

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.pt>

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/audiación; 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 domiciliaria; 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.

Descriptor: 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 hospitalar; 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 | <p>Escala Likert: nada útil, pouco útil, útil, muito útil e fundamental para a prática clínica.</p> <p>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).</p> | <p>- Sem utilidade (nada ou pouco útil)</p> <p>- Com utilidade (útil, muito útil e fundamental para a prática clínica)</p> |

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 e 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 domiciliars Vigilâncias de saúde Consultas Formação Sessões de informação em grupos | Avaliação do doente Visitas domiciliars 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

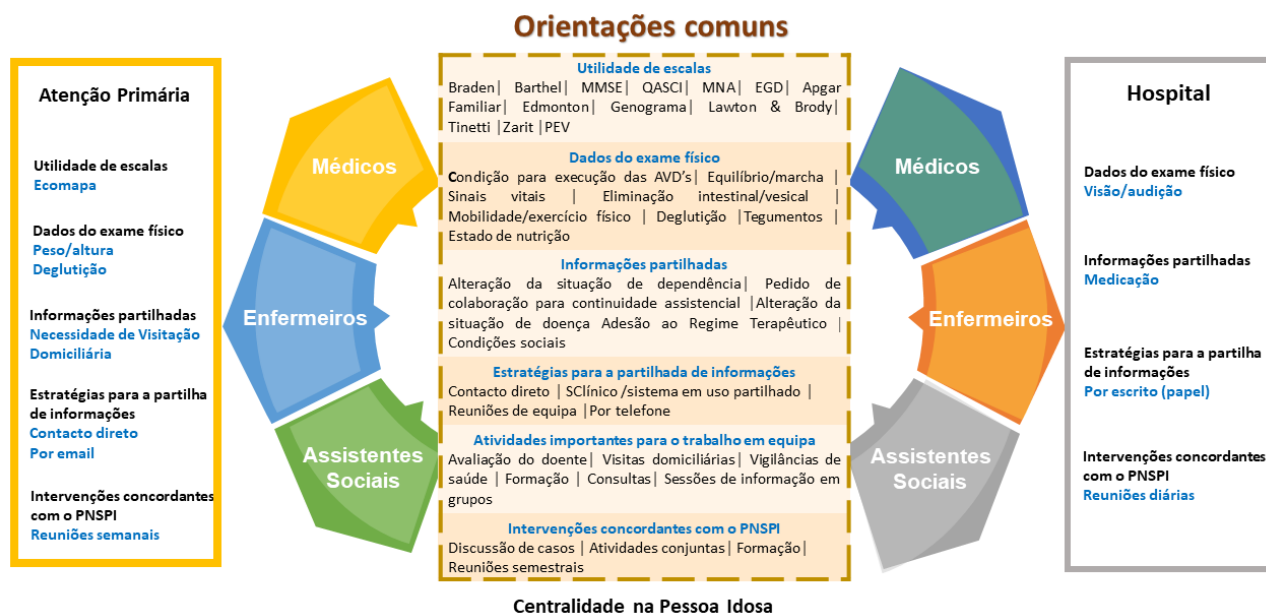


Figura 1 – Modelo de Consulta Interdisciplinar de Saúde da Pessoa Idosa – região norte. Portugal, 2018 a 2019
Fonte: Elaborada pelos autores.

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. Corroborando 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⁽²⁶⁾ 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 domiciliar 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 adequa 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/rem/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 MDT 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 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>
- 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 MI, 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/rvspmi/2312-3893/2021.08.02.23>
- Aminalroaya 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/S13688980020002153>
- Vieira CP, Gomes BC, Marinho GS, Avelino FVSD, Galiza FT. Fatores associados ao risco de quedas em pessoas idosas hospitalizados. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2022 [citado 2022 jun 16];96(38):e-021258. Disponível em: <https://revistaenfermagematerial.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-geriatrica-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>
- Glasiñovic A, Canessa J, Sancy D, Sotomayor F. Buenas prácticas en la visita domiciliaria 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. Previato 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