

Dificuldades de comunicação da equipe multidisciplinar com idosos fragilizados: revisão integrativa

Communication difficulties of the multidisciplinary team with frail elderly: integrative review

Dificultades de comunicación del equipo multidisciplinar con ancianos frágiles: revisión integradora

Recebido: 26/08/2020 | Revisado: 03/09/2020 | Aceito: 07/09/2020 | Publicado: 08/09/2020

Natalia Cassol Bolzan

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3717-0818>

Universidade Franciscana, Brasil

E-mail: natalia_cassol@hotmail.com

Cláudia Zamberlan

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4664-0666>

Universidade Franciscana, Brasil

E-mail: claudiaz@ufn.edu.br

Maria Helena Gehlen

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3232-255X>

Universidade Franciscana, Brasil

E-mail: gehlenmh@gmail.com

Naiana Oliveira dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5439-2607>

Universidade Franciscana, Brasil

E-mail: naiana.santos@ufn.edu.br

Resumo

Objetivo: conhecer as evidências disponíveis na literatura acerca das dificuldades de comunicação da equipe multidisciplinar com idosos fragilizados para a efetividade do cuidado na atenção domiciliar. Metodologia: trata-se de uma revisão integrativa de literatura realizada nas bases de dados Lilacs e Bdenf pela Biblioteca Virtual em Saúde e Portal de Periódicos CAPES, de estudos publicados entre 2015 a 2019. Resultados: foram selecionados 11 artigos, onde 63,63% abordaram fragilidade e dependência para ABVD e AIVD e 36,36% sobre cuidados domiciliares e questões sociodemográficas domiciliares. Todas publicações são

nacionais, com predomínio do idioma inglês, seguido por português e espanhol. Verificou-se uma diminuição na produção científica no último ano sobre o tema. Conclusão: muitos idosos possuem patologias ou síndromes geriátricas que dificultam a comunicação, recomenda-se que os profissionais realizem uma busca ativa dos idosos frágeis ou acamados, com o intuito de realizar visita domiciliar à todos que necessitam levando em consideração o idoso em seu aspecto multidimensional.

Palavras-Chave: Comunicação em saúde; Cuidado domiciliar; Idoso fragilizado; Serviço de assistência domiciliar.

Abstract

Objective: to know the evidence available in the literature about the communication difficulties of the multidisciplinary team with frail elderly people for the effectiveness of care in home care. **Methodology:** this is an integrative literature review carried out in the Lilacs and Bdenf databases by the Virtual Health Library and CAPES Journal Portal, of studies published between 2015 and 2019. **Results:** 11 articles were selected, of which 63.63 % addressed frailty and dependence for ABVD and IADL and 36.36% about home care and sociodemographic issues at home. All publications are national, with a predominance of the English language, followed by Portuguese and Spanish. There has been a decrease in scientific production in the last year on the subject. **Conclusion:** many elderly people have geriatric pathologies or syndromes that hinder communication, it is recommended that professionals carry out an active search for the frail or bedridden elderly, in order to carry out home visits to all who need them, taking into account the multidimensional aspect.

Keywords: Health communication; Home care; Frail elderly; Home care service.

Resumen

Objetivo: conocer la evidencia disponible en la literatura sobre las dificultades de comunicación del equipo multidisciplinario con ancianos frágiles para la efectividad del cuidado en el hogar. **Metodología:** se trata de una revisión de literatura integradora realizada en las bases de datos Lilacs y Bdenf por la Biblioteca Virtual en Salud y el Portal de Revistas CAPES, de estudios publicados entre 2015 y 2019. **Resultados:** Se seleccionaron 11 artículos, de los cuales 63,63 % abordó fragilidad y dependencia para ABVD e IADL y 36,36% sobre cuidados domiciliarios y problemas sociodemográficos en el hogar. Todas las publicaciones son nacionales, con predominio del idioma inglés, seguido del portugués y el español. Ha habido una disminución de la producción científica en el último año sobre el tema. **Conclusión:** muchas personas

maiores apresentam patologías o síndromes geriátricos que dificultan la comunicación, se recomienda que los profesionales realicen una búsqueda activa de los ancianos frágiles o encamados, con el fin de realizar visitas domiciliarias a todos los que lo necesiten teniendo en cuenta el aspecto multidimensional.

Palabras clave: Comunicación en salud; Cuidados en el hogar; Ancianos frágiles; Servicio de asistencia domiciliaria.

1. Introdução

O processo de envelhecimento pode mudar de pessoa para pessoa, sendo progressivo para uns ou mais rápido para outros, e, essas mudanças são correspondentes à fatores relacionados à qualidade de vida, situações socioeconômicas e agravos de doenças crônicas. A população se preocupa diariamente com o envelhecimento, enfrentando-o de diversas maneiras, e, adotando uma dimensão diversificada, onde em alguns casos há a redução de atividades de vida diária (AVD), necessitando cada dia ter um familiar presente. Há também aqueles que cultuam o processo do envelhecimento como um momento de conhecimento, juízo e tranquilidade (Fechine; Trompieri, 2012).

O foco de análise do “nível” de saúde de cada indivíduo está relacionado ao nível de funcionalidade global deste indivíduo, a qual pode ser entendida como a capacidade deste, em gerir sua própria vida ou de cuidar de si mesmo. Segundo a Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF), elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o declínio funcional é a perda da autonomia e/ou da independência, restringindo a participação social do indivíduo. Esta perda está relacionada com limitações nos domínios funcionais da cognição, humor/comportamento, mobilidade e comunicação (Pereira et al., 2017).

A capacidade funcional é caracterizada pela independência do idoso, aquele que não necessita de auxílio para realizar as atividades básicas de vida diária (ABVD), como alimentar-se, higienizar-se, banhar-se e vestir-se sozinho. Quando a pessoa idosa ou o longevo perde essa capacidade, tem um risco aumentado de ficar acamado no leito (Trindade et al., 2013). O indivíduo acamado encontra-se em dependência total, onde pode ter sido ocasionado por doenças neurológicas, cardiovasculares, pulmonar, ortopédicas, entre outras, diminuindo a qualidade de vida do idoso (Silva, 2013).

Pode-se classificar a funcionalidade dos idosos em vários subtipos, fundamentando-se na complexidade clínica e funcional. Deve-se basear pela dependência ou independência para ABVD, atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e atividades avançadas de vida diária

(AAVD), presença de fatores de risco, doenças e comorbidades múltiplas. Os idosos podem ser classificados como independente, semi-dependente, dependente incompleto e dependente completo. E dividem-se em robustos, em risco de fragilização e frágeis (Moraes; Lanna, 2016).

A perda da autonomia, independência, cognição, humor, mobilidade e comunicação resulta nas síndromes geriátricas. Tais enfermidades são aquelas que costumam atuar sobre a capacidade de realização das atividades cotidianas e sociais do idoso, ocasionando a incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, iatrogenia, incontinência esfincteriana, insuficiência familiar e incapacidade comunicativa (Pereira et al., 2017).

A comunicação é definida como uma atividade humana estabelecida por meio da troca de informações entre indivíduos, ou, ainda, como um modelo em que se constrói e identifica significados gerados pelas trocas de informações, determinando o desenvolvimento e o crescimento humano, contribuindo para a qualidade de vida (Braga; Marques, 2008).

Na população idosa, a comunicação pode ser estratificada como preservada, prejudicada ou comprometida estando relacionada às características definidoras e condições associadas (Nanda, 2018-2020). De tal modo, as dificuldades de comunicação, na maioria das vezes são causadas por patologias, e, podem estar relacionadas aos déficits da função cognitiva e o estilo de vida. O processo de envelhecimento é singular, cada indivíduo perpassa por experiências particulares, que são contempladas pelo meio biológico, psicossocial, físico, econômico e cultural dos idosos (Costa; Costa, 2015). Um dos aspectos fundamentais na vida da população é a linguagem e está ligada diretamente à forma em que as pessoas se comunicam. É um fator onde se exerce o papel social de cada um, o qual possui extrema importância para a qualidade de vida dos longevos (Santiago et al., 2016).

A comunicação clara e efetiva entre os profissionais, usuários e familiares sobre o tratamento e as complicações a curto, médio e longo prazo das doenças crônicas é indispensável para a compreensão da situação. Têm-se em vista que para bons resultados do tratamento e do cuidado como um todo é necessário que haja envolvimento e participação ativa do paciente nesse processo (Linck et al., 2008). A atenção domiciliar (AD) é direcionada ao atendimento da pessoa idosa com dependência, acamada ou com diagnóstico de doença terminal. O objetivo principal do atendimento domiciliar é oferecer às famílias e cuidadores informações pertinentes para realizar os cuidados, manter uma continuidade no cuidado integrado a rede de saúde e assegurar um registro atualizado dos idosos acamados (Ministerio de Salud, 2014).

Assim, reitera-se que o atendimento domiciliar é um modelo de atenção à saúde que acontece no domicílio do usuário e se caracteriza por ser um conjunto de intervenções que visam a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde. Esta, tem garantia na

continuidade do cuidado e está relacionada aos aspectos da estrutura familiar, infraestrutura da residência e serviços oferecidos à assistência. A AD previne hospitalizações, reduz o risco infecções e reduz a superlotação dos leitos e recursos hospitalares (Brasil, 2017).

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo conhecer as evidências disponíveis na literatura acerca das dificuldades de comunicação da equipe multidisciplinar com idosos fragilizados para a efetividade do cuidado na atenção domiciliar.

2. Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, a qual é definida como uma metodologia de pesquisa que tem como objetivo agrupar estudos de metodologias distintas, teóricos ou empíricos, com a finalidade de permitir um entendimento mais abrangente sem comprometer a filiação epistemológica dos estudos revisados (Soares et al., 2014).

Assim, o estudo contemplou as seis etapas de uma revisão integrativa descritas pelos autores Botelho, Cunha e Macedo (2011), como: identificação do tema e seleção da questão pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

Para direcionar a presente revisão elencou-se como questão norteadora: Existem dificuldades de comunicação da equipe multidisciplinar com idosos fragilizados em comparação com idosos não fragilizados para a efetividade do cuidado na atenção domiciliar? Para a estruturação desta questão, utilizou-se a estratégia PICO: participantes/problema, intervenção, contexto/comparação e resultados/*outcomes* (JBI, 2014). Ainda, neste estudo, identifica-se como P a dificuldade de comunicação da equipe multidisciplinar com idosos fragilizados, I como comunicação, C sendo idosos não fragilizados e por último, O como efetividade do cuidado na atenção domiciliar.

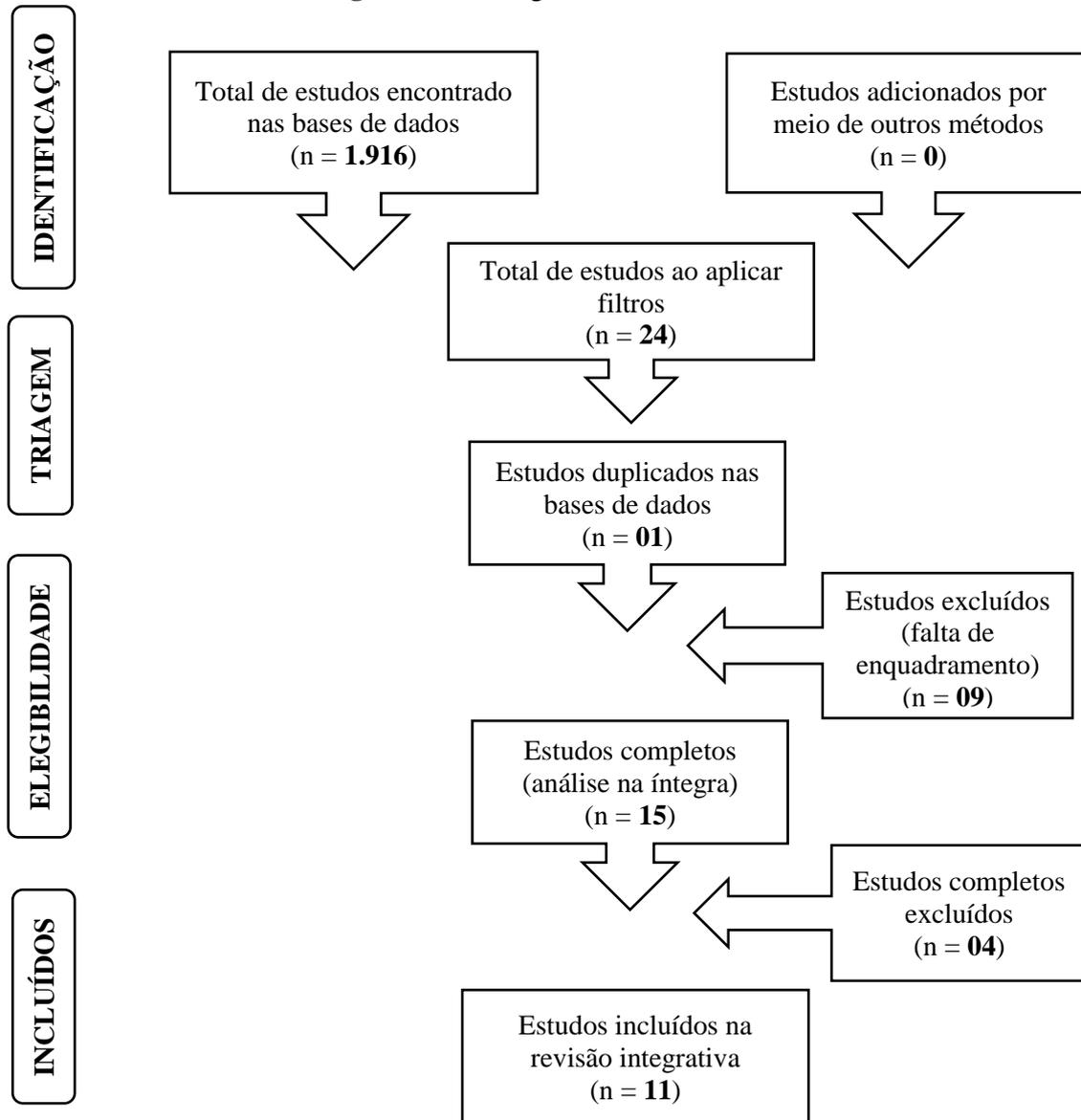
A coleta de dados ocorreu durante os meses de maio a junho de 2020, nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe (LILACS) e Biblioteca de Enfermagem (BDENF), a partir da plataforma Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Os descritores utilizados na pesquisa de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) foram: idoso fragilizado, cuidado domiciliar, serviço de assistência domiciliar e comunicação em saúde, interrelacionados com os operadores booleanos AND e OR.

Como critérios de inclusão contemplaram-se: artigos completos, na íntegra e disponíveis online, que tenham como temática saúde domiciliar ao idoso, com o recorte temporal de 2015 a 2019, nos idiomas português, inglês e espanhol e estudos encontrados nas bases de dados descritas acima. Definiu-se como critérios de exclusão: estudos não coerentes com a temática da pesquisa e que contenham como temática saúde do idoso interligada ao contexto hospitalar.

Realizaram-se duas estratégias de buscas nas bases de dados descritas acima. A primeira na BVS Brasil utilizaram-se "idoso fragilizado AND (cuidado domiciliar) OR serviços de assistência domiciliar AND comunicação em saúde", encontrando 66 estudos, com a aplicação dos filtros "disponível, português, inglês, espanhol, estudos dos últimos cinco anos e LILACS e BDENF", essa estratégia de busca zerou a base de dados devido aos filtros aplicados. Na segunda estratégia de busca, também na BVS Brasil, aplicaram-se "idoso fragilizado OR idoso AND cuidado domiciliar AND comunicação em saúde", sem a aplicação dos filtros encontraram-se 1.580 estudos, ao incluir os filtros "disponível, LILACS, BDENF, português, inglês, espanhol, últimos cinco anos e artigo", encontram cinco estudos. Na última busca, no Portal de Periódicos CAPES, utilizou-se a estratégia de busca "idoso fragilizado OR idoso AND cuidado domiciliar AND comunicação em saúde", sem a aplicação dos filtros foi encontrado 270 estudos, ao aplicar os filtros "português, inglês, espanhol, últimos cinco anos e artigo", foram encontrados 19 estudos.

A partir das buscas, encontraram-se um total de 24 estudos, após a leitura do título e resumo excluíram-se nove estudos, onde um destes foi excluído por se repetir nas bases de dados. Do total, 15 estudos foram lidos na íntegra e destes, 11 foram selecionados para a presente revisão (Fluxograma 1).

Fluxograma 1 – Elegibilidade e inclusão dos estudos.



Fonte: Adaptado de The PRISMA Group (2015).

3. Resultados

Foram selecionadas onze publicações, cujo idioma predominante foi o inglês (7), e dos quatro estudos restantes, três encontraram-se em português e um em espanhol. Todos os estudos selecionados têm origem no Brasil. Segundo a classificação dos níveis de evidência (Fineout-Overholt; Melnyk; Schultz, 2005) dez artigos foram classificados em nível VI e um artigo em nível IV.

O Quadro sinóptico 1 demonstra as características gerais e o perfil dos estudos da amostra e o Quadro 2, as características específicas, quais sejam: respectivos objetivos e principais resultados e conclusões dos estudos analisados.

Quadro 1 – Caracterização e perfil dos estudos selecionados publicados no período entre 2015-2019.

Artigo/Ano	Autor(es), Título	Base de dados, Periódico	Método	Nível de evidência
A1 2016	Oliveira; Farah; Ribeiro. <i>O processo de territorialização de equipes multidisciplinares de assistência domiciliar (EMAD) com base nas condições socioeconômicas e ambientais da população idosa</i>	BVS Brasil, Lilacs Revista de APS - Atenção Primária à Saúde	Estudo documental	VI
A2 2016	Marcucci; Cabrera. <i>Death in hospital and at home: population and health policy influences in Londrina, State of Paraná, Brazil (1996-2010)</i>	BVS Brasil, Lilacs Ciência & Saúde Coletiva	Estudo epidemiológico descritivo	VI
A3 2016	Tavares; Matias; Ferreira; Pegorari; Nascimento; de Paiva. <i>Quality of life and self-esteem among the elderly in the community</i>	Portal CAPES, Scielo Ciência & Saúde Coletiva	Inquérito quantitativo, transversal e analítico	VI
A4 2019	Schenker; Costa. <i>Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde</i>	Portal CAPES, Scielo Ciência & Saúde Coletiva	Estudo observacional, qualitativo e transversal	VI
A5 2015	de Mello; Garcia; Fedosse. <i>Multiple aspects of language in dementia: a comparison between domestic and institutional context</i>	Portal CAPES, Scielo Revista CEFAC	Estudo de caso	VI
A6 2016	Silva; Neri; Ferrioli; Lourenço; Dias. <i>Fenótipo da fragilidade: influência de cada item na determinação da fragilidade em idosos comunitários – Rede Fibra</i>	Portal CAPES, Scielo Ciência & Saúde Coletiva	Estudo observacional de caráter transversal	VI

A7 2017	Grden; Lenardt; Sousa; Kusomota; Dellaroza; Betioli. <i>Associations between frailty syndrome and sociodemographic characteristics in long-lived individuals of a Community</i>	Portal CAPES, Scielo Revista Latino-Americana de Enfermagem	Estudo de corte transversal	IV
A8 2017	Marchiori; Tavares. <i>Changes in frailty conditions and phenotype components in elderly after hospitalization</i>	Portal CAPES, Scielo Revista Latino-Americana de Enfermagem	Estudo longitudinal e analítico	VI
A9 2016	Teixeira-Gasparini; Partezani-Rodrigues; Wehbe; Silva-Fhon; Diniz; Kusumota. <i>Uso de tecnologías de asistencia y fragilidad en adultos mayores de 80 años y más</i>	Portal CAPES Enfermería Universitaria	Estudo de corte transversal	IV
A10 2016	Flores González; Seguel Palma. <i>Functional social support in family caregivers of elderly adults with severe dependence</i>	Portal CAPES, Scielo Investigación y Educación en Enfermería	Estudo transversal, correlacional e preditivo	VI
A11 2016	Closs; Ziegelmann; Gomes; Schwanke. <i>Frailty and geriatric syndromes in elderly assisted in primary health care</i>	Portal CAPES Acta Scientiarum. Health Sciences (UEM)	Estudo transversal	VI

Fonte: Autores.

Quadro 2 – Caracterização dos objetivos, resultados e conclusões dos estudos selecionados no período de 2015-2019.

Artigos	Objetivo	Resultados e Conclusões
A1	Propor uma delimitação para as áreas de abrangência de EMAD com base nas condições de saneamento e moradia, nas características socioeconômicas, demográficas e de acesso aos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) pela população idosa em Juiz de Fora (MG).	As cinco divisões territoriais apresentaram diferentes características populacionais, no que se refere à proporção de idosos, cor, sexo, renda, nível de instrução, condições domiciliares e cobertura por serviços de saúde. As principais causas de inadequação foram a ausência de meio de comunicação acessível no domicílio, de rede de

		<p>esgoto e de água encanada. Os idosos que viviam em piores condições domiciliares para AD eram aqueles que mais precisariam desses serviços do ponto de vista clínico e socioeconômico (por incapacidades funcionais, renda inferior ou baixo nível de escolaridade) e do desenvolvimento de ações intersetoriais socioeconômicas. Isso pode colaborar para o planejamento de ações voltadas à realidade da população coberta por cada EMAD.</p>
A2	<p>Analisar os locais de óbito no município de Londrina (PR), entre 1996 a 2010, e verificar influências das mudanças populacionais e políticas.</p>	<p>Do total de óbitos neste período, os indivíduos maiores de 60 anos corresponderam por 60,3%, sendo que cerca de 18% ocorreram nos domicílios. As principais causas de óbitos foram as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias, seguido das causas externas e doenças respiratórias. Óbito por doenças circulatórias em domicílio foram 23,07% e por neoplasias 16,66%. Observou-se um predomínio de ocorrência de óbitos em hospitais do que domiciliares.</p>
A3	<p>Verificar a associação entre os escores de qualidade de vida e autoestima em idosos na comunidade.</p>	<p>Verificou-se um maior percentual de idosos com cinco ou mais morbidades, os dependentes para AIVD E ABVD, apresentaram menor percentual. O domínio relações sociais (71,19) e a faceta morte e morrer (74,30) apresentaram os maiores escores médios entre os idosos; enquanto os menores foram observados no domínio meio ambiente (60,39) e na faceta participação social (63,06). Os menores escores de QV de todos os domínios e facetas de QV (exceto para a faceta morte e morrer) associaram-se aos piores níveis de autoestima, com destaque para o domínio psicológico e as facetas intimidade e participação social. O setor saúde poderia estimular a inserção do idoso em atividades no domicílio, além da ampliação do convívio social, melhorando os seus níveis de autoestima e da QV para o domínio meio ambiente.</p>
A4	<p>Identificar os desafios e os avanços na atenção à saúde dos idosos no nível da APS através do entendimento das especificidades do atendimento ao idoso com doenças crônicas em um serviço que precisa assistir, de forma igualitária, pessoas de diferentes faixas etárias e necessidades de saúde</p>	<p>Das 5 idosas entrevistadas, 4 apresentavam importante comprometimento da capacidade de locomoção, sendo que uma delas encontrava-se acamada devido a um quadro avançado de artrose e Alzheimer. As VD foram destacadas pelas idosas, familiares e cuidadoras como de suma importância para dar conta das necessidades apresentadas, na qual a equipe possui a mesma percepção, pois permite uma aproximação constante entre os envolvidos, sobretudo nos casos que demandam maior cuidado ou quando não se consegue chegar ao serviço devido às limitações próprias do território. É usado não só o critério de estar acamado, mas por estar em um local de difícil</p>

		<p>acesso do idoso até o serviço. Têm-se o valor pela presença dos profissionais, por serem bons ouvintes e pelas palavras de conforto em momentos difíceis. Para o gestor, o principal desafio enfrentado pela equipe é o estabelecimento de uma conexão com o idoso. Concluiu-se que o sucesso do tratamento está atrelado à participação e envolvimento do usuário de modo ativo nesse processo.</p>
A5	<p>Analisar a expressão e interpretação/compreensão verbal e seus mecanismos subjacentes (audição, equilíbrio corporal, voz e motricidade orofacial) de duas idosas com quadro clínico de demência – uma vivendo em ambiente familiar e outra em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos.</p>	<p>Uma das idosas se manteve em silêncio em vários questionamentos, podendo ser interpretado como um obstáculo na comunicação levando ao isolamento social, redução da iniciativa de comunicação, limitação do vocabulário e a dificuldade de encadear ideias e de fornecer informações precisas. O envelhecimento é responsável pela degeneração dos órgãos do corpo humano, onde a audição também é afetada e está intrinsecamente ligada à produção e interpretação da linguagem oral. Por meio das avaliações de audição (acuidade e processamento), equilíbrio corporal, voz e motricidade orofacial revelaram características esperadas no processo de envelhecimento. As condições linguístico-cognitivas se apresentaram mais comprometidas, podendo levar a dificuldade de comunicação com outras pessoas. O funcionamento da linguagem apresentou características similares em ambas as idosas, porém, a idosa institucionalizada apresentou manifestações linguístico-cognitivas mais comprometidas.</p>
A6	<p>Determinar o quanto cada item do fenótipo de fragilidade contribui para a determinação da síndrome, sozinho ou em conjunto com os demais em uma amostra de base populacional de idosos brasileiros.</p>	<p>Os itens que apresentaram maior chance para o desenvolvimento da fragilidade foram a lentidão na marcha e a fraqueza muscular. O modelo com os cinco itens explicou 99,6% da fragilidade na amostra. O baixo nível de atividade física entre os idosos pré-frágeis (36,7%) e entre idosos frágeis (78,2%). Idosos com lentidão da marcha tiveram maior chance de se tornarem frágeis. Já nos idosos frágeis, a lentidão na marcha foi bastante frequente (76,7%). Os resultados sugerem que o baixo nível de atividade física, fraqueza muscular e lentidão na marcha são os itens que mais influenciam na determinação da fragilidade, mas a aplicação de todos os itens do fenótipo em conjunto é a melhor forma para a avaliação.</p>
A7	<p>Investigar a associação entre a síndrome da fragilidade física e as características sociodemográficas de idosos longevos da comunidade.</p>	<p>Observou-se que as longevas eram duas vezes mais frágeis que os longevos, contudo, não houve associação significativa entre sexo e fragilidade física. Dos fatores contributivos tem-se as características fisiológicas, psicológicas e sociais</p>

		<p>desfavoráveis, fatores estressores que contribuem para o aumento dos déficits acumulados. Verificou-se maiores chances de fragilidade física naqueles que residiam com familiares, podendo levar à algum tipo de dependência (física, financeira ou psicológica), as quais podem acelerar o processo de fragilização. Dos 243 longevos avaliados, 36 eram frágeis, 155 pré-frágeis e 52 não frágeis. Houve predomínio do sexo feminino, viúvos, que residiam com familiares e com situação financeira autorrelatada satisfatória. Identificou-se associação significativa entre a variável demográfica idade e a síndrome da fragilidade física. O melhor modelo preditor da síndrome compreendeu as variáveis: sexo, idade e com quem mora.</p>
<p>A8</p>	<p>Descrever as mudanças nas condições de fragilidade ao longo de um ano após a alta hospitalar, e verificar as variáveis preditoras da mudança das condições de fragilidade e dos componentes do fenótipo de fragilidade, segundo grupos de piora, melhora e estabilidade.</p>	<p>Constatou-se que 56,7% dos idosos mudaram sua condição de não frágeis para pré-frágeis, não ocorrendo mudança dos não frágeis para frágeis. Observou-se o óbito entre idosos frágeis e pré-frágeis. No grupo de piora, o aumento do número de morbidades foi preditor para exaustão e/ou fadiga, enquanto no grupo de melhora, o aumento na dependência das AIVDs foi preditor para a perda de peso, e a diminuição dos escores do indicativo de depressão para o baixo nível de atividade física. Houve maior percentual de mudança na condição de idosos não frágeis para pré-frágeis e as variáveis de saúde foram preditoras apenas para os componentes do fenótipo de fragilidade. Identificou-se maior percentual de idosos frágeis com cinco ou mais morbidades e que ficaram dependentes para ABVD, após a alta hospitalar. Para isso são imprescindíveis a realização de rastreio de idosos susceptíveis, observação dos sintomas apresentados, auxílio no enfrentamento de questões psicológicas e abordagem multidisciplinar.</p>
<p>A9</p>	<p>Identificar e analisar a associação entre o uso de tecnologias de assistência e a fragilidade em idosos com 80 anos ou mais.</p>	<p>Observou-se predominância do sexo feminino, de viúvos e dos que moram sozinhos. Dos entrevistados, 77,4% utilizaram algum tipo de tecnologia assistiva, destacando o uso de óculos de medição, barras de apoio e bengala. Na avaliação da fragilidade, 23,6% foram categorizados em fragilidade leve, 13,1% moderada e 7,8% grave. A associação foi verificada quanto à significância estatística entre os diferentes níveis de fragilidade com o uso de tecnologia assistiva, como o uso de cadeira de rodas, bengala, andador e barras de apoio. Os idosos frágeis utilizaram mais tecnologias, tanto para substituir a dependência (cadeira de rodas), para auxiliar na dependência e</p>

		no equilíbrio (andador e bengala), como para promover maior segurança, equilíbrio e apoio. (barras de segurança). Conclui-se que esta tecnologia ajuda o idoso frágil a obter maior independência funcional e autonomia no desenvolvimento de suas atividades diárias.
A10	Determinar o suporte social funcional em cuidadores familiares de idosos gravemente dependentes e sua relação com características sociodemográficas.	Os cuidadores familiares perceberam baixos níveis de apoio social afetivo (49,3%) e de confiança (98,5%), considerando insuficientes as informações e os conselhos que recebem, relacionados principalmente ao escasso número de pessoas que os ajudam. 92% dos cuidadores relatam o apoio das instituições de saúde. Os cuidadores familiares de idosos gravemente dependentes percebem um nível de apoio social funcional, principalmente na dimensão da confiança. Conclui-se que os enfermeiros comunitários devem aumentar o número de visitas domiciliares, avaliar as necessidades de suporte social percebidas nos cuidadores e ensinar estratégias de enfrentamento e fornecer maiores informações e treinamentos para os problemas que surgem na tarefa de cuidados de idosos acamados.
A11	Descrever a associação entre fragilidade e síndromes geriátricas (SG) [declínio cognitivo (DC); instabilidade postural (IP); incontinência urinária/fecal (IUF); polifarmácia (PF); e imobilidade (IM)] e a frequência destas condições em idosos assistidos na atenção básica.	A frequência de fragilidade foi 21,5%, de pré-fragilidade 51,1% e de robustez 27,4%. A frequência de DC foi 54,7%, de PF 41,2%, de IP 36,5%, de IUF 14% e de IM 5,8%. A chance de fragilidade quando comparada à robustez, ajustada para sexo, idade, depressão, autopercepção de saúde, estado nutricional, quedas, visão e audição, foi significativamente maior em idosos com DC, IP e PF. Observou-se que a velocidade lenta da marcha é a mais frequente dos critérios nos grupos frágeis e pré-frágeis. Da mesma forma, as chances de ser frágil demonstraram aumentar entre idosos usando cinco ou mais medicamentos simultaneamente e com IP. O número mais frequente de SG presentes foram duas SG (26,8%). A frequência de fragilidade foi alta entre idosos da atenção básica e mostrou-se associada a três das cinco SG (DC-IP-PF).

Fonte: Autores.

Constata-se que no último ano (2019) teve apenas 1 produção científica relacionada ao tema, e entre 2015-2018 houve 10 publicações. Pode-se agrupar, pelo Quadro sinóptico 2, que 7 estudos são referenciados à fragilidade e dependência para ABVD e AIVD (63,63%) e 4 artigos abordam características sociodemográficas e aspectos do cuidado domiciliar (36,36%).

Vale ressaltar que todos trazem informações relevantes que contribuem para o tema principal, o qual é “comunicação com idosos fragilizados em comparação com idosos não fragilizados”.

Em relação aos estudos encontrados para essa revisão integrativa, destaca-se a necessidade de publicações de estudos primários que consigam agregar em uma mesma discussão as questões inerentes ao idoso fragilizado e a comunicação com o mesmo. Esta consideração decorre, pois, a maioria dos artigos encontrados denota parcialmente a interconexão de ambos os temas e, na prática empírica, percebe-se a importância de pesquisar, estudar, refletir e divulgar essas temáticas de modo conectado afim de articulação de ações mais efetivas para a; prática clínica.

4. Discussões

A análise dos artigos indicou que as evidências disponíveis na literatura reportam para as fragilidades e dependências dos idosos para ABVD e AIVD; Características sociodemográficas e aspectos do cuidado domiciliar.

4.1 Fragilidade e dependência dos idosos para ABVD e AIVD

Em A3, identificou-se maior percentual de idosos com cinco ou mais patologias, sem depressão e independentes para ABVD e AIVD. Aqueles que obtiveram baixos escores de qualidade de vida (QV) manifestaram-se com menor autoestima, o que torna importante os profissionais procurarem quais fatores estão interferindo. O setor saúde poderia desenvolver atividades no domicílio dos idosos, ampliando o convívio social destes (Tavares et al., 2016). Atividades de envolvimento social onde os longevos realizam trocas de experiências e saberes, pode vir a fazer com que estes consigam exercer a interação e a comunicação com o outro, o que muitas vezes é difícil devido ao isolamento, prejudicando sua qualidade de vida, pois não conseguem comunicar ao profissional nas VD o que estão passando.

Interligando a baixa autoestima e isolamento do estudo A3, o A5 nos trouxe caso em que idosas apresentavam perda auditiva neurosensorial e habilidade temporal bastante prejudicada. Uma das longevas não queria relatar seus dados pessoais e se manteve em silêncio em vários questionamentos, o que pode ser uma hipótese de falta de memória, que é comum no processo de envelhecimento e demências. Este silêncio pode ser uma barreira na comunicação, o que também colabora com o isolamento social, podendo ser explicado devido sua condição linguístico-cognitiva do processo demencial, visto que uma das consequências é a diminuição

da iniciativa de comunicação, dificuldade de formar ideais e fornecer informações corretas e a limitação do vocabulário. O processo de envelhecimento degenera os órgãos, bem como a audição, a qual está diretamente ligada à interpretação e produção da linguagem oral, afetando a comunicação dos idosos com os profissionais (de Mello; Garcia; Fedosse, 2015).

Junto com o processo de envelhecimento pode vir a instalação da fragilidade, como demonstrado no estudo A6, explicado pelo baixo nível de atividade física, força muscular e lentidão na marcha. O nível de capacidade funcional e as comorbidades foram piores entre os idosos frágeis. Se considera que a velocidade da marcha seja indicativo de problemas físicos e cognitivos nos idosos (Silva et al., 2016). Isaacs (1992) corrobora com tal estudo onde se refere que a independência do idoso está diretamente ligada à mobilidade e a comunicação, devendo ter um harmonioso funcionamento entre o humor, comunicação, cognição e mobilidade para ser um indivíduo independente.

Nas fragilidades físicas, o estudo A7, demonstra grande número de participantes pré-frágeis e frágeis, sem associação entre sexo e fragilidade. Fatores que contribuíram foram as condições sociais e psicológicas desfavoráveis, características fisiológicas e fatores estressores que interferem na saúde mental e acumulam déficits. O apoio e laços sociais podem contribuir na manutenção da saúde, facilitando situações de estresse. Este estudo traz que há mais chance de desenvolver síndromes naqueles que moram com familiares por apresentarem alguma dependência, o que pode acelerar a fragilização (Grden et al., 2017).

A8 traz que há mudança no grau de fragilização em idosos domiciliados pós hospitalização. Idosos não frágeis evoluíram para pré-frágeis e faleceram aqueles que eram frágeis e pré-frágeis. Há maior percentual dos fragilizados com cinco ou mais morbidades que ficaram dependentes para ABVD.

Com isso, se torna importante realizar o rastreamento e levantamento dos idosos para acompanhar e esclarecer dúvidas à estes sobre sua patologia e o tratamento (Marchiori; Tavares, 2017). A piora da fragilidade pode levar a dificuldades na comunicação dos idosos, Moraes, Marino e Santos (2010) corroboram ressaltando que isso pode levar à perda da independência e sentimento de desconexão com o mundo. Pode levar a restrição da participação social, dificultando a capacidade de tomar decisões e afetando a funcionalidade.

Ainda sobre fragilidade, A11 traz que há chance de se tornar frágil aqueles que possuem declínio cognitivo, instabilidade postural e polifarmácia. Neste estudo, a frequência foi de 5,8% de imobilidade, 14% incontinência urinária/fecal, 36,5% instabilidade postural, 41,2% polifarmácia e 54,7% declínio cognitivo (Closs et al., 2016). Todas essas síndromes influenciam no modo como o idoso mantém sua vida comunicativa, pois como descrito por

Moraes, Marino e Santos (2010), a cognição é formada por funções corticais, pela memória, função executiva, linguagem, praxia, gnosia e função visuoespacial.

A incontinência esfincteriana irá limitar a participação social do idoso, uma vez que possa causar insegurança pelo não controle de suas necessidades. Já a instabilidade postural afeta na mobilidade e independência do idoso, como também a imobilidade, o que muitas vezes traz restrição da vida social. E por fim, a polifarmácia pode vir a ocasionar efeitos colaterais inesperados, podendo atingir algum dos elementos primordiais para uma comunicação produtiva, sendo elas linguagem, audição, motricidade oral, voz e visão.

O estudo A9 colabora com o supracitado, onde comprova que idosos frágeis fazem mais uso de tecnologias assistivas, tanto para substituir a deambulação, como as cadeiras de rodas, para proporcionar apoio, como bastão e andador, como para auxiliar na segurança e equilíbrio, como barras de apoio. A equipe deve estimular o uso dessas tecnologias para promover ao máximo a independência dos idosos (Teixeira-gasparini et al., 2016). Moraes, Marino e Santos (2010) trazem que a perda de algumas funções leva às síndromes geriátricas, que se caracteriza pela diminuição da produtividade funcional e de realizar tarefas complexas, desorientação espacial, perda de memória, alteração de comportamento e dificuldade em aprender novas informações. E conseqüentemente, isso pode prejudicar na comunicação do idoso com os profissionais da saúde.

4.2 Características sociodemográficas e aspectos do cuidado domiciliar

Estudo A4 destaca que as VD são consideradas de grande relevância por parte dos profissionais e gestores, pois possibilita uma aproximação constante da equipe com o idoso. A importância das VD também se dá pelos profissionais serem bons ouvintes e trazerem palavras de conforto nos momentos difíceis. O principal desafio apontado é o estabelecimento de uma conexão com o idoso, pois a construção de vínculo exige empatia, confiança e respeito entre os envolvidos. O vínculo e a comunicação clara é o que irá determinar o cuidado, pois se não há vínculo com o indivíduo, ele não vai seguir suas orientações, não irá tomar a medicação, e até mesmo, não irá receber a equipe em sua casa. A comunicação entre profissionais, familiares e pacientes sobre as inferências e o tratamento é fundamental para o entendimento, pois o sucesso deste está ligado diretamente com o envolvimento e a participação durante todo o processo (Schenker; Costa, 2019).

Neste envolvimento é necessário se fazer ativo o idoso, seu cuidador/familiar e os profissionais, com isso, A10 corrobora que os cuidadores possuem baixos níveis de apoio

afetivo e confiança, visto que as informações e conselhos que recebem são insuficientes para prestar os cuidados necessários aos idosos. Grande parte dos cuidadores alegam ter apoio dos serviços de saúde, porém, torna-se necessário que aumente o número de VD, para que os profissionais avaliem as necessidades apresentadas pelos cuidadores e idosos, proporcionando mais informações, estratégias e treinamentos de cuidados domiciliares (Flores gonzález; Seguel Palma, 2016). O maior número de VD também irá proporcionar um vínculo, o que possibilita uma comunicação clara com os idosos, podendo trazer uma melhora às patologias apresentadas.

Como foi descrito pelos autores em A1, destacou-se que uma das principais causas de inadequações encontradas neste estudo foi a ausência de um meio de comunicação acessível na residência. Longevos que vivem em piores condições domiciliares são os que mais precisam do atendimento domiciliar, tanto do ponto de vista clínico, como por alguma incapacidade, quanto socioeconômico, como por baixa renda ou escolaridade (Oliveira; Farah; Ribeiro, 2016). Essa comunicação insuficiente aludida pode ser ocasionada por incapacidades de fala, comunicação ou cognição, podendo ser até mesmo pelo baixo nível de escolaridade, o que dificulta os idosos interpretarem medicamentos ou prescrições.

Ainda nas questões sociodemográficas, o artigo A2 complementa que o local onde ocorre um aumento importante de óbitos é nos hospitais, sendo que no domicílio não houve aumento aparente. Pode-se dizer que houve um aumento nas patologias o que fez com que necessitassem de tecnologias duras (Marcucci; Cabrera, 2015). Com isso, Nazaro (2009) corrobora com tal estudo onde diz que a internação hospitalar faz com que o idoso se sinta angustiado e abandonado, causa alterações nos hábitos de vida, afastando-lhe sua vida social e objetos pessoais, além do grande risco de infecção. Isso tudo pode gerar problemas na comunicação dos idosos, tanto por estarem afastados de seus familiares, quanto por desenvolverem alguma incapacidade durante esse processo.

5. Considerações Finais

As evidências apresentadas referentes a dificuldade de comunicação da equipe multidisciplinar com idosos fragilizados para a efetividade do cuidado na atenção domiciliar desperta a compreensão dos profissionais da saúde e pesquisadores acerca da importância das distintas dimensões que abrangem a saúde do idoso e que podem interferir na comunicação destes com os profissionais em seu domicílio, trazendo consequências à saúde.

Uma efetiva comunicação em saúde dos profissionais com a população idosa torna-se imprescindível para se ter resultados positivos nas intervenções implementadas. Sabe-se que

muitos idosos possuem patologias ou síndromes geriátricas que dificultam a comunicação, tornando-os dependentes de familiares ou cuidadores. A acumulação dessas síndromes pode vir a transformá-lo em um idoso pré-frágil ou frágil, necessitando de uma atenção e cuidados mais específicos.

Recomenda-se que os profissionais da equipe de uma estratégia de saúde da família realizem uma busca ativa dos idosos frágeis ou acamados, com o intuito de realizar visita domiciliar à todos que necessitam. Nesta busca, deve-se levar em consideração o idoso em seu aspecto multidimensional, sendo ele biopsicossocioespíritual, pois muitas vezes a comunicação prejudicada ou comprometida pode não vir apenas de um problema cognitivo, e sim, pelo acúmulo de outras necessidades clínicas e funcionais não identificadas no atendimento geriátrico e gerontológico.

Esta revisão apresenta como limitação ter sido realizada em duas bases de dados e duas bibliotecas virtuais. Com isso, estimulam-se a realização de futuras pesquisas direcionadas a dificuldade de comunicação da equipe multidisciplinar com idosos fragilizados no contexto domiciliar, visto através deste, que é escasso o número de estudos. Evidencia-se que há necessidade de uma atenção direcionada a este aspecto, uma vez que a comunicação é a base do cuidado, aumentando o repositório nacional e internacional.

Referências

Botelho, L. L. R., Cunha, C. C. de A., & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 5(11), 121-136. DOI: <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>

Braga, C. D., Marques, A. L. (2008). Comunicação e mudança: a comunicação como elemento facilitador do processo de mudança organizacional. *Revista da FAE*. 11(1), 9-17.

Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Serviço de Atenção Domiciliar. *Atenção Domiciliar*. Recuperado de <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/atencao-domiciliar>.

Closs, V. E., Ziegelmann, P. K., Gomes, I., & Schwanke, C. H. A. (2016). Frailty and geriatric syndromes in elderly assisted in primary health care. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 38(1), 9-18. DOI: <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v38i1.26327>

Costa, M. L. G., Costa, E. G. (2015). Envelhecimento, comunicação e suas relações. In: Marchesan IQ (org). *Desenvolvimento da comunicação humana nos diferentes ciclos de vida*. Barueri (SP): Pró Fono; 213-227.

De Mello, J. G., Garcia, M. V., & Fedosse, E. (2015). Multiple aspects of language in dementia: a comparison between domestic and institutional context. *Rev. CEFAC*. 17(2), 615-627. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201510814>

Fechine, B. R. A., & Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Rev Cient Int*. 1(7), 106-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.6020/1679-9844/2007>

Fineout-Overholt, E., Melnyk, B. M., & Schultz, A. (2005). Transformando os cuidados de saúde de dentro para fora: o avanço da prática baseada em evidências no século 21. *J Prof Nurs*. 21(6), 335-344. DOI: <http://10.1016/j.profnurs.2005.10.005>

Flores González, E., & Seguel Palma, F. (2016). Suporte social funcional em cuidadores familiares de idosos com dependência grave. *Investigación y Educación en Enfermería* , 34(1), 68-73. DOI: <https://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a08>

Galvão, T. F., Pansani, T. S. A., & Harrad, D. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335-342. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>

Grden, C. R. B., Lenardt, M. H., Sousa, J. A., Kusomota, L., Dellaroza, M. S. G., & Betiulli, S. E. (2017). Associações entre síndrome de fragilidade e características sociodemográficas em longevos de uma comunidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 25, e2886. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1770.2886>

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020* [NANDA International]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al.]. (11a ed.). Porto Alegre: Artmed.

ISAACS, B. (1992). *The Challenge of Geriatric Medicine*. Oxford: Blackwell.

Joanna Briggs Institute. (2014). *Reviewers' Manual-Methodology for JBI Mixed Methods Systematic Reviews*. Adelaide: JBI. Recuperado de: <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Mixed-Methods.pdf>

Linck, C. L., Bielemann, V. L. M., Sousa, A. S., & Lange, C. (2008). Paciente crônico frente ao adoecer e a aderência ao tratamento. *Acta Paul Enferm.* 21(2), 317-322. DOI: 10.1590/S0103-21002008000200014

Marchiori, G. F., Tavares, D. M. (2017). Mudanças nas condições de fragilidade e componentes fenotípicos em idosos após a hospitalização. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2905. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1417.2905>

Marcucci, F. C. I., & Cabrera, M. A. S. (2015). Óbito hospitalar e domiciliar: influências populacionais e das políticas de saúde em Londrina, Estado do Paraná, Brasil (1996-2010). *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (3), 833-840. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04302014>

Ministerio de Salud. Subsecretaria de salud pública. (2014). *Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores Minsal*. Modelos de Atención, 103-106. Recuperado de: <http://bit.ly/1PqHLvA>.

Moraes, E. N., & Lanna, F. M. (2016). *Avaliação Multidimensional do Idoso*. (5a ed.). Ed. Folium.

Moraes, E. N., Marino, M. C. A., Santos, R. R. (2010). Principais síndromes geriátricas. *Rev. Med Minas Gerais*. 20(1), 54-66. Recuperado de: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/196.pdf

Nazaro, T. E. A. (2009). *Cuidar do idoso em domicílio: a mudança na vida da família*. In: Prata da casa 2: escritas do cotidiano de uma equipe que cuida. São Paulo (SP): Oboré; 61-65.

Oliveira, T. A., Farah, B. F., & Ribeiro, L. C. (2016). O processo de territorialização de equipes multidisciplinares de assistência domiciliar (EMAD) com base nas condições socioeconômicas e ambientais da população idosa. *Revista de APS - Atenção Primária à Saúde*. 19(1), 85-94.

Pereira, A. M. V. B., Moraes, E. N., Azevedo, R. S., & Moraes, F. L. (2017). Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. *Avaliação multidimensional do idoso / SAS*. - Curitiba: SESA. Recuperado de http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Apostila_Idoso241017.pdf.

Santiago, L. M., Graça, C. M. L., Rodrigues, M. C. O., & Santos, G. B. (2016). Characterization of the elderly health in a speech and language therapy perspective. *Rev. CEFAC*. 18(5), 1088-1096. DOI: 10.1590/1982-021620161855016

Schenker, M., & Costa, D. H. (2019). Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4), 1369-1380. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>

Silva, D. N. (2013). *Proposta De Orientações Fisioterapêuticas A Cuidadores De Pacientes Restritos Ao Leito*. Universidade Federal Do Paraná – Curitiba. Recuperado de: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/32900>.

Silva, S. L., Neri, A. L., Ferrioli, E., Lourenço, R. A., & Dias, R. C. (2016). Fenótipo de fragilidade: influência de cada item na determinação da fragilidade em idosos comunitários – Rede Fibra. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(11), 3483-3492. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.23292015>

Soares, C. B., Hoga, L. A. K., Peduzzi, M., Sangaletti, C., Yonekura, T., & Silva, D. R. (2014). Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(2), 335-345. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020>

Tavares, D. M., Matias, T. G. C., Ferreira, P. C., Pegorari, M.S., Nascimento, J. S., & Paiva, M. M. (2016). Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(11), 3557-3564. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.03032016>

Teixeira-Gasparini, E., Partezani-Rodrigues, R., Fabricio-Wehbe, S., Silva-Fhon, J., Aleixo-Diniz, M., & Kusumota, L. (2016). Uso de tecnologia assistiva e fragilidade em adultos com 80 anos ou mais. *Enfermagem da Universidade*, 13 (3), 151-158. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.06.001>

Trindade, A. P. N. T., Barboza, M. A., Oliveira, F. B., & Borges, A. P. O. (2013). Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Fisioterapia em Movimento*, 26 (2), 281-289. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-51502013000200005>

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Natalia Cassol Bolzan – 30%

Cláudia Zamberlan - 25%

Maria Helena Gehlen - 20%

Naiana Oliveira dos Santos - 25%