

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, 3^o 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 equipes multiprofissionais para equipes 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 planejamento 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 fenômeno 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 acadêmica 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 estress 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 acadêmica 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 inoportável 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/avaliacaomultiddoidoso_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