

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

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

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

Maria Clara Duarte Monteiro^I

ORCID: 0000-0001-8882-5389

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins^I

ORCID: 0000-0003-1527-9940

Soraia Dornelles Schoeller^{II}

ORCID: 0000-0002-2822-4407

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

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

Como citar este artigo:

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

Autor Correspondente:

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



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa

EDITOR ASSOCIADO: Fátima Helena Espírito Santo

Submissão: 31-12-2020

Aprovação: 02-04-2021

RESUMO

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

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

ABSTRACT

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

Descriptors: Health Personnel; Health Level; Patient Care Team; Elderly; Nursing.

RESUMEN

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

INTRODUÇÃO

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

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

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

As políticas de saúde do idoso nacionais e internacionais enfatizam a necessidade de implementação de intervenções centradas na promoção da autonomia individual, adotando medidas de prevenção com foco no envelhecimento ativo e saudável^(3,5-7). Porém, a literatura evidencia discrepâncias no modelo assistencial em uso pelos profissionais de saúde, verificando-se o desencontro entre as expectativas e a prestação dos cuidados^(5,8-9) ainda muito centrada no modelo biomédico, com foco na identificação e tratamento de doenças agudas. Há dificuldades na adequação das consultas à população idosa, e estas não diferem das consultas dirigidas a adultos de meia-idade⁽¹¹⁾. A coleta de dados não é satisfatória para uma análise detalhada da sua condição de saúde⁽¹⁰⁾, comprometendo o planejamento das intervenções. É, portanto, reconhecida a necessidade de modificar a abordagem na assistência à saúde dessa população.

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

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

Para isso, é necessário um processo de diagnóstico precoce, terapêutico e de orientação de serviços de apoio⁽¹⁾, que permita detectar necessidades não expressas e problemas de saúde não percebidos, pois se por um lado as pessoas idosas tendem a ocultar queixas importantes, por outro os próprios profissionais tendem a desvalorizá-las, associando-as ao processo natural de envelhecimento. Não obstante, é preciso que os profissionais entendam a lógica desse processo, atuem com vistas à interdisciplinaridade e superação da fragmentação da assistência, alcançando assim o cuidado integral e a qualidade assistencial desejada⁽¹²⁾. Importa compreender que a responsabilidade pela promoção da saúde envolve todos os setores, e não só o da saúde, havendo necessidade de reforçar a articulação dos serviços de saúde com os serviços sociais⁽⁵⁾ visando à obtenção de ganhos em saúde e qualidade de vida.

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

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

OBJETIVOS

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

MÉTODOS

Aspectos éticos

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

Desenho

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

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

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

População e amostra

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

Critérios de inclusão e exclusão

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

Protocolo do estudo

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

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

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

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

Análise dos resultados e estatística

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

RESULTADOS

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

Tabela 1 – Caracterização da amostra

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

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

Utilidade dos instrumentos para aplicação em idosos

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

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

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

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

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

Continua

Continuação da Tabela 2

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

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

Instrumentos em uso nos idosos

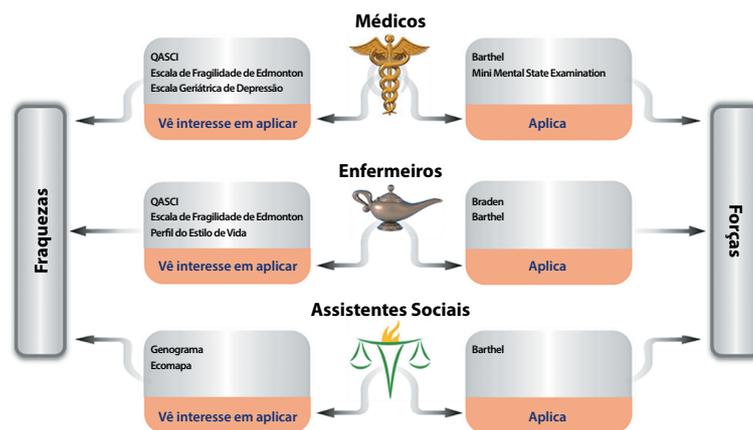
Os profissionais referem aplicar com mais frequência o Barthel (68,9%) e o Braden (59,5%). Por categoria profissional, os instrumentos mais utilizados na prática pelos médicos são o Barthel (65,6%) e o MEEM (60,3%); pelos enfermeiros, o Braden (77,1%) e o Barthel (75%); e pelos assistentes sociais, o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

Instrumentos de interesse para aplicar em idosos

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

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

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



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

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

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

Dados sobre a avaliação física dos idosos

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

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

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

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

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

Apesar de a maioria da amostra (64,5%) possuir experiência profissional em gerontologia, apenas 16,4% referem ter formação contínua nessa área. Existe evidência de diferenças entre os processos de trabalho das profissões da área médica (com foco nas especializações) e o Serviço Social com formação generalista⁽¹⁴⁾. Contudo, a natureza do trabalho com idosos exige que o profissional procure uma constante atualização. No que concerne à formação académica em gerontologia, quase metade (48,1%) é licenciada nessa área, sendo o grupo profissional dos enfermeiros aquele que detém o valor mais elevado (53,3%), enquanto, no âmbito do mestrado (29,4%) e de pós-graduação (29,4%), são os médicos que se destacam.

Não obstante as diferenças entre os profissionais, as suas opções são consensuais relativamente à utilidade de instrumentos para aplicação em idosos, evidenciando-se o Barthel, para avaliação das AVDs; o Braden, para avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera por pressão; e o MEEM, para avaliação cognitiva. Pesquisas apontam que, entre os instrumentos mais utilizados nos vários programas integrados de atendimento aos idosos, evidenciam-se o EASYcare (*Elderly Assessment System*), o RAI-HC (*Resident Assessment Instrument - Home Care*)/RAI-CHA (*Community Health Assessment*) e o GRACE (*Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders*)⁽¹⁵⁾. A discordância dos achados com a literatura

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

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

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

DISCUSSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Limitações do estudo

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

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

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

CONCLUSÕES

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

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

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

REFERÊNCIAS

1. Balsinha MC, Gonçalves-Pereira M. A avaliação do paciente idoso em Medicina Geral e Familiar: desafios e oportunidades. *Rev Port Med Geral Fam.* 2014;30:196-201. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v30i3.11364>
2. Moraes EN, Pereira AMVB, Azevedo RS, Moraes FL. Avaliação multidimensional do Idoso/SAS. [Internet]. 2018[cited 2019 Oct 5]. 113p. Available from: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/avaliacaomultidoidoso_2018_atualiz.pdf
3. Direção-Geral da Saúde (PT). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas [Internet]. Portugal. 2006 [cited 2019 Jul 19]. Available from: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dgcg-de-02072004.aspx>
4. Vieira M. Modelos em uso na assistência a Idosos: traçado para a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação[Dissertação] [Internet]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2018[cited 2019 Oct 5]. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.26/25779>
5. Direção-Geral da Saúde (PT). Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020 [Internet]. Portugal. 2015 [cited 2018 Jul 19]. Available from: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>
6. World Health Organization (WHO). Global strategy and action plan on ageing and health. [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 23]. 56 p. Available from: <https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>
7. Direção-Geral da Saúde (PT). Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025[Internet]. Portugal. 2017 [cited 2018 Nov 12]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
8. Eloranta S, Arve S, Routasalo P. Multiprofessional collaboration promoting home care clients' personal resources: perspectives of older clients. *Int J Older People Nurs.* 2008;3(2):88-95. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2007.00105.x>
9. Young HM, Siegel EO, McCormick WC, Fulmer T, Harootyan LK, Dorr DA. Interdisciplinary collaboration in geriatrics: advancing health for older adults. *Nurs Outlook.* 2011;59(4):243-50. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2011.05.006>
10. Medeiros PA, Fortunato AR, Viscardi AA, Sperandio FF, Mazo GZ. Instrumentos desenvolvidos para o gerenciamento e cuidado de idosos em instituições de longa permanência: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016; 21(11):3597-610. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.09912015>

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