



REVISTA PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

VOL. 6, Nº 1

Artigo original reportando investigação clínica ou básica

DOI - 10.33194/rper.2023.316 | Identificador eletrónico – e316

Data de receção: 09-03-2023; Data de aceitação: 28-05-2023; Data de publicação: 19/06/2023

TRAÇADO DA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO – ORGANIZAÇÃO DE CUIDADOS PARA UM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E ATIVO

*OUTLINE FOR THE INTERVENTION OF THE REHABILITATION NURSE – ORGANIZATION OF CARE
FOR HEALTHY AND ACTIVE AGING*

*SEGUIMIENTO PARA LA INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA DE REHABILITACIÓN –
ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL PARA EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE*

Monica Vieira¹ ; Maria Manuela Martins² ; Rita Martins¹ ; Carla Fernandes³ 

1 Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

2 Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal

3 Escola Superior de Enfermagem do Porto; Porto, Portugal

Autor Correspondente: Mónica Vieira, monicavieira13@hotmail.com

Como Citar: Vieira MSM, Martins MMFP da S, Martins ARS, Fernandes CS. Traçado da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação – organização de cuidados para um envelhecimento saudável e ativo. Rev Port Enf Reab [Internet]. 19 de Junho de 2023 [citado 18 de Junho de 2023];6(1):e316. Disponível em: <https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/316>

FICHA TÉCNICA

eISSN: 2184-3023 pISSN: 2184-965X

www.rper.pt

PROPRIEDADE INTELECTUAL

Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

www.aper.pt

A equipa editorial da revista pode ser consultada em <https://rper.aper.pt/index.php/rper/about/editorialTeam>

A equipa de revisores da revista pode ser consultada em <https://rper.aper.pt/index.php/rper/revisores>



Este trabalho encontra-se publicado com a Licença Internacional Creative Commons.
Atribuição - Não Comercial - Sem Derivações 4.0. Direitos de Autor (c) 2023 Revista Portuguesa de
Enfermagem de Reabilitação

RESUMO

Introdução: O envelhecimento ativo é uma preocupação europeia que exige aos profissionais de saúde e sociais repensar as suas práticas.

Metodologia: Procuramos compreender o modelo de assistência dos idosos num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Norte de Portugal para deduzir o papel dos enfermeiros de reabilitação na comunidade. Realizamos um estudo qualitativo, do tipo fenomenológico. A amostra não probabilística intencional foi constituída por oito Médicos, oito Enfermeiros e oito Assistentes Sociais que desenvolvem a sua atividade para pessoas com mais de 65 anos num ACES. A recolha de dados foi elaborada através de uma entrevista semi-estruturada, constituindo os resultados do corpo da análise que sustenta esta pesquisa.

Resultados: 83% dos participantes não possuíam formação em gerontologia. Havia focos de avaliação da assistência, em que todos os profissionais estimavam os mesmos dados, mas havia dados necessários ao acompanhamento dos idosos que não eram avaliados por nenhum profissional. A partilha da informação para a assistência, quando ocorria, recaía nas situações de doença ou de alterações do contexto social.

Discussão: Foi possível verificar que em todas as temáticas há informação que converge nos três grupos de profissionais, principalmente nos dados colhidos na avaliação inicial. Tal como defendem alguns autores a partilha de informação e divisão do trabalho de equipa é importante para uma intervenção mais especializada e dirigida principalmente nesta faixa etária.

Conclusão: Desta forma foi possível perceber que o trabalho dos três grupos de profissionais entrevistados muitas vezes se cruza e que há necessidade de partilha de dados entre a equipa multidisciplinar, sendo valorizado e importante o trabalho especializado do Enfermeiro de Reabilitação.

DESCRITORES: Idoso; Assistência; Modelos; Reabilitação; Enfermagem; Promoção da Saúde

ABSTRACT

Introduction: Active aging is a European concern that requires health and social professionals to rethink their practices.

Methodology: We seek to understand the care model for the elderly in a Group of Health Centers (ACES) in the North of Portugal to deduce the role of rehabilitation nurses in the community. We carried out a qualitative, phenomenological study. The intentional non-probabilistic sample consisted of eight Doctors, eight Nurses and eight Social Workers who develop their activity for people over 65 years old in an ACES. Data collection was carried out through a semi-structured interview, constituting the results of the body of analysis that sustains this research.

Results: 83% of participants had no training in gerontology. There were care evaluation focuses, in which all professionals estimated the same data, but there were data necessary for monitoring the elderly that were not evaluated by any professional. The sharing of information for assistance, when it occurred, fell into situations of illness or changes in the social context.

Discussion: It was possible to verify that in all themes there is information that converges in the three groups of professionals, mainly in the data collected in the initial evaluation. As advocated by some authors, sharing information and dividing teamwork is important for a more specialized intervention aimed mainly at this age group.

Conclusion: In this way, it was possible to perceive that the work of the three groups of professionals interviewed often intersects and that there is a need for data sharing between the multidisciplinary team, with the specialized work of the Rehabilitation Nurse being valued and important.

DESCRIPTORS: Elderly; Assistance; Models; Rehabilitation; Nursing; Health Promotion

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento activo es una preocupación europea que requiere que los profesionales sociales y de la salud reconsideren sus prácticas.

Metodología: Buscamos comprender el modelo de atención a los ancianos en un Grupo de Centros de Salud (ACES) en el Norte de Portugal para deducir el papel de las enfermeras de rehabilitación en la comunidad. Realizamos un estudio cualitativo, fenomenológico. La muestra no probabilística intencional estuvo constituida por ocho Médicos, ocho Enfermeros y ocho Trabajadores Sociales que desarrollan su actividad para personas mayores de 65 años en un ACES. La recolección de datos se realizó a través de una entrevista semiestructurada, constituyendo los resultados del cuerpo de análisis que sustenta esta investigación.

Resultados: El 83% de los participantes no tenían formación en gerontología. Existían focos de evaluación del cuidado, en los que todos los profesionales estimaban los mismos datos, pero había datos necesarios para el seguimiento de los ancianos que no eran evaluados por ningún profesional. El intercambio de información para la asistencia, cuando ocurrió, cayó en situaciones de enfermedad o cambios en el contexto social.

Discusión: Fue posible verificar que en todos los temas hay informaciones que convergen en los tres grupos de profesionales, principalmente en los datos recogidos en la evaluación inicial. Como defienden algunos autores, compartir información y dividir el trabajo en equipo es importante para una intervención más especializada dirigida principalmente a este grupo de edad.

Conclusión: De esa forma, fue posible percibir que el trabajo de los tres grupos de profesionales entrevistados muchas veces se entrecruza y que existe la necesidad de compartir datos entre el equipo multidisciplinario, siendo valorado e importante el trabajo especializado de la Enfermera de Rehabilitación.

DESCRIPTORES: Ancianos; Asistencia; Modelos; Rehabilitación; Enfermería; Promoción de la Salud

INTRODUÇÃO

O crescente aumento do envelhecimento da população na nossa sociedade tem ajudado no desenvolvimento de projetos relativos à assistência dos idosos. A promoção de um envelhecimento saudável leva à necessidade de alteração nos sistemas de saúde em que os

modelos curativos baseados na doença sejam ultrapassados e se modifiquem numa prestação integrada e centrada nas necessidades dos idosos com mais de 65anos ⁽¹⁾, o que nos motivou para o presente estudo.

Apesar dos numerosos efeitos adversos de um estilo de vida sedentário e dos benefícios, ainda que modestos, do aumento da atividade física, sabe-se, hoje, que a inatividade física continua a ser uma constante entre vários grupos etários da população, sobretudo entre idosos ⁽²⁾, sendo considerado o maior fator de risco comunitário para a saúde em Portugal. Por conseguinte, a tendência crescente do envelhecimento populacional, com agravamento há algumas décadas, exige uma resposta alargada da saúde pública ⁽¹⁾.

Tendo em conta a existência de vários modelos assistenciais, pode-se valorizar que a assistência em saúde e social nesta faixa etária deve ser o mais preventiva possível e promotora de bem-estar global, sendo pertinente a avaliação e intervenção multidisciplinar nos cuidados de saúde primários na comunidade com o intuito de uma abordagem multidisciplinar centrada no idoso como um todo.

Numa perspetiva multidisciplinar de cuidados na comunidade à pessoa idosa é de denotar a importância da enfermagem de reabilitação no alicerce a conhecimentos e competências específicas que permite adotar eficazmente a perspetiva holística do cuidado, considerando a pessoa, a família e o ambiente como partes integrantes e indissociáveis dos seus processos de decisão, até porque as suas competências sustentam-se na prevenção e reabilitação particularmente da mobilidade ⁽¹⁴⁾.

Ao tomar conhecimento das orientações sobre as políticas assistenciais dos idosos, a evidência de boas práticas no atendimento desta faixa etária, da opinião dos idosos face à sua saúde e a assistência no estudo onde nos englobamos, em que 2461 pessoas com mais de 65 anos participaram e apresentaram entre outros dados que 38,5% demonstraram um estilo de vida negativo, 87% reconhecem que têm médico de família e 68% reconhece o enfermeiro de família, 25% já tiveram uma queda, 4% duas quedas e 3% três ou mais quedas e ainda que 21% consideram o seu estado de saúde mau, 36% reportam ter um acréscimo no consumo de medicamentos nos últimos 12 meses, sendo as patologias mais reportadas a diabetes e as doenças musculo esqueléticas⁽³⁾.

Mais de 1 em cada 5 pessoas tem mais de 60 anos, num número maior de países compreender o Envelhecimento Saudável em todas as políticas e em todos os níveis de governo é fundamental ⁽¹⁾. Por essa razão, acredita-se que este estudo poderá incentivar a reflexão sobre a promoção de saúde e melhoraria na qualidade de vida, de modo que a intervenção recaia neste âmbito com recurso ao trabalho em equipa interdisciplinar.

Nesse contexto, o ponto de partida do estudo realizado incidiu sobre os resultados de um estudo de investigação realizado num município do Norte de Portugal e respetivo Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) denominado “Modelos em uso na assistência aos Idosos”. Para clarificar o caminho da investigação e compreender a problemática em estudo, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: Será que os profissionais de saúde e da área social organizam a sua assistência tendo por base um modelo promotor da saúde dos mais de 65 anos, com recurso à disponibilidade das mais valias do meio e dos próprios idosos?. A resposta à questão apresentada poderá fornecer subsídios para ampliar o conhecimento acerca da interdisciplinaridade, contribuindo para melhorar a qualidade dos cuidados de

saúde aos idosos. Portanto, o presente estudo tem como objetivo compreender, com base nos discursos da equipa de saúde, o desenvolvimento da assistência aos mais de 65 anos, para se manterem saudáveis, ativos, independentes e autónomos e analisar as áreas onde os enfermeiros de reabilitação têm competências específicas para contribuírem na melhoria da assistência nesta área.

METODOLOGIA

DESENHO DO ESTUDO

O estudo foi realizado num Agrupamento de Centros de Saúde de Vila Nova de Famalicão. Por tratar-se de um serviço público de saúde, que tem por missão garantir a prestação de cuidados de saúde de proximidade à população de determinada área geográfica, é composto por diversas unidades que integram equipas multiprofissionais. É importante referir que os autores são conhecedores do contexto, dos estudos, anteriormente realizados, junto da população dos maiores de 65 anos, em que participaram 2.461 idosos, e dos resultados que daí emergiram, no que diz respeito à perceção social e de saúde. Neste estudo pretendemos orientarmo-nos pelos seguintes objetivos: compreender o modelo assistencial dos idosos no município e analisar a perceção dos profissionais sobre as condições das pessoas com mais de 65 anos. Tendo em conta os objetivos e as características do estudo enveredámos por um estudo qualitativo, de campo com base na fenomenologia.

PARTICIPANTES

A escolha dos sujeitos da pesquisa foi realizada de forma intencional. Para compreender o modelo assistencial em uso para atendimento aos maiores de 65 anos dessa área geográfica, utilizou-se como critérios de inclusão a participação de médicos e enfermeiros com maior incidência de maiores de 65 anos nas suas listas assistenciais e a participação de assistentes sociais que davam assistência a idosos há mais de um ano na sua maioria em USF modelo A e uma UCSP.

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Tendo em conta os objetivos e a natureza deste estudo, escolhemos a entrevista semiestruturada. A entrevista deste estudo é constituída por três partes, sendo a primeira o consentimento, onde é apresentada a investigadora, enquadramento do estudo no projeto, a explicação do estudo, tais como o nome, a finalidade e os objetivos deste estudo, a duração, condições de participação, e questões de confidencialidade e anonimato (assinatura do consentimento informado), a segunda referente às questões de contexto (género, idade, formação em gerontologia e profissão) e a terceira constituída por treze perguntas orientadoras da entrevista.

ANÁLISE DOS DADOS

Após a transcrição das entrevistas, foi feita uma primeira leitura de todas as entrevistas e de seguida foi feita a sua codificação, organizando quadros de referência. Os discursos produzidos pelos entrevistados foram apreciados com recurso à análise de conteúdo segundo os princípios delineados por Bardin ⁽⁴⁾. Após a transcrição das entrevistas, foi feita uma primeira leitura de todas as entrevistas e de seguida foi feita a sua codificação, organizando quadros de referência. Os resultados obtidos foram apresentados sob a forma de categorias, sub-categorias e unidades de registo.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O acesso à população fez-se a partir do ACES da região em estudo, depois de um pedido formal ao ACES (sendo que o projeto já tinha autorização para todos os estudos inerentes), à ARS e à Comissão de Ética (deste estudo em específico-Parecer nº19/2015). O pedido referia toda a informação acerca do projeto e deste estudo em específico. Antes de iniciar a entrevista propriamente dita, foi explicado o estudo e as condições de participação, sendo assinado o consentimento informado por todos os participantes. Na transcrição das entrevistas, as mesmas foram codificadas com as letras A/E/M (“Assistentes sociais” / “Enfermeiros” / “Médicos”), seguido de numeração árabe e de modo aleatório, em função dos sujeitos que as ocasionaram, garantindo assim a codificação. Foi também referido a todos os entrevistados que a participação era voluntária, e que a informação era confidencial, sendo que após a transcrição e codificação, as gravações eram eliminadas.

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A pesquisa desenvolveu-se com 24 participantes, sendo 23 mulheres e 1 homem, destacando-se o sexo feminino. A idade dos três grupos profissionais variou de 30 anos ao máximo de 60 anos, com predominância da faixa etária de 31 a 40 anos nos grupos dos assistentes sociais e dos enfermeiros e no grupo dos médicos, prevaleceu a faixa etária dos 51 a 60 anos. 20 dos profissionais não possuíam formação específica em gerontologia.

O FLASH DA ASSISTÊNCIA AOS IDOSOS NUM ACES

O processo de desenvolvimento deste trabalho inicia-se perante a proposta de realização de uma investigação incluída no *Projeto Viver bem com mais idade do contexto familiar ao apoio institucional*. Assim, após análise da literatura e evidência científica recente, surgiu a necessidade e a importância de refletir sobre esta temática e de desenvolver um estudo preliminar, que servirá de base ao desenvolvimento de *Modelo Assistencial ao Idoso*.

Do resultado da análise das entrevistas aos profissionais encontramos um flash, isto é uma visão redutora da assistência aos idosos dos profissionais na sua prática, uma vez que oferecemos o que apenas foi percebido através do olhar de cada profissional das diversas unidades das freguesias de um município do Norte do País com mais população maior de 65 anos.

Procurou-se através da análise de conteúdo das entrevistas descobrir significados e agrupar a informação obtida, a qual possibilitou identificar as temáticas. A Figura I reflete o espelho de um modelo que desenvolvido será útil para o trabalho interdisciplinar e organização dos cuidados com vista à promoção de um envelhecimento ativo, sendo apresentado por temáticas que surgiram das categorias emergentes. A partir das áreas temáticas apresentadas na seguinte Figura I serão referidas as categorias e subcategorias e respetivas unidades de registo, e discutida a informação conseguida. Assim sendo nas próximas figuras será perceptível as categorias identificadas em relação à pessoa idosa na perspetiva do profissional que norteará o trabalho da equipa multidisciplinar e as categorias relacionadas com o processo de assistência, tais como avaliação inicial, intervenção e educação para a saúde, sendo de valorizar também a necessidade de vigilância programada e os programas para os idosos definidos de acordo com as necessidades da população alvo.

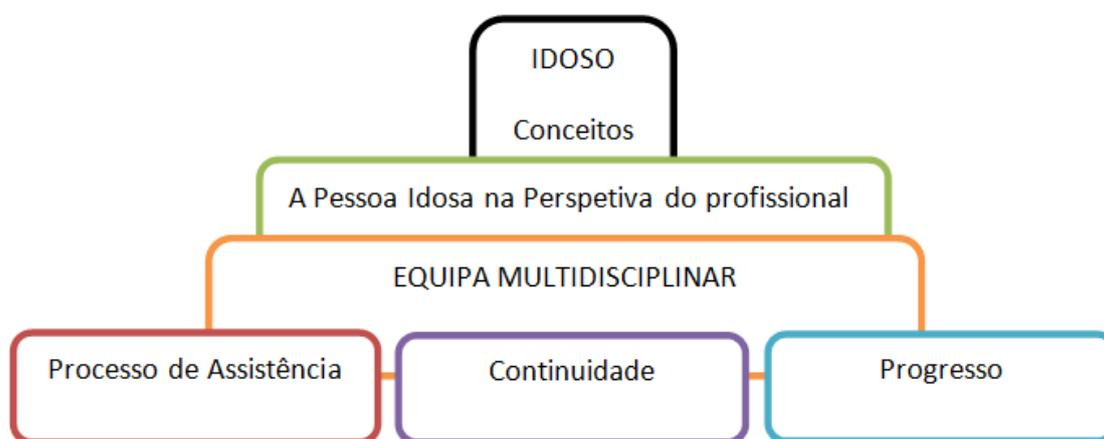


Figura I - Áreas Temáticas do Modelo Assistencial

O flash permitiu ver de forma organizada um processo assistencial a partir dos conceitos dos profissionais sobre o cliente idoso, o que nos levou a encontrar a ideia de um trabalho em que a equipa multidisciplinar é sustentada em três pilares: o processo assistencial, a continuidade e o progresso. Neste sentido vamos focar os resultados do processo de assistência.

Como forma de avaliação do pensamento dos profissionais acerca dos com mais de 65 anos, foi questionado qual o pensamento destes quando olham para os idosos. Depois de entrevistados os profissionais de saúde e sociais emergiram categorias diferenciadas como aspetos positivos e negativos e de acordo com a visão de cada grupo de profissionais representadas na Tabela I. Estas categorias evidenciam a forma como os profissionais percebem os idosos, a maior parte com aspetos positivos relacionados com a experiência de vida e vontade de se manterem ativos, no entanto e devido ao avançar da idade com fragilidade a nível de saúde, de interação e relacionamento e conseqüentemente de se manterem ativos.

Tabela I - A pessoa idosa na perspetiva dos profissionais

A Pessoa idosa na perspetiva dos profissionais		
Profissionais	Aspetos positivos	Aspetos negativos
Assistentes Sociais	Experiência de vida Pessoa ativa Perceção Relacional - Positivo Pessoa com tempo de vida Reforma	Estado de saúde Comportamentos negativos Perceção Relacional - Negativo
Enfermeiros	Experiência de vida Pessoa ativa	Estado de saúde Comportamentos negativos
Médicos	Experiência de vida Pessoa ativa Perceção Relacional - Positivo Apoios	Estado de saúde Problemas associados Perceção Relacional - Negativo

Nesse contexto e de acordo com o resumo apresentado na Tabela I, podemos constatar que envelhecer não é uma experiência positiva nem negativa... na verdade, um processo com expressão na temporalidade da pessoa, aderindo à sua história de vida, de maneira que envelhecemos como vivemos, nem melhor, nem pior. Percecionamos um equilíbrio entre a aquisição, aspeto positivo, e as perdas, consideradas muitas vezes de carácter negativo, embora a perda nem sempre represente um término; muitas vezes engendra uma aquisição.

Verificamos que havia partilha de informação entre os vários profissionais, contudo foi necessário aprofundar os significados dados por cada um dos participantes ao conceito do trabalho em equipa e como é que este trabalho emergia na prática, o que nos levou a identificar as categorias: composição da equipa multidisciplinar, emergindo as classes de profissionais, tais como Enfermeiro, Médico, Assistente Social, Educadora Social, Psicóloga, Socióloga, Administrativo e Nutricionista. Os dados identificados que seriam pertinentes serem partilhados com equipa multidisciplinar foram o Autocuidado, as Condições de saúde, Sociais, Familiares, as Condições de Risco e informações e ajudas para o desenvolvimento do trabalho de equipa. A periodicidade de contacto entre equipas obteve achados divergentes e foi notório a necessidade de articulação com outras entidades, tais como associações locais, Junta, Câmara, escolas, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), entre outras. Os Enfermeiros identificaram a importância da comunicação com a equipa.

Procurando perceber se os profissionais de saúde e sociais fazem uma avaliação inicial diferenciada para esta população, colocamos a seguinte questão: Como realizam a avaliação inicial do cliente com mais de 65 anos? Aplicam alguma escala, questionário, formulário e/ou entrevista com especificidades para estas idades?

Pela análise, pode-se concluir que todas as classes de profissionais, incluindo Assistentes Sociais, Enfermeiros e Médicos fazem a avaliação inicial do idoso tendo por base dados específicos de avaliação e instrumentos validados/escalas, emergindo estas duas categorias, sendo que os Enfermeiros valorizam também os sistemas de informação.

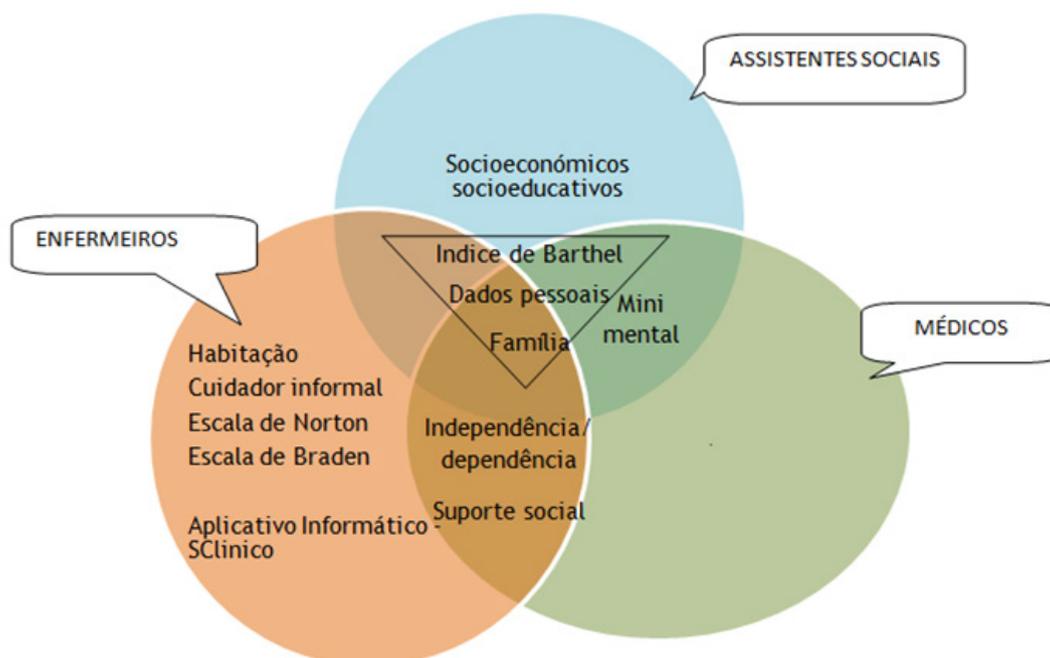


Figura II - Representação da Avaliação Inicial pelos Profissionais

Das duas categorias descritas anteriormente, emergiram subcategorias como é possível verificar na Figura II, há dados que são colhidos pelos três grupos de profissionais, tais como o Índice de Barthel, dados de carácter pessoais e referentes à família, sendo possível constatar a importância dos mesmos, e a necessidade de haver partilha de dados recolhidos para evitar duplicação de dados.

[...] aplicamos também uma escala da dependência, que é a escala de Barthel, que neste momento é mediante essa escala que nós fazemos uma vigilância mais ou menos apertada ao utente. (E2). Escala Barthel, para saber se independente ou não. (M2). [...] temos numa fase inicial na altura da candidatura, a escala de Barthel, que adotamos até para o nível de dependência que normalmente é física que essa escala dá [...]. (A4).

Apenas os Assistentes Sociais referiram os dados socioeconómicos e socioeducativos. O Mini Mental foi referido pelos Médicos e Assistentes Sociais.

[...] Sim, passamos normalmente o mini mental [...]. (A5). [...] Cognitivos. É o mini mental que nós mais usamos [...]. (M3).

Tanto os Médicos como os Enfermeiros enunciaram dados relativos à independência/dependência e suporte social.

[...] Se o doente está autónomo, se o doente não apresenta nenhum défice nem nenhuma queixa a nível motor nem cognitivo [...] se eventualmente tem algum tipo de alteração é adaptado [...]. (M3). [...] Vejo quais são os problemas do utente, levanto os focos e completo uma avaliação inicial normal, independentemente se tem mais de 65 anos [...]. (E2).

Os Enfermeiros citaram dados referentes à habitação, cuidador informal e escala de Norton e Braden, assim como o aplicativo informático SClínico.

[...] Nós cá, no serviço, trabalhamos com o SClínico em termos informáticos. Em termos

de saúde do idoso, o próprio programa já nos dá. Nós abrindo o programa de saúde do idoso a partir dos 65 é obrigatório num doente que nos chegue com mais de 65 anos, ele entra-nos logo nos autocuidados, autocuidada higiene, vestuário, transferência. Nós temos de colocar se tem algum tipo de dependência ao realizar esse tipo de autocuidado, mas trabalhamos mais nessas áreas [...]. (E6).

Visto os idosos serem a faixa etária onde há maior probabilidade de existirem declínios físicos e psicológicos, assim como problemas de memória e outras funções físicas, mentais, intelectuais e sociais, é iminente a necessidade de intervenção multiprofissional. Assim sendo foi questionado aos profissionais a abordagem e a relevância a nível de intervenção nesta faixa etária (Figura III).

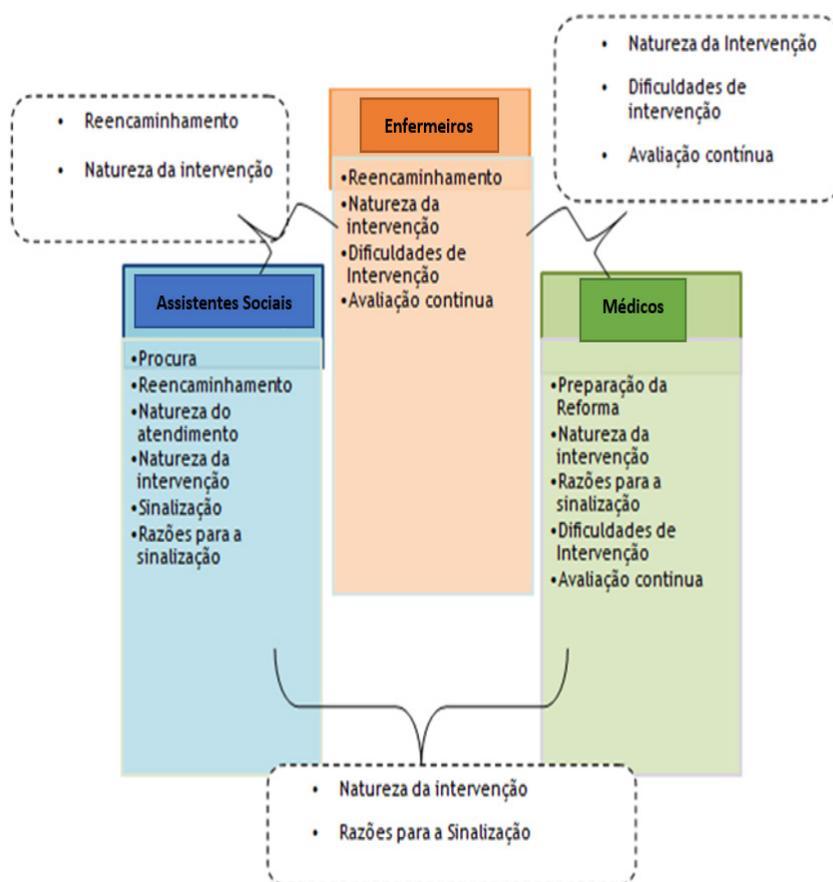


Figura III - Efetividade da intervenção nos mais de 65 anos

De acordo com a Figura III onde se realça as categorias relacionadas com a efetividade de intervenção, é possível verificar que os três profissionais focaram aspetos relacionados com a sua intervenção especificando alguma da sua área de intervenção.

[...] Não é uma população que recorra ao nosso serviço de atendimento [...]. (A1).

Foi referido por um Assistente Social que a sua intervenção não é procurada pelos idosos, uma vez que estes não recorrem por sua espontânea vontade e necessidade aos seus serviços.

Os assistentes sociais referenciaram a importância da natureza de atendimento nesta faixa etária, tais como a referenciação para lar, família de acolhimento, apoio domiciliário, centro

de convívio e centro de dia, o reporte e contacto com o centro de saúde, o preenchimento de toda a documentação de identificação e relatório social e a importância da avaliação sociofamiliar, socio económica e de saúde doença, a necessidade de verificação de dados e abertura de processo.

Os assistentes sociais referiram que a sinalização é realizada por vizinhos, familiares ou instituições, verificando-se que os Médicos e Assistentes Sociais valorizaram a categoria razões para a sinalização, tais como o abandono, a violência, a mudança de saúde familiar e a falta de retaguarda.

[...] o abandono, não só no hospital como nas próprias instituições [...]. (A7). [...] abandonados no domicílio então ativamos os serviços sociais [...]. (M8).

[...] idosa era um incomodo [...]. (A7). [...] suspeita de maus tratos, portanto violência doméstica [...]. (A5).

[...] há desentendimentos entre vizinhos[...]. (A5) [...] negligencia por parte destes familiares [...]. (A5).

[...] por variados problemas ou por saúde[...]. (A7). [...] não posso estou grávida[...]. (A7).

[...] é um casal de idosos que não tem filhos [...]. (M8).

Em relação à natureza da intervenção foi referido dados relativos ao tratamento, à visita domiciliária, à articulação entre profissionais, à identificação de fenómenos, às intervenções a nível da família, a ensinos individuais, a ensinos grupo, ao apoio económico, estratégias de mudança de comportamento/ motivação; reabilitação e preparação da reforma.

As estratégias de mudança de comportamento/motivação foram citadas pelos Enfermeiros e Assistentes Sociais.

[...] ir de encontro às expectativas que eles criam e quando há necessidade de fazer algum ajuste comportamental é feito sem que eles tomem consciência de que está a ser feito e eles acabam por mudar comportamentos sem se aperceber que estão a ser motivados para isso[...]. (A4). [...] até que conseguimos fazer uma adequação na alimentação e no exercício físico ao mesmo tempo, então vai tomar uma água, vai tomar um café, tudo bem um por dia, tudo bem não faz mal, mas não deve levar o carro, vá a pé, em vez de ir ao café... de carro [...]. (E3).

Estes profissionais referiram também a importância da Reabilitação nesta faixa etária.

[...] vêm com o diagnostico específico e para fazermos reabilitação especificamente por aquela patologia [...]. (E1). [...] algumas escalas de reabilitação [...]. (E1). [...] ele tem capacidade para se vestir [...]. ele tem capacidade de meter ele a comida à boca [...]. (E1). [...] se calhar o cuidador até o veste e ele tem capacidade para se vestir, mete-lhe a comida e ele tem capacidade de meter ele a comida à boca [...]. (E1). [...] ajudas técnicas, neste momento é o serviço de atribuição de produtos de apoio (SAPA) [...]. (A3).

Uma categoria identificada é a preparação para a reforma sendo referida por um médico.

[...] A idade da reforma é uma idade complexa, porque os nossos utentes não sei se têm essa formação, mas o nível educacional e de formação é muito baixa e não estão habituados a nada disso ... ser pensadas, mas deviam ser feitas a partir do momento que o utente passa a ter o tempo todo para ele e deixa de decidir o que vai fazer com o tempo [...]. (M6).

Os Enfermeiros e Assistentes Sociais especificaram que o reencaminhamento maior parte das vezes é realizado para respostas sociais e cuidados continuados na comunidade, sendo que em situações de violência é encaminhado para centro regional e ministério público com consentimento da pessoa.

Apenas os Enfermeiros e Médicos referiram dificuldades de intervenção, devido ao número elevado de doentes, necessidade de cumprir indicadores, às dificuldades de colheita de informação clínica e devido aos fatores económicos. Valorizaram também a avaliação contínua da sua intervenção para a melhoria da mesma, referindo a evolução da dependência e demência.

Apesar de não haver consenso, é perceptível que a vigilância (em centro de saúde ou em domicílio) é mais restrita e menos espaçada em doentes crónicos, com diagnóstico de hipertensão, diabetes ou outra doença crónica.

Outra categoria referida foi a educação para a saúde, sendo que a atuação junto ao idoso deve estar centrada na educação para a saúde, no cuidar tendo como base o conhecimento do processo de senescência e senilidade e no retorno da capacidade funcional para a realização das suas atividades, com objetivo de atender às suas necessidades básicas e alcançar sua independência e felicidade. Assim sendo obtemos temáticas direcionadas apresentadas em subcategorias (Figura IV).



Figura IV - Educação para a saúde

De acordo com esta Figura IV, é possível constatar que a necessidade de educação para a saúde sobre doença crónica foi referida pelos três grupos de profissionais, já as questões de alimentação e de exercício físico foram enumeradas apenas pelos Enfermeiros e Médicos.

[...] Ao incentivar a prática de atividades físicas, [...] sessão de exercícios ativos [...] o exercício ativo nos idosos e no facto de serem idosos eles manterem-se o mais ativos[...]. (E1). [...] exercício. (E2).

Assim como as ações de educação em saúde, onde se promove a interação do idoso com outras pessoas e estimulam-se as atividades mentais através da sua participação ativa.

A promoção de práticas ligadas à saúde, tais como prevenção primária de doenças, a gestão adequada de problemas de saúde assim como promoção de comportamentos de segurança, tal como a prevenção de quedas [...] *caminharem quando podem, cuidados com marcha, o que devem evitar, evitar as quedas, tirar aqueles elementos que sobejam em casa ou que podem precipitar uma queda [...]. (M2)*, são importantes para a promoção do envelhecimento saudável e consequentemente ativo; é também importante a adoção de estilo de vida saudáveis.

A adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde são importantes em todos os estágios da vida. Um dos mitos do envelhecimento é que é tarde demais para se adotar esses estilos nos últimos anos de vida. Pelo contrário, o envolvimento em atividades físicas adequadas, [...] *alimentação saudável, cuidados com [...] alimentação [...]. (E2), [...] conselhos de alimentação [...]. (M6), [...] restrições de sal [...]. (M3), [...] a abstinência do fumo e do álcool, modificação de hábitos alcoólicos [...]. (M3)*, e fazer uso de medicamentos sabiamente podem prevenir doenças e o declínio funcional, aumentar a longevidade e a qualidade de vida do indivíduo

Posto isto foi questionado sobre programas para o idoso dentro da população alvo, emergindo as categorias relacionadas com a promoção do bem estar, segurança e bem estar. Os Assistentes Sociais referiram o passe sénior, o desporto sénior gratuito, [...] *o desporto sénior, têm natação e têm o desporto gratuito [...], (A4)* e o acompanhamento de proximidade ao idoso, [...] *agente da policia [...] desenvolve aquele programa de proximidade ao idoso e que nos deslocamos [...] quando existem suspeitas em que o idoso está em risco ou na eminência de [...] e nos deslocamos para ver como estão os idosos e se precisam de apoio, se existem colaterais disponíveis ou se os colaterais estão afastados e que não se importam com os idosos [...]. (A7)*.

Os Enfermeiros referiram um projeto referente ao aconselhamento da vacinação, [...] *PAI, que era um projeto que nós tínhamos [...], todos os idosos, todas as pessoas com mais de 65 anos nós estávamos a aconselhar e a vacinar com a vacina da pneumonia (pneumo 23) [...]. (E2)*, o acompanhamento de proximidade ao idoso, [...] *devemos ter mais apoio nesse sentido e não no sentido de ... institucionalizar [...] Se tivessem um apoio, e também a polícia de proximidade [...]. (E3)* e os rastreios de saúde onde convidam toda a população e ainda denotaram parcerias com a junta.

Para resumir o referido nos discursos é perceptível verificar que esta temática é bastante redutora, sendo pertinente entender que nesta faixa etária os programas são deveras pertinentes, uma vez que muitas vezes ocorre transição a vários níveis e todo o processo se deve ao acompanhamento específico e especializado, sendo que muitas vezes está em causa a autonomia e independência das pessoas idosas, a promoção de ambientes facilitadores, tendo em conta o impacto destas estratégias nos principais determinantes do envelhecimento ativo de cada cidadão.

No que diz respeito aos objetivos deste estudo, mais precisamente ao modelo assistencial disponível para os idosos no município estudado no Norte do país segue-se a seguinte Figura V.

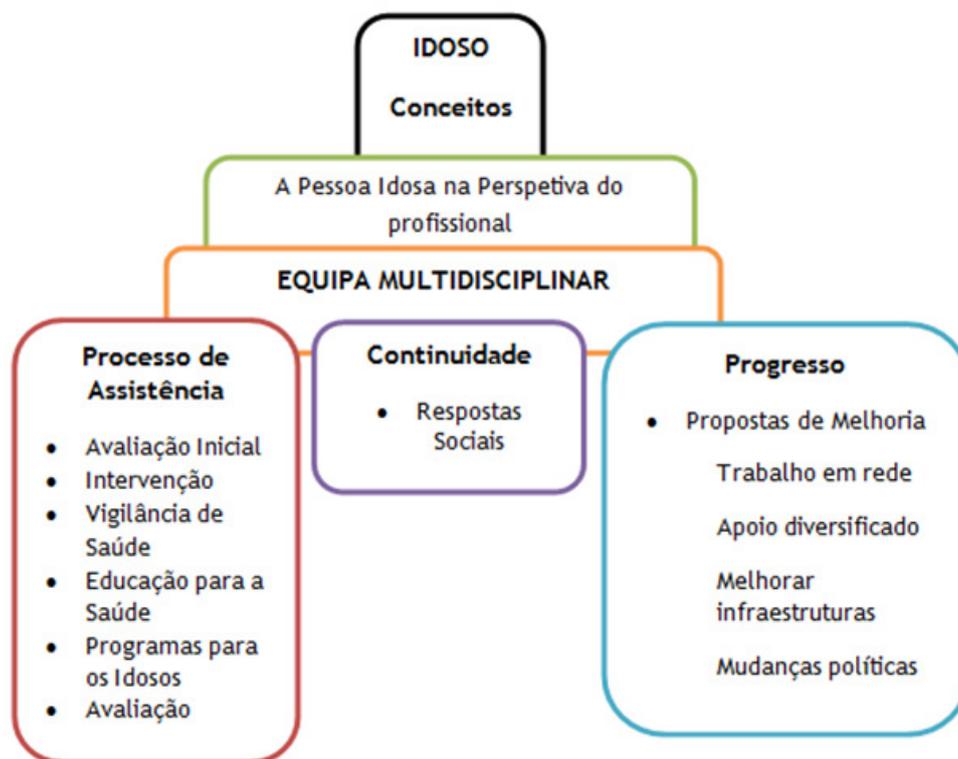


Figura V - Modelo de assistência

Os resultados estudados em relação à avaliação do processo de assistência, à continuidade de cuidados e ao progresso serão apresentados futuramente, como forma de melhoria e desenvolvimento do modelo apresentado.

Por ultimo refletindo sobre as atividades cujos Enfermeiros de Reabilitação (ER) poderiam ser uma mais valia, importa salientar que nos discursos dos participantes surge áreas contextualizadas nas competências especificamente: *Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa* ⁽⁵⁾, onde os participantes referem: [...] *Ao incentivar a prática de atividades físicas, [...] sessão de exercícios ativos [...] o exercício ativo nos idosos e no facto de serem idosos eles manterem-se o mais ativos [...]*. (E1); [...] *exercício*. (E2), áreas que exigem conhecimentos que são detidos particularmente por estes enfermeiros especializados. Assim como *capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania* ⁽⁵⁾, sendo referidos pelos participantes que nesta faixa etária são [...] *indivíduos tristes [...]*. (M5), que [...] *sentem “eu não sou útil e onde me vou encaixar” [...]*. (E3), com [...] *dificuldades de mobilidade [...]*. (M2) e [...] *dependentes [...]*. (E2), pelo que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação contribuirá para que os estes em [...] *casa sejam autónomos [...]*. (A3). *Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados* ⁽⁵⁾, que é outra das competências do ER, pelo que nesta faixa etária há alteração a vários níveis [...] *orientação [...]*. (M2) [...] *estado memória [...]*. (M2) e [...] *questões de maus-tratos [...]*. (A8) [...] *abandono, um doente que esteja com maus cuidados [...]*. (E4), sendo uma mais-valia o cuidado especializado.

DISCUSSÃO

Em relação à categoria estado de saúde (tabela I) e de acordo com o autor, a primeira ideia que vem à cabeça quando perguntamos a alguém sobre o que é ser idoso é uma ténue referência a aspetos como doenças, fragilidade, invalidez e, principalmente, perda de memória, sendo perceptível o preconceito com a velhice mesmo quando alguém diz que o outro está a ficar velho pelo fato de não conseguir se lembrar, por exemplo, de onde deixou a chave do carro. Por outro ângulo, quando os primeiros fios de cabelo branco começarem a emergir nas nossas cabeças, certamente, iremos pensar sempre que está a ficar mais velho⁽⁶⁾.

Outras categorias referidas é pessoa com experiência de vida (tabela I), pessoa ativa e pessoa com tempo de vida, sendo que devido a todas as dificuldades de enfrentar a realidade social, muitos idosos negam a própria existência e a própria idade, para que possam ser novamente aceites nos grupos mais jovens. Tal comportamento resume-se ao não conseguir enfrentar a velhice. Manter-se jovem e ativo é o desejo de todos aqueles que estão envelhecendo, porém é necessário ter consciência da idade, aceitando-a, transmitindo a sua experiência de vida e vivendo plenamente. Partindo do referido nos capítulos anteriores é notório que os comportamentos negativos desta faixa etária sejam frequentes, para muitos idosos, a realidade de exclusão acentuou-se mais na velhice. Estas condições trazem repercussões ainda piores, ao pensar-se que na fase que estes acreditavam alcançar a dignidade e respeito, tornam-se vítimas de um sistema opressor e que exclui⁽⁷⁾.

Em relação à categoria composição da equipa multidisciplinar, foi possível verificar que os profissionais referiram o Médico, Assistente Social, Educadora Social, Psicóloga, Socióloga, Nutricionista e Administrativo. Foram também valorizados dados que na perspetiva dos profissionais devem ser partilhados dentro da equipa multidisciplinar, tais como o autocuidado, condições de saúde, condições sociais, condições familiares, desenvolvimento do trabalho em equipa e as condições de risco. A complexidade dos cuidados em saúde atuais exige que “[...] o trabalho em equipa seja sistematicamente referido como um fator humano fundamental para a qualidade do cuidado prestado nas instituições de saúde”^(8:53). O seu propósito é evitar o pensamento fragmentado e promover o cuidado integrado. Poderá descrever-se por um conjunto bem organizado de serviços e processos de assistência voltado para as necessidades multidimensionais dos idosos, que concede ao desempenho articulado da equipa multiprofissional melhores resultados do que os desempenhos individuais⁽⁹⁾. Assim sendo, verifica-se que a mudança para a assistência integral exige a reestruturação ao nível dos serviços, bem como a reformulação do trabalho desenvolvido pelas equipas de saúde com enfoque na colaboração interdisciplinar. Importa considerar também que o trabalho em equipa e a comunicação estão intimamente ligados à segurança dos cuidados dos doentes⁽¹⁰⁾.

A avaliação inicial foi uma temática identificada pelos profissionais, tendo sido valorizados dados específicos a avaliar, tais como os dados pessoais, família, fator socioeconómico, socioeducativo, suporte social, independência/dependência, habitação e cuidador informar e também as escalas de avaliação da atividade e de capacidade mental.

Estudos nacionais e internacionais⁽¹¹⁻¹²⁾ evidenciam importância da eficácia de uma avaliação holística e multidimensional do idoso, relevando a avaliação clínica, física, mental, funcional, social, nutricional, entre outras, com o recurso de vários instrumentos. “Todas as evidências

sugerem que beneficia tanto os indivíduos saudáveis quanto aqueles com deficiências significativas e múltiplas comorbidades”^(12:7). Essa avaliação revela também uma mudança de paradigma, uma vez que atualmente não é considerada para pessoas saudáveis e está ainda muito dirigida para identificar problemas médicos, mentais e funcionais de idosos com fragilidade⁽¹¹⁾. Outros estudos destacam incidir na avaliação do idoso com alterações cognitivas significativas, para além da morbilidade e da funcionalidade⁽¹¹⁾. Esta avaliação multidimensional realizada por uma equipa constituída por médico, enfermeiro e assistente social, entre outros, os Cuidados de Saúde Primários constituem locais privilegiados para uma assistência interdisciplinar aos idosos e promotora de saúde.

A avaliação corresponde à primeira etapa do Processo de Enfermagem, que se revela de extrema importância para a identificação de necessidades em cuidados de enfermagem. O índice de Barthel é o instrumento o mais comumente usado para avaliar se o idoso é capaz de desempenhar determinadas atividades de modo independente, compreendendo dez atividades básicas da vida diária: comer, uso de sanitário, higiene pessoal, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Ainda centrados nos aspetos físicos, os enfermeiros aplicam a escala de Norton ou de Braden na avaliação da saúde dos idosos. Os referidos instrumentos são frequentemente utilizados na prática profissional desses Enfermeiros, uma vez que a lesão por pressão é um foco de atenção altamente sensível aos cuidados de enfermagem. No entanto, admite-se que esta prática não se encontra sistematizada em todas as instituições de saúde⁽¹³⁾.

Outra temática que foi relatada pelos profissionais foi a intervenção dos três profissionais envolvidos, tendo sido identificadas as categorias procura, natureza do atendimento, natureza da intervenção, reencaminhamento, razões de sinalização, dificuldades de intervenção e avaliação contínua. Na natureza de intervenção foi evidenciado a importância da reabilitação.

A Reabilitação, enquanto processo educativo, tem de ser dinâmica, contínua e progressiva, e deve ter como objetivos a recuperação funcional da pessoa, a sua reintegração na família e na comunidade. A mesma autora refere que a reabilitação tem como objetivo melhorar ou substituir a função e limitar o impacto da incapacidade. A Enfermagem de Reabilitação, é um processo criativo que se inicia nos cuidados de prevenção primária, no primeiro estadio da doença ou acidente (prevenção secundária) e continua na fase de recuperação, implicando uma adaptação de todo o ser a uma nova vida (prevenção terciária)⁽¹⁴⁾. Segundo a mesma autora, a enfermagem de reabilitação segue os seguintes pressupostos, dirigidos à pessoa cuidada: “definir objetivos para níveis máximos de interdependência funcional e atividades de vida diária; promover o autocuidado, prevenir complicações e posterior deficiência; reforçar comportamentos de adaptação positiva; assegurar a acessibilidade e a continuidade de serviços e cuidados; advogar uma qualidade de vida ótima; melhorar os resultados esperados; contribuir para reformas no carácter, estrutura e prestação de cuidados nos serviços de saúde”^(14:3).

Das novas demandas sociais na prestação de serviços de saúde, destaca-se a assistência de saúde integral ao idoso, a qual deve englobar modificações biopsicossociais próprias do envelhecimento, como forma de potenciar a capacidade funcional e qualidade de vida. Neste contexto, outra categoria referida foi a educação para a saúde, sendo a promoção da

saúde fundamental para o envelhecimento ativo, com o objetivo de minimizar o risco de fragilidade e vulnerabilidade, através da participação, controle social e ações integradas e ampliadas frente à multidimensionalidade do idoso⁽¹⁵⁾.

Dentre as ações utilizadas para promoção da saúde destacam-se as intervenções educativas, que poderão ser facilitadoras do processo de adesão ao tratamento e reabilitação, bem como promover atitudes positivas. Desta forma facilita-se a compreensão, melhorando a educação formal e propiciando a construção de novos espaços de saber, seja interno ou externo ao âmbito assistencial por meio das relações educativas e dialógicas. Estas por sua vez transformam a prática dos profissionais que passam a ver a pessoa e sua relação com o mundo e não apenas com o envelhecimento⁽¹⁶⁾.

Foram também identificados programas de promoção de bem-estar, segurança e saúde que poderiam ter um grande contributo se na equipa integrasse um enfermeiro de reabilitação. Com o crescente aumento de uma população envelhecida, tem-se notado uma maior preocupação com a implementação de programas de atividade física, com o objetivo de alertar a sociedade para a importância do envolvimento social e para a necessidade da criação de hábitos de vida saudáveis, como prática regular de atividade física⁽¹⁷⁾. No entanto, sabe-se que a maioria dos idosos não tem ou tem muito pouco conhecimento, quanto aos benefícios da atividade física no processo de envelhecimento, e de como podem ser ativos regularmente⁽¹⁸⁾.

Depois da análise do modelo assistencial aos idosos é passível de referir a pertinência e necessidade da enfermagem de reabilitação nos cuidados de saúde primários em específico nas unidades de saúde familiares (USF), onde foi realizado este estudo, devido a todas as exigências relatadas pelos profissionais e com vista a um envelhecimento ativo, com base na promoção da saúde e prevenção de doença.

CONCLUSÃO

O modelo assistencial para os mais de 65 anos existente no ACES de um concelho do Norte do país abrange fatores relacionados com a tentativa de estratégias predisponentes a uma prática de cuidados que tenha o envelhecimento ativo como foco principal.

O modelo assistencial a que chegamos tem por base o idoso e a perspetiva dos profissionais de todo o processo de assistência, sendo valorizado a necessidade de avaliação e intervenção multidisciplinar, com partilha de informação, além da educação para a saúde e os programas para os idosos.

Os profissionais têm em conta as condições e o meio envolvente dos idosos, sendo de valorizar a promoção de um comportamento dirigido para o envelhecimento ativo, contudo não demonstraram articulação entre os grupos profissionais.

Por último, foi também notória a necessidade de enfermagem de reabilitação na equipa multidisciplinar, por todas as necessidades e exigências dos idosos e tendo em conta a reflexão das competências do enfermeiro de reabilitação na área gerontológica.

Emergiu dos discursos algumas falhas na partilha de informação, uma vez que se verifica que tanto na avaliação inicial como no processo de intervenção há repetição de dados que podiam ser mais especificamente colhidos e trabalhados por profissionais se houvesse uma

maior e melhor partilha entre a equipa multidisciplinar.

A avaliação multidisciplinar nesta faixa etária foca principalmente fatores relacionados com as capacidades motoras, cognitivas e de apoio social, porém é notória que a avaliação da dependência deve ser focalizada mais pormenorizadamente naquela pessoa e que uma avaliação especializada principalmente na melhoria do bem-estar numa fase inicial com o intuito de partilhar com a equipa um plano específico para cada utente era uma mais-valia num modelo assistencial aos mais de 65 anos.

Na nossa perspetiva este estudo apresenta uma limitação no que se refere à amostra, uma vez que para um estudo qualitativo a amostra é grande e abrange diferentes classes de profissionais, sendo por vezes difícil a análise de alguns resultados obtidos. A confrontação com a complexidade de informação, a sua organização e esquematização, foi sem dúvida a fase mais delicada, de certo modo geradora de ansiedade, incluindo pelo estado de alerta contínuo que a fase exigia, atendendo à necessidade de promover o rigor preconizado, contudo gradativamente superadas. Gostaríamos de sugerir um estudo quantitativo para validação do modelo em uso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde [Internet]. Genebra; 2015 [cited 2023 Feb 10]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?ua=1
- 2 Escalante Y. Actividad física, ejercicio físico y condición física en el ámbito de la Salud Pública. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2011 [cited 2023 Feb 10];85(4):325-8. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000400001
- 3 Martins MM, Martinho J, Nogueira N, Araújo F, Marques P, Santos R. Viver bem com mais idade do contexto familiar ao apoio institucional. Relatório. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto; 2018.
- 4 Bardin L. Análise de conteúdo. 5a ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
- 5 Ordem dos Enfermeiros. Regulamento 125/2011. Regulamento das competências específicas do enfermeiro de reabilitação. 2011.
- 6 Castro SFF de, Barros Júnior FO. Atenção à Saúde do Idoso: o pensar e o fazer Políticas Públicas. Revista Kairós Gerontologia, 19 (Número Especial 22, “Envelhecimento e Velhice”), 2016. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP, p. 270-294.
- 7 Scortegana PA, Oliveira RCS. Idoso: um novo ator social. Seminário de pesquisa em educação da região do Sul; 2012.
- 8 Santos MC, Grilo AM, Andrade G, Guimarães T, Gomes A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. Rev Portuguesa Saude Pub [Internet]. 2010 [cited 2023 Feb 10];(10):47-57. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.21/3120> .
- 9 Boeckxstaens P, De Graaf P. Primary care and care for older persons: position paper of the European Forum for Primary Care. Qual Prim Care [Internet]. 2011 [cited 2023 Feb 10];19(6):369-89. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22340900/> .
- 10 Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020 [Internet]. Lisboa (PT); 2015 maio [cited 2023 Feb 19]. Available from: <https://drive.google.com/drive/folders/1eozNFyshkj7xOnuBZfL0aKMtVTvwNKGT?usp=sharing> .
- 11 Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database Syst Rev. 2017;9(9):CD006211. DOI: 10.1002/14651858.CD006211.pub3 .

- 12 López MVG, Bastante MM, Torres LM, Cantero ADP. Cuidados básicos para la edad avanzada. Spain: Grupoparadigma. Serie Cuidados Básicos, Geriatria, Gerontologia y enfermería geriátrica. Editorial DAE; 2015.
- 13 Portugal. Serviço Nacional de Saúde. Direção Geral da Saúde. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 [Internet]. Lisboa (PT); 2015 [cited 2023 Feb 19]. Available from: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/segurancados-doentes/plano-nacional-para-a-segurancados-doentes-2015-2020.aspx>.
- 14 Hoeman SP. Enfermagem de Reabilitação Prevenção, intervenção e resultados esperados. Lusodidacta, 2011. ISBN: 9789898075314.
- 15 Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Educação Popular em Saúde [Internet]. Brasília (DF); Ministério da Saúde; 2014 [cited 2023 Feb 19]. Available from: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf.
- 16 Patrocínio WP, Pereira BP. Efeitos da educação em saúde sobre atitudes de idosos e sua contribuição para a educação gerontológica. Trab Educ Saúde. 2013;11(2):375-94.
- 17 Costa M, Rocha L, Oliveira S. Educação em saúde: estratégia de promoção da qualidade de vida na terceira idade. Revista Lusófona de Educação. 2012; 22: 123-140.
- 18 Silva SR, Marques FD, Seiro DI, Parreiral S, Tavares J, Atalaia L, Raposo D. Sentimento de comunidade e bem-estar em contexto institucional: percepção das pessoas idosas. Exedra Revista científica ESEC; 2016.

DIVULGAÇÕES ÉTICAS

Contribuição do(s) autor(es):

Concetualização: M. S. M. V.

Curadoria dos dados: M. S. M. V.

Análise formal: M. S. M. V.

Investigação M. S. M. V.

Metodologia: M. S. M. V.

Administração do projeto: M. S. M. V.; M. M. M.

Recursos: M. S. M. V.; M. M. M.

Supervisão: M. S. M. V.

Validação: M. S. M. V.; M. M. M.

Visualização: M. S. M. V.

Redação do rascunho original: M. S. M. V.

Redação - revisão e edição: M. S. M. V.; A. R. M.; C. S. F.; M. M. M.

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

Financiamento: Este trabalho não recebeu nenhuma contribuição financeira ou bolsa.

Comissão de Ética: Estudo autorizado pela Comissão de Ética da ARS Norte (Parecer nr. 19/2015),

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

Conflitos de interesse: Os autores não declaram nenhum conflito de interesses.

Proveniência e revisão por pares: Não comissionado; revisto externamente por pares.