira, 2018).

O modelo de cuidados proposto centra-se na pessoa idosa e na perspetiva dos profissionais ao longo de todo o processo de assistência, enfatizando a necessidade de avaliação e intervenção interdisciplinares, a partilha de informação, a educação para a saúde e a implementação de programas específicos de saúde. Neste contexto, destaca-se a importância dos enfermeiros na conceção e aplicação destes modelos, uma vez que o seu envolvimento ativo traz benefícios tanto para os utilizadores como para o sistema de saúde (Ulbrich *et al.*, 2017).

Limitações do estudo

O estudo enfrentou várias *limitações* que podem ter condicionado a sua relevância e generalização. Em primeiro lugar, o longo período de espera para a recolha de dados, agravado pelos atrasos nas respostas das comissões de ética e na publicação dos resultados, o que pode ter afetado a atualidade e aplicabilidade dos resultados.

Além disso, o percurso de investigação, que se prolongou ao longo da última década, permitiu uma análise aprofundada, mas tornando algumas evidências iniciais potencialmente desatualizadas face à evolução das políticas de saúde e das práticas interprofissionais. Por conseguinte, a interpretação dos resultados deve considerar este contexto temporal, reconhecendo a necessidade de investigações futuras que integrem as mudanças mais recentes.

A representatividade da amostra foi outra das principais limitações do estudo, com uma distribuição desigual entre as categorias profissionais e uma abrangência geográfica limitada, o que restringe a generalização dos resultados. A predominância de determinados grupos profissionais pode não refletir integralmente a dinâmica interprofissional na assistência a idosos, exigindo cautela na interpretação dos dados.

Além disso, a extensão da amostra e a inclusão de instituições de diferentes regiões do país seriam essenciais para uma análise mais abrangente das interações interdisciplinares. A técnica de amostragem utilizada também pode ter influenciado a composição da amostra, reforçando a necessidade de metodologias que garantam maior equilíbrio na representação das diferentes áreas da saúde.

Diante dessas limitações, a **contribuição e divulgação** tornam-se ainda mais relevantes, pois oferecem subsídios para as políticas de saúde e podem impulsionar ações voltadas para a melhoria da assistência aos idosos. Desenvolver uma proposta de intervenção interdisciplinar representa um primeiro passo significativo para qualificar e aumentar a eficiência das organizações. Nesse sentido, destaca-se a indispensabilidade de um instrumento de avaliação assistencial interdisciplinar, essencial para integrar os cuidados de saúde e sociais e garantir uma assistência mais equitativa e eficaz.

A implementação de consultas interdisciplinares permite avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde e sociais. No entanto, são necessárias mais pesquisas para consolidar esta abordagem/proposta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção interdisciplinar em idosos é essencial para responder às diversas necessidades de saúde e sociais desta população, promovendo um cuidado holístico e integrado.

Num país envelhecido como Portugal, a promoção da saúde e a prevenção da doença, com recurso a equipas interdisciplinares é absolutamente central para garantir que os idosos continuem a ter uma melhoria das condições de vida e evitar o grande impacto no setor da saúde e económico.

Em Portugal, são escassas as consultas interdisciplinares e não existe uma diretriz sistematizada para a avaliação gerontológica abrangente nos Cuidados de Saúde Primários. Essa lacuna evidencia a necessidade de repensar os modelos assistenciais e implementar estratégias que promovam a colaboração entre diferentes profissionais.

Também não foram encontrados estudos no país, acerca do trabalho em equipa com médicos, enfermeiros e assistentes sociais, o que torna esta investigação ainda mais pertinente no contexto atual.

Embora a literatura reconheça a importância do trabalho em equipa, cada estudo aborda o problema sob diferentes perspetivas, permitindo-nos compreender melhor a sua complexidade e a necessidade de soluções adaptadas ao contexto português.

Atendendo à natureza da problemática em estudo, a opção metodológica qualitativa, com uma abordagem interpretativa, revelou-se a mais adequada para explorar em profundidade as experiências e perceções dos profissionais. Através desta metodologia, foi possível compreender as dinâmicas interdisciplinares vivenciadas nos contextos específicos, permitindo uma análise mais rica e subjetiva dos fenómenos em investigação. Contudo, a combinação com métodos quantitativos permitiu identificar padrões de colaboração e avaliar a prática assistencial, demonstrando a importância de abordagens metodológicas complementares para fortalecer a investigação nesta área.

Os resultados desta investigação reforçam que, apesar da reconhecida importância do trabalho interdisciplinar, a articulação entre médicos, enfermeiros e assistentes sociais continua a ser um desafio, comprometendo o acompanhamento contínuo dos idosos, ao longo do processo de envelhecimento.

Com a realização deste estudo, concluiu-se que existe uma fragmentação nas práticas de avaliação dos idosos, evidenciada pela pouca integração entre as várias disciplinas, como medicina, enfermagem e assistência social, o que limita a construção de um plano de cuidados verdadeiramente integrado e adaptado às necessidades individuais dos idosos.

Foram identificadas discrepâncias entre os profissionais na aplicação de escalas de avaliação geriátrica, evidenciando divergências entre as escalas utilizadas, as recomendadas pelas diretrizes e as consideradas mais úteis na prática. Nesse contexto, a avaliação familiar da pessoa idosa surge como um recurso fundamental para identificar problemas familiares e melhorar a qualidade dos cuidados, sendo essencial a formação dos profissionais de saúde na aplicação de instrumentos como o APGAR familiar e o ecomapa.

Os resultados indicam que a experiência profissional isolada não é suficiente para garantir a adoção das melhores práticas, reforçando a necessidade de formação contínua e integrada em gerontologia para médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Deste modo, torna-se emergente a reorientação das práticas assistenciais, promovendo um modelo de cuidado centrado no envelhecimento ativo e saudável, em detrimento da visão biomédica predominante. Essa mudança não só beneficia a população idosa, mas também contribui para um sistema de saúde mais sustentável e eficiente.

A análise dos resultados obtidos, destaca a necessidade de investir na formação em gerontologia, evidenciando a importância de desenvolver competências específicas nesta área. Esta formação deve ser inclusiva nos cursos de licenciatura em enfermagem, medicina e assistência social, bem como na formação especializada e contínua. Nesse contexto, as escolas desempenham um papel essencial, pois é vital formar os novos profissionais para que possam lidar com todos os aspetos relacionados com o processo de envelhecimento.

Considerando estes achados, o estudo propõe a implementação de abordagens interdisciplinares nos Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares, com impacto direto na reorganização dos modelos assistenciais utilizados nas ULS. Espera-se que estes achados sirvam de base para futuras investigações e contribuam para a formulação de políticas públicas que reforcem a assistência aos idosos.

Neste contexto, destaca-se o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) como um elemento central na implementação dessas abordagens interdisciplinares, desempenhando um papel essencial na promoção da autonomia, funcionalidade e qualidade de vida dos idosos. A sua atuação, baseada em competências especializadas, facilita a construção de caminhos para a promoção da saúde dos idosos, integrando cuidados de saúde e sociais e fortalecendo a articulação entre os diferentes profissionais. Dessa forma, o EER contribui ativamente para a interdisciplinaridade, assegurando uma assistência mais coordenada, eficaz e centrada na pessoa idosa.

Espera-se que este estudo motive a reflexão sobre a temática e possa subsidiar a atualização de programas de saúde e políticas públicas para a população idosa.

As implicações deste estudo estendem-se à prática clínica, investigação, gestão em saúde e formação contínua. Pelo exposto, devem ser considerados em futuras linhas de investigação, tanto a nível comunitário como hospitalar.

Como perspetivas futuras, sugerimos: realizar um estudo observacional das práticas assistenciais nos cuidados de saúde primários e no hospitalares; desenvolver um estudo piloto de consulta interdisciplinar para idosos na comunidade/cuidados de saúde primários; conduzir um estudo qualitativo sobre os motivos que dificultam a implementação de escalas validadas na avaliação dos idosos.

Do ponto de vista pessoal, esta investigação representou um percurso desafiante, mas enriquecedor, sustentado pela motivação de contribuir para a melhoria da assistência ao processo de envelhecimento.

Fazendo um balanço desta nossa caminhada considerámo-la árdua, mas desafiadora, constituindo acima de tudo um momento de aprendizagem por excelência.

REFERÊNCIAS

- Akintayo-Usman, N. (2021). Fragmentação do cuidado: Um grande desafio para idosos que vivem com multimorbidade. *Geriatria, Gerontologia e Envelhecimento*. <https://doi.org/10.53886/gga.0210030>
- Araújo, O., Oliveira, C., Novais, R., Braga, F., & José, H. (2024). Instrumentos de avaliação para a pessoa mais velha. In L. Sousa, O. Araújo, & C. Sequeira, *Enfermagem em Gerontologia e Geriatria* (pp. 185-196) Lidel.
- Asakawa, T., Kawabata, H., Kisa, K., Terashita, T., Murakami, M., & Otaki, J. (2017). Establishing community-based integrated care for elderly patients through interprofessional teamwork: A qualitative analysis. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 399-407. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S139414>
- Audiffred, V. R., & Leitón-espinoza, Z. E. (2023). Colaboración interprofesional: Enfermería caminando hacia un trabajo en equipo en el cuidado del adulto mayor. *Salud, Barranquilla*, 39(3):901-915. <https://doi.org/10.14482/sun.39.03.700.468>
- Avsar, P., Budri, A., Patton, D., Walsh, S., & Moore, Z. (2022). Developing Algorithm Based on Activity and Mobility for Pressure Ulcer Risk Among Older Adult Residents: Implications for Evidence-Based Practice. *Worldviews on evidence-based nursing*, 19(2), 112-120. <https://doi.org/10.1111/wvn.12545>
- Barber, S., Otis, M., Greenfield, G., Razzaq, N., Solanki, D., Norton, J., Richardson, S., & Hayhoe, B. W. (2023). Improving multidisciplinary team working to support integrated care for people with frailty amidst the COVID-19 pandemic. *International Journal of Integrated Care*, 23(2), 1-13. <https://doi.org/10.5334/ijic.7022>
- Barella, Y., Fergina, A., Mustami, M. K., Rahman, U., & Alajaili, H. M. (2024). Quantitative methods in scientific research. *Jurnal Pendidikan Sosiologi dan Humaniora*, 15(1), 281-287. <https://doi.org/10.26418/j-psh.v15i1.71528>
- Barroga, E., Matanguihan, G., Furuta, A., Arima, M., Tsuchiya, S., Kawahara, C., Takamiya, Y., & Izumi, M. (2023). Conducting and writing quantitative and qualitative research. *Journal of Korean Medical Science*, 38(37), e291. <https://doi.org/10.3346/jkms.2023.38.e291>
- Bertalha, B. H., Sousa, J. C., Cunha, F. S., Santos, F. D., Franco, A. M., & Pascoal, L. M. (2022). Qualidade das relações familiares e prevalência de depressão em idosos durante pandemia da COVID-19: Estudo de correlação. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 96, 40. <https://doi.org/10.31011/readid-2022-v.96-n.40-art.1464>
- Brasil, C. C., & Baixinho, C. L. (2025). A implementação dos resultados da investigação qualitativa: Contributos, desafios e tendências. *New Trends in Qualitative Research*, 21(1), e1183. <https://doi.org/10.36367/ntqr.21.1.2025.e1183>

- Briggs, A. M., Valentijn, P. P., Thiyagarajan, J. A., & Carvalho, I.A. (2018). Elements of integrated care approaches for older people: A review of reviews. *BMJ Open*, 8, e021194. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021194>
- Cabral, J. V. B., Vasconcelos, L. M., & Oliveira, M. M. (2021). Conhecimento dos enfermeiros e uso da escala de Braden em unidades de terapia intensiva: Análise da produção científica brasileira. *ReBraM – Revista Brasileira Multidisciplinar*, 24(1), 166–174. <https://doi.org/10.25061/2527-2675/v24n1>
- Cardoso, R., Caldas, C., Brandão, M., Souza, P., & Santana, R. (2022). Modelo de promoção do envelhecimento saudável referenciado na teoria de Nola Pender. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(1), e20200373. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0373>
- Cassarino, M., Cronin, U., Robinson, K., Quinn, R., Boland, F., Ward, M. E., et al. (2022). Development and delivery of an allied health team intervention for older adults in the emergency department: A process evaluation. *PLoS ONE*, 17(5), e0269117. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269117>
- Ceccon, R. F., Soares, K. G., Vieira, L. J., Júnior, C. A., Matos, C. C., & Pascoal, M. D. (2021). Atenção primária em saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 99–108. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30382020>
- Cesari, M., Sumi, Y., Han, Z. A., Perracini, M., Jang, H., Briggs, A., Thiyagarajan, J. A., Sadana, R., & Banerjee, A. (2022). Implementing care for healthy ageing. *BMJ Global Health*, 7(2), e007778. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007778>
- Choi, J.-Y., Kim, K., Kim, H., Jung, Y., Oh, I., Chun, S., Kim, G. S., Lim, J. Y., & Ko, J. Y. (2020). Validation of an integrated service model, Health RESPECT, for older patients in long-term care institution using information and communication technologies: Protocol of a cluster randomized controlled trial. *BMJ Open*, 10, e038598. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038598>
- Choi, J. Y., Rajaguru, V., Shin, J., & Kim, K. I. (2023). Comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary team interventions for hospitalized older adults: A scoping review. *Archives of gerontology and geriatrics*, 104, 104831. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104831>
- Clark, P. G., Weeks, L. E., Van Bergh, G. D., & Doucet, S. (2017). Gerontology across the professions and the Atlantic: Development and evaluation of an interprofessional and international course on aging and health. *Gerontology & Geriatric Education*, 38(2), 141–157. <https://doi.org/10.1080/02701960.2016.1144599>
- Cordeiro, R., Arco, H. R., & Carvalho, J. C. (2021). Trabalho interdisciplinar no cuidado à pessoa idosa, família e/ou cuidador informal. In M. L. F. Almeida, J. P. A. Tavares, & J. S. S. Ferreira (Coords.), *Competência em enfermagem gerontogeriatrica: Uma exigência para a qualidade do cuidado* (pp. 133–140). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

- Corrêa, E. S., Arrabaça, M. P., Ueda, Y. M., & Picinin, B. M. (2019). Processos de trabalho e envelhecimento: Contributos para a gerontologia. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(3), e180215. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180215>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (6th ed.). SAGE Publications.
- De Vos, A. J., Van Balen, R., Gobbens, R. J., & Bakker, T. J. (2018). Geriatric rehabilitation care: Doing the right things right. *Tijdschrift Voor Gerontologie en Geriatrie*, 49(1), 12-21. <https://doi.org/10.1007/s12439-017-0232-6>.
- Decreto-Lei n.º 102/2023 da Presidência do Conselho de Ministros. (2023). *Diário da República: I Série*, n.º 215. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/11/21500/0000400020.pdf>
- Deschodt, M., Claes, V., Van Grootven, B., Van den Heede, K., Flamaing, J., Boland, B., & Milisen, K. (2016). Structure and processes of interdisciplinary geriatric consultation teams in acute care hospitals: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 55, 98-114. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.09.015>
- Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. DGS. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física*. DGS. <https://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2022a). *Documento técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. <http://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022b). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde sustentável: de tod@s para tod@s*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx>
- Donelan, K., Chang, Y., Berrett-Abebe, J., Spetz, J., Auerbach, D., Norman, L., & Buerhaus, P. I. (2019). Care management for older adults: The roles of nurses, social workers, and physicians. *Health Affairs*, 38(6), 941-949. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00030>
- Ebi, W.E., Hirko, G.F., & Mijena, D. A. (2019). Nurses' knowledge to pressure ulcer prevention in public hospitals in Wollega: a cross-sectional study design. *BMC Nursing*, 18(20). <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0346-y>.
- Ellis, G., Gardner, M., Tsiachristas, A., Langhorne, P., Burke, O., Harwood, R. H., Conroy, S. P., Kircher, T., Somme, D., Saltvedt, I., Wald, H., O'Neill, D., Robinson, D., & Shepperd, S. (2017). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9(9), CD006211. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006211.pub3>

- Ellis, G., & Sevdalis, N. (2019). Understanding and improving MDT working in geriatric medicine. *Age and Ageing*, 48(4), 498–505.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afz021>
- Espinoza, P., Peduzzi, M., Agreli, H.F., & Sutherland, M. (2018). Interprofessional team member's satisfaction: a mixed methods study of a Chilean hospital. *Human Resource Health* 16(30). <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0290-z>
- Faria, A. A., Martins, M. M., Ribeiro, O., Ventura-Silva, J., Teles, P., & Laredo-Aguilera, J. A. (2022). Adaptation and validation of the Individual Lifestyle Profile Scale of Portuguese older adults living at home. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5435.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19095435>
- Fernandes, C. S., & Magalhães, B. (2024). Uma reflexão sobre a utilização da técnica de Delphi em enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 33, e20230227. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0227pt>
- Fonseca, A. C., Estevam, S. R., Mariz, S. L., Oliveira, L. C., & de Souza, C. M. (2021). Interdisciplinaridade na gestão do cuidado ao idoso. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 4045–4050. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-005>
- Gans, E. A., de Ruijter, U. W., van der Heide, A., van der Meijden, S. A., et al. (2024). Grounded theory of interdisciplinary communication and collaboration in the outpatient setting of the hospital for patients with multiple long-term conditions. *Journal of Personalized Medicine*, 14, 533.
<https://doi.org/10.3390/jpm14050533>
- Gavaldà-Espelta, E., del Mar Lleixà-Fortuño, M., Baucells-Lluis, J., Ferré-Ferraté, M., Tomàs-Navarro, B., Curto-Romeu, C., Lucas-Noll, J., Pozo Ariza, M., Castro-Blanco, E., Sáez, J. F., Martín, C. A., Gonçalves, A. Q., & Ferré-Grau, C. (2023). Innovative health and social integrated care model effectiveness to improve quality care for chronic patients: A single group assignment clinical trial. *International Journal of Integrated Care*, 23(4), Article 2, 1–16.
<https://doi.org/10.5334/ijic.6759>
- Ge, L., Yip, W. F., Ho, A. H., Chua, E. S., Chieh, C. P., Leong, I. Y., Chua, E. Y., Tham, S., Ho, R. M., & Tan, W. S. (2023). Perceived roles and barriers in delivering community-based care: A qualitative study of health and social care professionals. *International Journal of Integrated Care*, 23(4), 5, 1–11.
<https://doi.org/10.5334/ijic.7617>
- Gomes, T. B., & Vecchia, M. D. (2023). Genograma e ecomapa ampliado como instrumentos de pesquisa e intervenção psicossocial. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 11(28), 710–727.
<https://doi.org/10.33361/RPQ.2023.v.11.n.28.658>
- Guimarães, & Branco. (2020). Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: Pesquisa bibliográfica. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(1), 143–155.
<http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v12i1.669>

- Gutenbrunner, C., Stievano, A., Nugraha, B., Stewart, D., & Catton, H. (2022). Nursing – A core element of rehabilitation. *International Nursing Review*, 69, 13–19.
- Hamilton, A. B., & Finley, E. P. (2019). Qualitative methods in implementation research: An introduction. *Psychiatry Research*, 280, 112516. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112516>
- Ivanoff, S. D., Duner, A., Eklund, K., et al. (2018). Comprehensive geriatric assessment of frail older people: Ideals and reality. *Journal of Interprofessional Care*, 32(6), 728–734. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1508130>
- Jansen, R. C., Silva, K. B., & Moura, M. E. (2021). Braden scale in pressure ulcer risk assessment. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), e20190413. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0413>
- Jiang, S., & Li, P. (2016). Current development in elderly comprehensive assessment and research methods. *BioMed Research International*, 2016, 3528248. <http://dx.doi.org/10.1155/2016/3528248>
- Kaddumukasa, M., Edwards, A. M., Najjuma, J. N., Mbalinda, S. N., Nakibuuka, J., Burant, C. J., Moore, S. M., Blixen, C., Katabira, E. T., Sajatovic, M., & Kaddumukasa, M. (2023). Evidence-Supported Interventions for Reducing Secondary Stroke Risk in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 19, 2597–2606. <https://doi.org/10.2147/NDT.S428627>
- Kamei, T., Kawada, A., Minami, K., Takahashi, Z., Ishigaki, Y., Yamanaka, T., Yamamoto, N., Yamamoto, Y., Suzuki, Y., Watanabe, T., Iijima, K., & Academic Group in Japan Home Health Care Alliance (2024). Effectiveness of an interdisciplinary home care approach for older adults with chronic conditions: A systematic review and meta-analysis. *Geriatrics & gerontology international*, 24(9), 827–840. <https://doi.org/10.1111/ggi.14931>
- Kariotis, T., Prictor, M., Gray, K., & Chang, S. (2019). Mind the gap: Information sharing between health, mental health and social care services. *Studies in Health Technology and Informatics*, 266, 101–107. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31397309/>
- Korolev, M. (2020). Medical and social assistance elderly persons (literature review). *Consilium Medicum*, 22, 77–80. <https://doi.org/10.26442/20751753.2020.12.200505>
- Laccort, A. A., & Oliveira, G. B. (2017). The importance of work team in the context of nursing. *UNINGÁ Rev*, 29(3), 6–10. <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1976>
- Lage, J., Simões, C. D., Combadão, J., da Silva, A. P., & Valente, A. (2018). Avaliação do risco nutricional em idosos utentes de um centro de saúde de Lisboa. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 14, 06–09. <http://dx.doi.org/10.21011/apn.2018.1402>

- Lammila-Escalera, E., Greenfield, G., Barber, S., Nicholls, D., Majeed, A., & Hayhoe, B. W. J. (2022). A systematic review of interventions that use multidisciplinary team meetings to manage multimorbidity in primary care. *International Journal of Integrated Care*, 22(4), 6, 1–10. <https://doi.org/10.5334/ijic.6473>
- Lee, W.-J., Peng, L.-N., Lin, M.-H., Loh, C.-H., & Chen, L.-K. (2020). Determinants and indicators of successful ageing associated with mortality: A 4-year population-based study. *Aging*, 12, 2670–2679. <https://doi.org/10.18632/aging.102769>.
- Liljas, A. E., Brattström, F., Burström, B., Schön, P., & Agerholm, J. (2019). Impact of integrated care on patient-related outcomes among older people – A systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 19(3), 6, 1–16. <https://doi.org/10.5334/ijic.4632>
- Lima, A. M., Ferreira, M. S., Martins, M. M., & Fernandes, C. S. (2019). Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação da independência funcional do paciente. *Journal Health NPEPS*, 4(2), 28–43. <https://doi.org/10.30681/252610104062>
- Lima, R. R., Vilar, R. L., Costa, T. P., Castro, J. L., & Lima, K. C. (2018). Health education in the context of aging: In focus, the curricular contents. *Research, Society and Development*, 7(10), e15710587. <https://doi.org/10.17648/rsd-v7i10.587>
- Lima, A. M., Martins, M. M., Ferreira, M. S., Fernandes, C., Schoeller, S., & Parola, V. (2022). Ferramentas de avaliação para avaliar a independência: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(1), 77–89. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/193>
- Lopes, M. (2021). *Desafios de inovação em saúde: Repensar os modelos de cuidados*. Imprensa da Universidade de Évora. <https://imprensa.uevora.pt/uevora/catalog/view/24/22/57-1>
- Machado, D. M., Mota, M. F., Brás, M. A., & Anes, E. M. (2021). Programas e respostas à saúde do idoso em Portugal. (2021). *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 501-508. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v2.2104>
- Medeiros, A. V., Forte, D. F., & Toassi, R. F. (2024). Educação interprofissional na residência multiprofissional em atenção primária à saúde: Análise fenomenológica. *Saúde em Debate*, 48(143), e9167. <https://doi.org/10.1590/2358-289820241439167P>
- Melo, P. (2021). *Consultas de enfermagem nos cuidados de saúde primários: Guia de decisão clínica*. Lidel.
- Melo, W. S., Oliveira, P. J., Monteiro, F. P., Santos, F. C., Silva, M. J., Calderon, C. J., Fonseca, L. N., & Simão, A. A. (2017). Guide of attributes of the nurse's political competence: a methodological study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(3), 526-534. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0483>

- Moncater, T. J., Nakamura, K., Siongco, K. L., Seino, K., Carlson, R., Canila, C. C., Javier, R. S. & Lorenzo, F. M. (2021). Interprofessional collaboration and barriers among health and social workers caring for older adults: a Philippine case study. *Human Resources for Health*, 19 (52). <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00568-1>
- Miorin, J. D., Camponogara, S., Brutti, T. B., & Ilha, A. G. (2020). Interprofessional collaboration between health teams of emergency services: integrative review. *Research, Society and Development*, 9(2), e78922074. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i2.2074>
- Monteiro, M. C. D., Martins, M. M., Schoeller, S. D., & Antunes, L. (2021). Elder health care: Interdisciplinary health team. *Revista Baiana de Enfermagem*, 35, e36702. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v35.36702>
- Monteiro, M. C. D., Martins, M. M., & Schoeller, S. D. (2022a). Evaluation of the health level of the elderly: Patient care team considerations. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(1), e20201277. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1277>
- Monteiro, M. C., Martins, M. M., & Schoeller, S. D. (2022b). Consensus on scales for an interdisciplinary health assessment tool for the elderly population. *Revista Rene*, 23, e7847. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2022378471>
- Monteiro, M. C. D., Martins, M. M., & Dornelles Schoeller, S. (2022c). Trabalho de equipa no cuidado a pessoas idosas: Especificidades do especialista em enfermagem de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 5(2). <https://doi.org/10.33194/rper.2022.241>
- Monteiro, M. C. D., Martins, M. M. F. P. S., & Schoeller, S. D. (2023). Consulta interdisciplinar de saúde para pessoas idosas em Portugal: Atenção primária e hospital. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 44, e20220275. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220275>
- Monteiro, M. C. D., Martins, M. M., & Schoeller, S. D. (2025). Interdisciplinary team interventions with older adults: A consensus study. Submetido para publicação em *Nursing Forum* (em revisão).
- Moraes, E. N., Pereira, A. M. V. B., Azevedo, R. S., & Moraes, F. L. (2018). *Avaliação multidimensional do idoso*. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/avaliacaomultiddoidoso_2018_atualiz.pdf
- Moye, J. (2022). Enhancing behavioral health assessment of older adults. *Clinical Gerontologist*, 45(3), 437–440. <https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2069374>
- Muscat, F., Camilleri, L., Attard, C., & Lungaro, S. (2023). Assessment tools for the admission of older adults to inpatient rehabilitation: A scoping review. *Journal of Clinical Medicine*, 12, 919. <https://doi.org/10.3390/jcm12030919>

- Nahas, M. V., Barros, M. G., & Francalacci, V. O. (2000). Pentáculo do bem-estar: Base conceitual para a avaliação do estilo de vida de/em indivíduos e grupos. *Revista Brasileira de Atividades Físicas e Saúde*, 5(2), 48–59.
- Nair, S. S., & Prem, S. S. (2020). A framework for mixed-method research. *Shanlax International Journal of Management*, 8(2), 45–53.
<https://doi.org/10.34293/management.v8i2.3220>
- Naughton, C., Galvin, R., McCullagh, R., & Horgan, F. (2023). Comprehensive geriatric assessment—Where are we now, where do we need to be in the context of global ageing? *Age and Ageing*, 52(11), afad210.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afad210>
- Navarro, A. S., Guimarães, R. L., & Garanhani, M.L. (2013). Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. *Revista Mineira de Enfermagem*, 17(1), 62-69.
<https://doi.org/10.5935/1415-2762.20130006>
- Nightingale, F. (1989). *Notas sobre enfermagem: O que é e o que não é*. Cortez.
- Nunes, A. M., & Matos, A. A. de. (2021). Articulação entre a atenção primária e hospitalar em Portugal: Desafio para a gestão da saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 10(1), 61–83. <https://doi.org/10.5585/rgss.v1i1.322>
- Oliveira, W. S., & Lima da Silva, T. B. (2020). Centro-dia para idosos e análise do APGAR familiar dos usuários sobre a funcionalidade do seu sistema familiar: Um relato de experiência. *Revista Kairós-Gerontologia*, 23(2), 201–216.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Conselho de Enfermagem. *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual — enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Owen, L., Steel, A., Goffe, K., Pleming, J., & Sampson, E. L. (2022). A multidisciplinary simulation programme to improve advance care planning skills and engagement across primary and secondary care. *Clinical Medicine*, 22(1), 51–57. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2021-0240>
- Parente, A., Pereira, A., & Mata, A. (2018). Estado nutricional e nível de independência em pessoas idosas. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 12, 18–25.
<http://dx.doi.org/10.21011/apn.2018.1204>
- Peduzzi, M., Agreli, H., Silva, J. A. & Souza, H. (2020). Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(s1), e0024678, 12(1), 1–20.
<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
- Placideli, N., & Bocchi, S. (2021). Modelos de atenção integral para idosos no mundo: Revisão da literatura. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(3), e310326. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310326>
- Placideli, N., Castanheira, E. R. L., Dias, A., Silva, P. A., Carrapato, J. L. F., Sanine, P. R., Machado, D. F., Mendonça, C. S., Zarili, T. F. T., Nunes, L. O., Monti, J. F.

- C., Hartz, Z. M. A., & Nemes, M. I. B. (2020). Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária. *Revista de Saúde Pública*, 54, 6. <http://www.rsp.fsp.usp.br/>
- Platzer, E., Parson, D., Tadic, M., & Nowak, D. (2020). Evidence of inter-professional and multi-professional interventions for geriatric patients: A systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 20(1), Article 6, 1–10. <https://doi.org/10.5334/ijic.4683>
- Previato, G. F., & Baldissera, V. D. A. (2018). Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e2017-0132. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0132>
- Regulamento n.º 350/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Diário da República: II Série*, n.º 119. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/119000000/1665516660.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Diário da República: II Série*, n.º 26. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Diário da República: II Série*, n.º 85. <https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024 da Presidência do Conselho de Ministro. (2024). *Diário da República: I Série*, n.º 9. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2024/01/00900/0003100078.pdf>
- Rios, D. R., Sousa, D. A., & Caputo, M. C. (2019). Diálogos interprofissionais e interdisciplinares na prática extensionista: O caminho para a inserção do conceito ampliado de saúde na formação acadêmica. *Interface (Botucatu)*, 23, e180080. <https://doi.org/10.1590/Interface.180080>
- Rodrigues, M. E., Santos, L., Preto, L., & Azevedo, A. (2023). Declínio funcional em idosos durante a hospitalização. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(2), e347. <https://doi.org/10.33194/rper.2023.347>
- Sabbaghzadeh, A., Vazirinejad, R., Khalili, P., & Sabzavari, S. (2021). The effect of healthy lifestyle education on the quality of life of the elderly in Rafsanjan: A quasi-experimental study. *JRUMS*, 20(5), 539–553. <http://journal.rums.ac.ir/article-1-5298-en.html>
- Santana, P. P. C., D' Acampora, I. A., Andrade, M., Ribeiro, W. A., Balbino, C. M., Oliveira, W. A. D., & Matias, T. F. (2021). O processo de trabalho do enfermeiro gerontólogo: uma revisão integrativa de literatura. *Global Academic Nursing Journal*, 2(Supl2). <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200172>
- Santana, R. C., & Paiva, F. G. (2022). Triangulação metodológica na pesquisa qualitativa: Um estudo em periódicos brasileiros voltados ao turismo. *Revista Brasileira de Administração Científica*, 13(1), 67–81. <http://doi.org/10.6008/CBPC2179-684X.2022.001.0006>

- Santos, G. C., Mendes, A. L., Santos, I. N., Braga, A. C. C., Ribeiro, M. O., & Neves, S. M. V. (2021). Evaluation of the functional capacity of the elderly. *Casos Consultoria*, 12(1), e24628. <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/24628>
- Santos, M. E., Fernandes, D. S., Silva, M. P. A., Matiello, F. B., Braga, P. G., Cervantes, E. R., & Rodrigues, R. A. P. (2023). Instruments used in the assessment of functional capacity, frailty and sarcopenia in the elderly: Integrative review. *Cogitare Enfermagem*, 28, e92112. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.92112>
- Saraiva, L. B., dos Santos, S. N., Oliveira, F. A., Moura, D. J., Barbosa, R. G., & de Almeida, N. A. (2017). Avaliação geriátrica ampla e sua utilização no cuidado de enfermagem a pessoas idosas. *Journal of Health Sciences*, 19(4), 262–267. <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/35666>
- Seijas, V., Maritz, R., Fernandes, P., Bernard, R. M., Lugo, L. H., Bickenbach, J., & Sabariego, C. (2024). Rehabilitation delivery models to foster healthy ageing scoping review. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 5, 1307536. <https://doi.org/10.3389/fresc.2024.1307536>
- Silva, J. L., Queiroz, R. B., Bittencourt, G. K., Ferreira, O. G., Bezerra, V. P., & Piagge, C. S. (2020). Práticas de promoção da saúde para pessoa idosa: Revisão integrativa da literatura. *Revista Fun Care Online*, 12, 88–94. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7056>
- Sobrinho, L. A., & Rabelo, D. F. (2023). Fatores familiares associados ao suporte social percebido entre pessoas idosas. *Revista Subjetividades*, 23(1), e13557. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v23i1.e13557>
- Sousa, V. L., Moreira, A. C., Fernandes, M. C., Silva, M. A., Teixeira, I. X., & Dourado Jr, F. W. (2021). Educational technology for bathing/hygiene of elders at home: Contributions to career knowledge. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(Suppl 2), e20200890. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0890>
- Stoop, A., Lette, M., van Gils, P. F., Nijpels, G., Baan, C. A., & de Bruin, S. R. (2019). Comprehensive geriatric assessments in integrated care programs for older people living at home: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 27(6), 1–18. <https://doi.org/10.1111/hsc.12793>
- Sullivan, S. S., Mistretta, F., Casucci, S., & Hewner, S. (2017). Integrating social context into comprehensive shared care plans: A scoping review. *Nursing Outlook* 65(5), 597-606. <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2017.01.014>
- Sun, Y., Zhang, X., Han, Y., Yu, B., & Liu, H. (2022). Evolutionary game model of health care and social care collaborative services for the elderly population in China. *BMC Geriatrics*, 22, 616. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03300-3>
- Tavares, J., De Lurdes Almeida, M., Duarte, S., & Apóstolo, J. (2020). Older adult care in nursing education: How have curricula been developed?. *Nurse education in practice*, 50, 102947. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102947>

- Thiyagarajan, J. Á., De Carvalho, I. A., Peña-Rosas, J. P., Chadha, S., Mariotti, S. P., Dua, T., Albanese, E., Bruyère, O., Cesari, M., Dangour, A., et al. (2019). Redesigning care for older people to preserve physical and mental capacity: WHO guidelines on community-level interventions in integrated care. *PLOS Medicine*, 16, e1002948. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002948>
- Tomey, M., & Alligood, M. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem) (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Ulbrich, E. M., Mattei, Â. T., de Fátima Mantovani, M., Bittencourt Madureira, A., & Puchalski Kalinke, L. (2017). Care models for people with chronic diseases: integrative review. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 35(1), 8-16. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n1a02>
- Valencia-Vargas, A., López-Palacio, G. J., Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, Á. M., Muñoz-Rodríguez, D. I., & Rojas-Gualdrón, D. F. (2021). Análisis Rasch de la escala APGAR-familiar en adultos mayores de Colombia. Hacia. *Promoción de la Salud*, 26(2), 102-114. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2021.26.2.8>
- Veras, R., Caldas, C., & Cordeiro, H. (2018). Aging in Brazil: The building of a healthcare model. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1929-1936. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>
- Veras, R. O., & Oliveira, M. (2018). Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1929-1936. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>
- Vieira, M. (2018). *Modelos em uso na assistência a idosos: Traçado para a intervenção do enfermeiro de reabilitação* (Dissertação de Mestrado). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/25779>
- Vieira, M., Martins, M. M., Martins, A. R., & Fernandes, C. S. (2023). Traçado da intervenção do enfermeiro de reabilitação – Organização de cuidados para um envelhecimento saudável e ativo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 6(1), e316. <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/316>
- Wang, M., & Chen, Y. M. (2024). Assessing family function: Older adults vs. care nurses: A cross-sectional comparative study. *BMC Public Health*, 24, 1334. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18809-y>
- Watson, J. (2017). Elucidando a disciplina de enfermagem como fundamental para o desenvolvimento da enfermagem profissional. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(4). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002017editorial4>
- Wendimagegn, N. F., & Bezuidenhout, M. C. (2019). Integrating promotive, preventive, and curative health care services at hospitals and health centers in Addis Ababa, Ethiopia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, 243-255. <https://www.dovepress.com/article/download/44935>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>

World Health Organization. (2017a). *Global strategy and action plan on ageing and health 2016–2030*. WHO.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241513500>

World Health Organization. (2017b). *Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>

World Health Organization. (2020). *Decade of healthy ageing: 2020–2030*. WHO.

<https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

World Health Organization. (2024). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. (2nd ed.) <https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726>

ANEXO I

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA O 1º ESTUDO



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

COMUNICAÇÃO ☐ INFORMAÇÃO ☒ PARECER ☐ Nº 18 DATA: 04/março/15

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer Nº 19/2015

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 19/2015 (sobre o estudo “Modelos em uso na assistência aos idosos”), aprovado na reunião do dia 3 de março de 2015, por unanimidade, para deliberação.

*Autenticar em
função de delegação
de poderes*

[Signature]
61573117

Rui Carmo
Vice-Presidente do C.E.

A Consideração Superior

Ana Paula Capela
Ana Paula Capela
Assessora CES/UIC





ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Mano

M

Comissão de Ética para a Saúde
Administração Regional de Saúde do Norte, IP

PARECER Nº 19/2015

Sobre o estudo T371 – Modelos em uso na assistência aos idosos.

A – Relatório

1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN), após parecer favorável da Unidade de Investigação Clínica (UIC) iniciou a apreciação do Processo nº T 371, na sequência do pedido de parecer enviado a esta Comissão em novembro de 2014, para a realização do estudo "Modelos em uso na assistência aos idosos". A investigadora Mónica Sofia Martins Vieira, é enfermeira e frequenta o 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na ESEP e terá a orientação da Professora Coordenadora na ESEP Manuela Martins. Esta investigação é parte integrante de um projeto de investigação - Viver bem com mais idade do contexto familiar ao apoio institucional e será desenvolvida no ACES AVE - Famalicão.
2. Fazem parte do processo em análise os seguintes documentos: requerimento; projeto de investigação; consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação; parecer favorável do Diretor Executivo do ACES AVE - Famalicão; declaração da orientadora a assumir a liderança científica do projeto bem como a enviar o relatório final quando terminarem os trabalhos, bem como a declarar que todos os dados são confidenciais, não identificando nunca os participantes e que só serão usados neste projeto; guião da entrevista a usar na colheita de dados e cronograma e orçamento para a realização deste estudo.
3. Trata-se de um estudo com metodologia qualitativa. Os participantes são médicos, enfermeiros e assistentes sociais que estejam a trabalhar há mais de um ano com idosos. O ACES irá orientar para oito médicos e oito enfermeiros que dão assistência a idosos de oito freguesias a fim de marcar e consentirem a realização da entrevista.
4. O objetivo geral é contribuir para uma política de articulação de assistência social e de saúde que garanta a qualidade de vida dos maiores de 65 anos num ambiente sustentável, amigável e com segurança, em meio familiar ou institucional.

B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas

1. Trata-se de um estudo sem procedimentos invasivos, não incorrendo os participantes em riscos maiores do que aqueles a que estão sujeitos na sua vida quotidiana, sem a participação de doentes, nem a utilização de quaisquer dados pertencentes a processos clínicos de doentes.
2. Existe modelo de consentimento informado, livre e esclarecido



3. A confidencialidade e o anonimato das respostas estão garantidos pela investigadora.

C – Conclusões

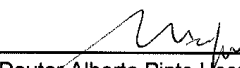
1. Face ao exposto, a CES delibera que o estudo de investigação em causa tem parecer favorável sem restrições de natureza ética.

Aprovado em reunião do dia 03 de março de 2015, por unanimidade

O relator,


Mestre Maria Alzira Morais

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP


Prof. Doutor Alberto Pinto Hespanhol

ANEXO II

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA O 2º ESTUDO



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



DATA : 7.dezembro.2017

INFORMAÇÃO Nº 158/2017

Nº <Processo> <Registo>

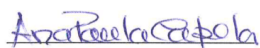
PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer nº 154/2017

Levo ao conhecimento do Conselho Diretivo o Parecer nº 154/2017 sobre o Estudo "Avaliação assistencial interdisciplinar em saúde da população idosa", aprovado na reunião de 5 de dezembro de 2017, por unanimidade.

À consideração superior



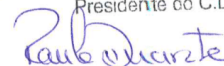
Ana Paula Capela
(Assessoria CES/UIC)

DELIBERADO CONCORDAR

2017.12.13



Dr. Pimenta Marinho
Presidente do C.D.



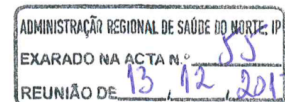
Paula Duarte
Vogal do CD



Rita Moreira
Vice-Presidente do CD



Dr. Porciano Oliveira
Vogal C. D.





ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

20/11/17

1

Comissão de Ética para a Saúde
Administração Regional de Saúde do Norte, IP

PARECER Nº 154/2017

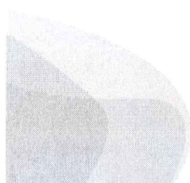
Sobre o estudo T827 “Avaliação assistencial interdisciplinar em saúde da população idosa”

A – Relatório

1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN) iniciou a apreciação do Processo n.º T827 na sequência do pedido de parecer dirigido a esta Comissão pela investigadora Maria Clara Duarte Monteiro, enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação no âmbito do projeto de Doutoramento em Ciências de Enfermagem no ICBAS da UP.
2. Fazem parte deste processo o requerimento, *curriculum vitae*; projeto de estudo com cronograma, declaração em como os dados colhidos são confidenciais e utilizados apenas neste estudo; declaração de entrega do relatório final do estudo a esta CES; declaração da orientadora; modelo de questionário a aplicar e modelo de consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação.
3. Estudo quantitativo, metodológico. Tem como objetivos principais identificar o modelo assistencial multidisciplinar em uso aos idosos e descrever as áreas de intervenção junto dos idosos.
4. A população do estudo são médicos, enfermeiros e assistentes sociais do ACES de Vila Nova de Famalicão e do Centro Hospitalar do Médio Ave que exercem funções com idosos há mais de um ano.
5. Será construído um questionário e depois aplicá-lo. Serão distribuídos aos responsáveis das unidades de saúde e depois recolhidos. Todo o questionário será codificado e lançado na base de dados vindo depois da apresentação do relatório final a ser eliminado.

B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas

1. Reconhece-se importância e pertinência dos resultados;
2. A investigadora garante o anonimato e confidencialidade dos dados obtidos, que serão utilizados exclusivamente neste estudo.



Rua Santa Catarina, 1288
4000-447 Porto

Tel 220 411 000
Fax 220 411 005

arsn@arsnorte.min-saude.pt
www.arsnorte.min-saude.pt



**GOVERNO DE
PORTUGAL**

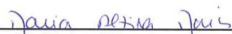
MINISTÉRIO DA SAÚDE

C – Conclusões

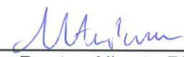
1. A CES reconhece a este estudo originalidade, relevância e pertinência dos resultados.
2. Face ao exposto, a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo.

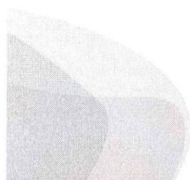
Aprovado na reunião de 5 de dezembro de 2017, por unanimidade

O relator,


Mestre Maria Alzira Morais

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP


Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol



ANEXO III

ADENDA DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA O 2º ESTUDO

☐ COMUNICAÇÃO ☒ INFORMAÇÃO ☐ PARECER DATA : 24.09.2019
N.º <Processo> <Registo>

DELIBERADO CONCORDAR
2019-10-24

PARA : Conselho Diretivo da ARS Norte

DE : Comissão de Ética para a Saúde

ASSUNTO ... : pedido de alargamento do Estudo "Avaliação assistencial
interdisciplinar em saúde da população idosa"



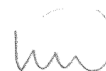
Carlos Nunes
Presidente do CD

Maria Clara Castro

Maria Clara Castro
Vice Presidente do CD



Paula Duarte
Vogal do CD



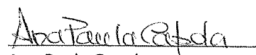
Ponciano Oliveira
Vogal do CD

Levo ao conhecimento do Conselho Diretivo um pedido de
alargamento do Estudo "Avaliação assistencial interdisciplinar em
saúde da população idosa" com Parecer Favorável desta CES e
autorizado pelo Conselho Diretivo da ARS Norte, I.P. em 5 de
dezembro de 2017, aos seguintes ACeS da região norte:

- ✓ Cávado I – Braga
- Grande Porto IV – Póvoa de Varzim/Vila do Conde
- Alto Tâmega e Barroso
- Entre Douro e Vouga I – Feira Arouca
- Entre Douro e Vouga II – Aveiro Norte
- ✓ Tâmega II – Vale do Sousa Sul
- Grande Porto VII – Gaia
- Alto Ave – Guimarães, Vizela e Terras de Basto
- ✓ Ave – Famalicão
- Grande Porto V – Porto Ocidental
- ✓ Grande Porto VI – Porto Oriental
- ✓ Cávado II – Gerês/Cabreira
- ✓ Douro II – Douro Sul
- ✓ Tâmega I – Baixo Tâmega

A Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte, I.P., deliberou na sua
reunião de 30 de julho de 2019, ser de Parecer favorável a este
pedido.

À consideração superior



Ana Paula Capela
(Assessoria CES/UIC)

APÊNDICE I

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS - ENTREVISTA

Parte II- Questões de Contexto

Gênero: F__ M__ Idade: ____

Profissão: Enfermeiro ____

Médico ____

Assistente Social ____

Formação em Gerontologia: Sim ____

Não ____

Parte III- Questões orientadoras da Entrevista

Perguntas da entrevista

- 1 - Como realizam a avaliação inicial do cliente com mais de 65 anos? Aplicam alguma escala, questionário, formulário e/ou entrevista com especificidades para estas idades?
- 2 - Como partilham com outros profissionais (de saúde/ sociais) as decisões que tomam referentes ao cliente com mais de 65 anos? (equipa multidisciplinar)?
- 3 - O que partilham sobre o desenvolvimento da saúde dos clientes com mais de 65 anos?
- 4 - Quando têm idosos com mais de 65 anos apresentam-lhe propostas de educação para a saúde conducentes a uma vida saudável e ativa?
- 5 - Está envolvido em algum programa específico sobre pessoas com mais de 65 anos, autónomos ou dependentes?
- 6 - Reencaminha para atividades de lazer/atividades físicas/fisioterapia/ outros interesses e necessidades de acordo com as características do cliente?
- 7 - Levam em consideração os interesses e motivações do cliente para propostas de intervenções em saúde / mudanças sociais?
- 8 - Fazem um plano de vigilância de saúde específicas para os mais de 65 anos? (consultas de vigilância de saúde, entre outras.)
- 9 - Como avaliam os resultados / evolução no cliente e que consequências tem na continuidade da assistência?

10 - O que pensa acerca da satisfação do cliente com mais de 65 anos/familiares com a prestação dos cuidados?

11 - Pode fazer uma lista de palavras em que pensa quando vê uma pessoa com mais de 65 anos?

12 - Têm sugestões para melhorar a política assistencial aos idosos?

13 - Querem acrescentar algo mais?

Caso pretenda saber os resultados deste trabalho deve enviar um E-mail para a coordenadora, Prof. Doutora Maria Manuela Martins - mmartins@esenf.pt

E uma das consequências deste trabalho será a construção de um questionário para utilizar em profissionais de saúde e sociais.

Muito obrigada pela colaboração

APÊNDICE II

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS - QUESTIONÁRIO

Avaliação assistencial interdisciplinar em saúde da população idosa

PROF.ª DOUTORA MARIA MANUELA F. MARTINS (Investigadora Coordenadora); CLARA MONTEIRO (Investigadora);

Este questionário pretende obter informação para melhorar a assistência conjunta e articulada aos Idosos, no âmbito da promoção da saúde.

Para isso, necessitamos conhecer as áreas prioritárias identificadas pelos médicos, enfermeiros e assistentes sociais, no desenvolvimento da assistência aos maiores de 65 anos. Este estudo decorre no âmbito do projeto de Doutoramento da investigadora Maria Clara Monteiro, do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

O preenchimento do questionário terá uma duração aproximada de 10 minutos. Caso pretenda realizar o preenchimento em suporte eletrónico, deixo o meu endereço: claramonteir@gmail.com

Fazemos notar que todas as respostas serão de natureza confidencial e anónima. A sua participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento, sem qualquer consequência para si, mas a sua colaboração é muito valiosa para a equipa de investigação e para os cidadãos com mais de 65 anos.

Caso tenha alguma questão relativa ao seu preenchimento por favor contacte:
Maria Manuela Martins (Investigadora Coordenadora): mmartins@esenf.pt
Clara Monteiro (Investigadora): claramonteir@gmail.com

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Como preencher este questionário?

As perguntas serão respondidas, assinalando o círculo referente à sua resposta.

Características sociodemográficas

As questões que se seguem têm a finalidade de recolher os seus dados pessoais, profissionais e académicos.

1.
Sexo
Mark only one oval.

- ☐ Masculino
☐ Feminino

2.
Ano de nascimento

3.
Escolaridade (completa)
Mark only one oval.

- ☐ Bacharelato
☐ Licenciatura
☐ Mestrado
☐ Doutoramento

4. **Categoria profissional**
Mark only one oval.
- ☐ Médico
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Enfermeiro Especialista
- ☐ Assistente Social
5. **Se é enfermeiro especialista, especifique qual a sua especialidade:**
- _____
6. **Data de início da atividade profissional**
- _____
7. **Experiência profissional em Gerontologia**
Mark only one oval.
- ☐ Sim
- ☐ Não
8. **Formação contínua em Gerontologia**
Mark only one oval.
- ☐ Sim
- ☐ Não
9. **Se respondeu Não, tem interesse em obter?**
Mark only one oval.
- ☐ Sim
- ☐ Não
10. **Formação acadêmica em Gerontologia**
Mark only one oval.
- ☐ Bacharelato
- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutorado
- ☐ Pós-graduação
11. **Local de trabalho**
Mark only one oval.
- ☐ ACES
- ☐ Hospital

Avaliação

Faça uma reflexão sobre a sua prática profissional e responda às questões que se seguem.

12.

Classifique os seguintes instrumentos para a aplicação em Idosos:
Mark only one oval per row.

	nada útil	pouco útil	útil	muito útil	fundamental para a clínica
Barthel (Sequeira, 2007)	☐	☐	☐	☐	☐
Lawton & Brody (Sequeira, 2007)	☐	☐	☐	☐	☐
Mini Mental State Examination (Guerreiro et al., 1994)	☐	☐	☐	☐	☐
Braden (Margato et al., 2001)	☐	☐	☐	☐	☐
Tinetti (Petiz, E., 2002)	☐	☐	☐	☐	☐
Mini Nutricional Assessment (Nestlé, 1994)	☐	☐	☐	☐	☐
Apgar Familiar (Smilkstein, 1978)	☐	☐	☐	☐	☐
Genograma (Wright & Leahey, 2002)	☐	☐	☐	☐	☐
Ecomapa (Wright & Leahey, 2002)	☐	☐	☐	☐	☐
Perfil do estilo de vida (Nahas, 2000)	☐	☐	☐	☐	☐
Geriátrica de depressão (Veríssimo, 1988)	☐	☐	☐	☐	☐
Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) (Rodrigues, Martins & Araújo, 2011)	☐	☐	☐	☐	☐
Zarit (Sequeira, 2007)	☐	☐	☐	☐	☐
Escala de Fragilidade de Edmonton (Rolfson et al., 2006)	☐	☐	☐	☐	☐

13.

Quando inicia tratar/cuidar de um Idoso geralmente aplica as seguintes escalas:
Mark only one oval per row.

	aplica	não aplica	vê interesse em aplicar	não vê interesse em aplicar
Barthel (Sequeira, 2007)	☐	☐	☐	☐
Braden (Margato et. al, 2001)	☐	☐	☐	☐
Lawton & Brody (Sequeira, 2007)	☐	☐	☐	☐
Mini Mental State Examination (Guerreiro et al., 1994)	☐	☐	☐	☐
Tinetti (Petiz, E., 2002)	☐	☐	☐	☐
Apgar familiar (Smilkstein, 1978)	☐	☐	☐	☐
Genograma	☐	☐	☐	☐
Ecomapa	☐	☐	☐	☐
Perfil do estilo de vida (Nahas, 2000)	☐	☐	☐	☐
Geriátrica de depressão (Veríssimo, 1988)	☐	☐	☐	☐
Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) (Rodrigues, Martins & Araújo, 2011)	☐	☐	☐	☐
Zarit (Sequeira, 2007)	☐	☐	☐	☐
Escala de Fragilidade de Edmonton (Rolfson et al., 2006)	☐	☐	☐	☐

14.

Da avaliação física recolhe os dados sobre:
Mark only one oval per row.

	nunca	raramente	às vezes	quase sempre	sempre
Peso/altura	☐	☐	☐	☐	☐
Visão/audição	☐	☐	☐	☐	☐
Deglutição	☐	☐	☐	☐	☐
Tegumentos	☐	☐	☐	☐	☐
Mobilidade/exercício físico	☐	☐	☐	☐	☐
Equilíbrio/Marcha	☐	☐	☐	☐	☐
Estado de nutrição	☐	☐	☐	☐	☐
Sinais vitais	☐	☐	☐	☐	☐
Condição da situação de eliminação intestinal/vesical	☐	☐	☐	☐	☐
Avaliação da condição de execução das AVD's	☐	☐	☐	☐	☐

Trabalho em Equipa

No seu dia a dia a assistência ao idoso não é isolada pelo que gostaríamos que refletisse do trabalho em equipa.

15.

Geralmente que informação partilha com outros profissionais de saúde sobre Idosos
Mark only one oval per row.

	nunca	raramente	às vezes	quase sempre	sempre
Necessidade de visitação domiciliária	☐	☐	☐	☐	☐
Alteração da situação de doença	☐	☐	☐	☐	☐
Alteração da situação de dependência	☐	☐	☐	☐	☐
Pedido de colaboração para continuidade assistencial	☐	☐	☐	☐	☐
Medicação	☐	☐	☐	☐	☐
Adesão ao regime terapêutico	☐	☐	☐	☐	☐
Condições sociais	☐	☐	☐	☐	☐

16.

Que estratégias utiliza para partilhar a informação com outros profissionais:
Mark only one oval per row.

	sim	não	não se aplica
Contacto direto	☐	☐	☐
Por email	☐	☐	☐
Por escrito (papel)	☐	☐	☐
Por telefone	☐	☐	☐
SClínico	☐	☐	☐
Reuniões de equipa	☐	☐	☐

17.

Considere a equipa com médico, enfermeiro e assistente social. Analise a importância das seguintes atividades para o trabalho em equipa.
Mark only one oval per row.

	nada importante	pouco importante	importante	muito importante	fundamental
Avaliação do doente	☐	☐	☐	☐	☐
Consultas	☐	☐	☐	☐	☐
Visitas domiciliárias	☐	☐	☐	☐	☐
Sessões de informação em grupos	☐	☐	☐	☐	☐
Vigilâncias de saúde	☐	☐	☐	☐	☐
Formação	☐	☐	☐	☐	☐

18.

Escala de Interdependência de Tarefas [EIT] (Pueble-Palacios, 2002). Em relação às tarefas desempenhadas entre os elementos da sua equipa, escolha em que medida concorda com a ocorrência de cada facto:

Mark only one oval per row.

	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente
Meu desempenho depende de receber informações fornecidas pelos meus colegas	☐	☐	☐	☐	☐
Para obter o material e os instrumentos necessários para a realização do meu trabalho, eu dependo dos meus colegas	☐	☐	☐	☐	☐
Eu dependo de ajuda e suporte dos meus colegas para poder realizar o meu trabalho	☐	☐	☐	☐	☐
Para poder realizar o meu trabalho de maneira adequada, eu dependo dos meus colegas	☐	☐	☐	☐	☐
Meu desempenho no trabalho é profundamente afetado pelo desempenho dos meus colegas	☐	☐	☐	☐	☐

19.

Considera importante para que a sua equipa tenha uma intervenção de acordo com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004) fazer:

Mark only one oval per row.

	nada importante	pouco importante	importante	muito importante	fundamental
Formação	☐	☐	☐	☐	☐
Reuniões diárias	☐	☐	☐	☐	☐
Reuniões semanais	☐	☐	☐	☐	☐
Reuniões semestrais	☐	☐	☐	☐	☐
Atividades conjuntas	☐	☐	☐	☐	☐
Discussão de casos	☐	☐	☐	☐	☐

Intervenção

Relativamente à sua área específica de intervenção gostaríamos que identifique as prioridades no desenvolvimento da assistência aos Idosos.

20.

Como intervenção junto dos Idosos com vista à Educação para a Saúde, face às seguintes afirmações geralmente recomenda:

Mark only one oval per row.

	sim	não	nem sempre
Na orientação da alimentação diária aborda a importância da fruta e das hortaliças	☐	☐	☐
Explica a importância de evitar alimentos gordos e doces	☐	☐	☐
Orienta para a toma de 5 refeições diárias incluindo o pequeno-almoço	☐	☐	☐
Orienta para a prática de atividades físicas	☐	☐	☐
Explica a frequência de exercícios físicos que envolvam força e alongamentos	☐	☐	☐
Orienta para a realização de caminhadas em vez da utilização de meios de transporte e uso de elevador	☐	☐	☐
Orienta para o controle da tensão arterial e do colesterol	☐	☐	☐
Explica as desvantagens do uso do fumo e do álcool	☐	☐	☐
Orienta para evitar acidentes de trânsito e medidas preventivas	☐	☐	☐
Orienta para fazer tempos diários de relaxamento	☐	☐	☐
Explica a importância de não se exaltar em discussões quando é contrariado	☐	☐	☐
Explica a importância do equilíbrio entre o tempo dedicado a uma ocupação ou trabalho e o tempo dedicado ao lazer	☐	☐	☐
Explica a vantagem de ter grupos de amigos e de se relacionar com outras pessoas	☐	☐	☐
Orienta para a ocupação de tempos livres com atividades desportivas ou com outros grupos	☐	☐	☐
Motiva para a participação social na comunidade	☐	☐	☐

21.

Na sua intervenção geralmente aborda os seguintes temas:

Mark only one oval per row.

	sempre que vem à consulta	1 vez/mês	1 vez 3/3 meses	1 vez 6/6 meses	1 vez/ano	não falo neste assunto
Nutrição	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Atividade física	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Comportamento preventivo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Comportamento relacional	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Controle de stress	☐	☐	☐	☐	☐	☐

22.

Considere a sua intervenção junto dos Idosos. Foca-se na prevenção das seguintes áreas:

Mark only one oval per row.

	nunca	raramente	às vezes	quase sempre	sempre
Higiene pessoal	☐	☐	☐	☐	☐
Sono	☐	☐	☐	☐	☐
Hábitos alcoólicos	☐	☐	☐	☐	☐
Restrição de sal	☐	☐	☐	☐	☐
Restrição de açúcar	☐	☐	☐	☐	☐
Gestão terapêutica	☐	☐	☐	☐	☐
Sequelas da imobilidade	☐	☐	☐	☐	☐
Deterioração cognitiva	☐	☐	☐	☐	☐
Deterioração afetiva	☐	☐	☐	☐	☐
Isolamento social	☐	☐	☐	☐	☐
Descontinuidade de cuidados	☐	☐	☐	☐	☐
Conflitos familiares	☐	☐	☐	☐	☐
Contexto social (rede, suporte)	☐	☐	☐	☐	☐
Recursos (económicos, habitacionais, familiares)	☐	☐	☐	☐	☐
Deterioração do papel de cuidador	☐	☐	☐	☐	☐
Sobrecarga do cuidador	☐	☐	☐	☐	☐
Stress do cuidador	☐	☐	☐	☐	☐

23.

Na sua intervenção junto dos Idosos, monitoriza:

Mark only one oval per row.

	nunca	raramente	às vezes	quase sempre	sempre	não se aplica
Quedas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Regime medicamentoso	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vigilância de saúde	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Higiene pessoal	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Maus tratos	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Condição económica	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Análises clínicas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Grau de dependência física	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Episódios agudos	☐	☐	☐	☐	☐	☐

24.

Quando o Idoso tem um Prestador de Cuidados, monitoriza:

Mark only one oval per row.

	nunca	raramente	às vezes	quase sempre	sempre	não se aplica
Conhecimentos sobre a higiene pessoal	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Conhecimentos sobre a alimentação	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Conhecimentos sobre a medicação	☐	☐	☐	☐	☐	☐
As técnicas para os cuidados	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Os sinais de stress/exaustão	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Os sinais de sobrecarga	☐	☐	☐	☐	☐	☐
A satisfação	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Os sinais de violência	☐	☐	☐	☐	☐	☐

25.

Monitorizar os resultados da sua assistência através das seguintes estratégias é:
Mark only one oval per row.

	nada importante	pouco importante	importante	muito importante	fundamental
Controlo analítico	☐	☐	☐	☐	☐
Exame físico	☐	☐	☐	☐	☐
Avaliação da independência	☐	☐	☐	☐	☐
Número de consultas por agudizações	☐	☐	☐	☐	☐
Grau de satisfação dos clientes	☐	☐	☐	☐	☐
Ganhos em conhecimentos sobre educação para a saúde sobre os estilos de vida	☐	☐	☐	☐	☐
Cumprimento do plano estabelecido	☐	☐	☐	☐	☐

26.

Quando atende o Idoso relaciona a sua imagem com as seguintes afirmações:
Mark only one oval per row.

	sim	não	não tenho opinião
Sabedoria	☐	☐	☐
Carente	☐	☐	☐
Ternura	☐	☐	☐
Solidão	☐	☐	☐
Simpatia	☐	☐	☐
Tristeza	☐	☐	☐
Experiência de vida	☐	☐	☐
Vulnerabilidade	☐	☐	☐
Sensatez	☐	☐	☐
Abandono	☐	☐	☐
Acuidade auditiva diminuída	☐	☐	☐
Acuidade visula diminuída	☐	☐	☐
Dependência	☐	☐	☐
Problemas de doença	☐	☐	☐
Demência	☐	☐	☐
Sufrimento	☐	☐	☐
Limitações económicas	☐	☐	☐
Sacrifício	☐	☐	☐
Isolamento	☐	☐	☐

27.

Para o acompanhamento do Idoso geralmente segue além dos princípios profissionais orientadores, o seguinte:
Mark only one oval per row.

	sim	não	não se aplica
Um plano individualizado	☐	☐	☐
Os protocolos do serviço	☐	☐	☐
As orientações nacionais	☐	☐	☐

28. Quando desenvolve a assistência aos idosos geralmente de que assuntos fala?

29. Quais as grandes preocupações que lhe surgem na assistência aos idosos?

30. O que pensa sobre as famílias dos idosos?

Muito gratas ficamos com a sua colaboração.

Powered by
 Google Forms