Processo de enfermagem como ferramenta do cuidado ao idoso institucionalizado

The nursing process as a tool for the care of institutionalized elderly individuals

Rosilene Aparecida da Silva Geraldo[1], Micheli Patrícia de Fátima Magri[1]

[1]Curso de Enfermagem da Universidade Paulista, UNIP, São José do Rio Pardo – SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Relatar a experiência de aplicação do Processo de Enfermagem durante estágio supervisionado em uma ILPI, evidenciando sua contribuição para o cuidado e para a formação dos graduandos. **Métodos:** Relato de experiência, descritivo e qualitativo, desenvolvido em maio de 2026, com sete estudantes de enfermagem em uma ILPI do interior paulista com 80 residentes. **Resultados:** A aplicação das cinco etapas do PE favoreceu avaliação multidimensional, identificação de diagnósticos prioritários, planejamento de intervenções individualizadas e reavaliação contínua, fortalecendo o raciocínio clínico, a autonomia apoiada e o vínculo terapêutico. **Conclusão:** O PE qualificou a assistência gerontológica e a aprendizagem prática, promovendo cuidado integral, humanizado e centrado na pessoa idosa.

Descritores: Processo de Enfermagem; Saúde do Idoso; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Humanização da Assistência; Educação em Enfermagem.

Abstract

Objective: To report the experience of implementing the Nursing Process during a supervised nursing internship in an LTCI, highlighting its contributions to care delivery and undergraduate nursing education. **Methods:** This is a descriptive, qualitative experience report conducted in May 2026 with seven undergraduate nursing students at an LTCI in the countryside of São Paulo State, Brazil, housing 80 older adults. **Results:** The implementation of the five stages of the Nursing Process promoted multidimensional assessment, identification of priority nursing diagnoses, individualized care planning, and continuous reassessment, strengthening clinical reasoning, supported autonomy, and therapeutic relationships. **Conclusion:** The Nursing Process enhanced gerontological nursing care and practical learning, promoting comprehensive, humanized, and person-centered care for institutionalized older adults.

Descriptors: Nursing Process; Health of the Older Adult; Nursing Homes; Humanization of Care; Nursing Education.

Introdução

O envelhecimento populacional amplia a necessidade de modelos de cuidado de longa duração capazes de responder simultaneamente à multimorbidade, à fragilidade, à dependência funcional e às necessidades afetivas e sociais. No Brasil, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) constituem residências coletivas destinadas a pessoas com 60 anos ou mais, com ou sem suporte familiar, devendo preservar liberdade, dignidade e cidadania, conforme estabelece a Política Nacional do Idoso e a Resolução RDC nº 502/2021 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária[1,2].

Nesse espaço, a rotina assistencial não pode reduzir a pessoa idosa a tarefas, horários e riscos: o cuidado precisa sustentar autonomia possível, identidade, participação e vínculos significativos, favorecendo um envelhecimento ativo, saudável e centrado na pessoa[3].

O Processo de Enfermagem (PE) oferece estrutura clínica e metodológica para essa finalidade. A Resolução Cofen nº 736/2024[4] o define como um processo deliberado e sistemático, organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas: Avaliação de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação de Enfermagem e Evolução de Enfermagem.

A norma também reconhece o apoio de sistemas de linguagem padronizada, protocolos institucionais e melhores evidências disponíveis, sem substituir o julgamento clínico e a singularidade da pessoa cuidada. Os diagnósticos da NANDA International fortalecem essa sistematização ao subsidiar o raciocínio clínico e a tomada de decisão baseada nas necessidades humanas[5].

Na atenção gerontológica, a avaliação precisa ser multidimensional. Alterações de mobilidade, integridade cutânea, cognição, nutrição, continência, humor e suporte social interagem e podem produzir perdas funcionais em cascata, exigindo intervenções integradas e contínuas[3].

A institucionalização, quando acompanhada da fragilização de vínculos familiares e comunitários, também pode intensificar solidão, isolamento social, retraimento e redução da participação nas atividades cotidianas[6].

Estudos desenvolvidos em ILPI demonstram que a humanização do cuidado se concretiza na interação entre pessoa idosa e profissional, na escuta qualificada, no respeito às preferências individuais e na valorização da história de vida, e não apenas na execução correta de procedimentos técnicos[7,8].

Nesse contexto, o cuidado de enfermagem deve integrar dimensões biológicas, emocionais, sociais e espirituais, promovendo segurança, funcionalidade, autonomia e pertencimento. A literatura também destaca que o fortalecimento das relações familiares e da gestão compartilhada do cuidado contribui para melhores desfechos em idosos com condições crônicas e neurodegenerativas, reforçando a importância da

enfermagem na coordenação do cuidado e no apoio aos cuidadores[9,10].

Além disso, ações de educação em saúde e promoção do autocuidado têm demonstrado impacto positivo na autonomia e na qualidade de vida da população idosa, especialmente entre pessoas com doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes mellitus[11-13].

Para a formação em enfermagem, esse cenário aproxima conhecimento científico e vida cotidiana[13]. O estudante precisa aprender a observar, interpretar, priorizar, decidir, comunicar e reavaliar situações complexas do cuidado gerontológico.

Quando o Processo de Enfermagem é ensinado a partir de encontros reais e supervisionados, deixa de ser percebido como um documento acadêmico e passa a orientar decisões clínicas fundamentadas nas necessidades da pessoa idosa, fortalecendo competências técnicas, éticas e relacionais[14].

As metodologias ativas associadas à Sistematização da Assistência de Enfermagem favorecem o desenvolvimento do raciocínio clínico, da reflexão crítica e da aprendizagem significativa durante a formação profissional[11].

Objetiva-se com este estudo relatar a experiência docente-assistencial de aplicação do Processo de Enfermagem a pessoas idosas residentes em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos, evidenciando seu potencial para organizar o cuidado, qualificar o raciocínio clínico dos graduandos e favorecer relações humanizadas, com atenção às dimensões de segurança, funcionalidade, autonomia, vínculo e pertencimento.

Métodos

Trata-se de relato de experiência descritivo, de abordagem qualitativa, elaborado a partir da vivência de supervisão de estágio curricular em enfermagem, que ocorreu em maio de 2026, em uma ILPI do interior do estado de São Paulo que atende 80 pessoas idosas com diferentes condições clínicas e graus de dependência. Participaram das atividades sete graduandos de enfermagem, acompanhados diretamente pela docente supervisora.

A condução pedagógico-assistencial tomou como eixo as cinco etapas do PE. Inicialmente, os graduandos foram orientados sobre comunicação respeitosa, segurança, privacidade, observação clínica, registro e necessidade de validar cada decisão com a supervisora. A aproximação com os residentes ocorreu de maneira gradual, considerando disponibilidade, capacidade de comunicação, limites funcionais e preferências individuais.

A Avaliação de Enfermagem reuniu entrevista possível, escuta ativa, observação, exame físico e análise funcional e psicossocial. O raciocínio diagnóstico foi discutido coletivamente, buscando relacionar sinais, respostas humanas, fatores de risco e contexto. No Planejamento, foram definidos resultados alcançáveis e intervenções compatíveis com a rotina institucional. A Implementação articulou cuidados diretos, orientações, medidas preventivas e ações relacionais. A Evolução ocorreu durante os encontros, por meio da reavaliação das respostas e da adequação das condutas.

Produção e análise do relato

O texto foi construído a partir da memória reflexiva e das observações docentes sobre o processo formativo-assistencial. Não foram realizadas entrevistas para pesquisa, aplicação de instrumentos investigativos ou extração de informações identificáveis dos prontuários. Os resultados são apresentados em plano coletivo e qualitativo; por não ter havido delineamento para mensurar efeito, não são atribuídos percentuais, relações causais ou eficácia estatística às intervenções.

A atividade integrou o estágio curricular e foi desenvolvida com autorização institucional, observando privacidade, respeito, dignidade e confidencialidade. Foram suprimidos o nome da instituição e quaisquer elementos que permitissem identificar residentes, familiares, trabalhadores ou estudantes. Por se tratar de relato da prática docente-assistencial, sem pesquisa planejada ou uso de dados individuais, apresenta-se a experiência de forma agregada. Recomenda-se, antes da submissão, confirmar com a comissão científica do evento a necessidade de documento adicional de apreciação ou dispensa ética.

Relato da experiência e resultados

Da avaliação fragmentada ao reconhecimento da pessoa

Nos primeiros contatos, parte dos graduandos tendia a concentrar a observação em doenças, medicações, dependência e procedimentos. A supervisão utilizou perguntas orientadoras: “O que esta pessoa consegue fazer?”, “O que ameaça sua segurança?”, “O que ela valoriza?”, “Como comunica desconforto?” e “Quem compõe sua rede de vínculo?”.

Esse movimento ampliou a avaliação, incorporando postura, marcha, transferências, integridade da pele, alimentação e hidratação, eliminações, cognição, humor, comunicação, sono, participação nas rotinas, história de vida e interação social.

A avaliação contínua revelou que necessidades semelhantes exigiam respostas diferentes. Um residente com limitação motora podia demandar auxílio físico direto; outro, com capacidade preservada, necessitava principalmente de tempo, ambiente preparado e incentivo para realizar o autocuidado. Da mesma forma, o silêncio podia expressar preferência momentânea, dificuldade de comunicação, sofrimento, perda de vínculos ou pouca oportunidade de participação. A interpretação deixou de ser automática e passou a ser validada no encontro.

Raciocínio diagnóstico e definição de prioridades

Os diagnósticos de enfermagem reconhecidos com maior recorrência foram risco de quedas, mobilidade física prejudicada, déficit no autocuidado, risco de lesão por pressão e isolamento social. Eles não foram empregados como rótulos, mas como sínteses provisórias do julgamento clínico, revistas à medida que

novas informações surgiam. A priorização considerou risco imediato, potencial de agravamento, sofrimento percebido, capacidade funcional, preferências e possibilidade de intervenção da enfermagem.

A discussão dos diagnósticos evidenciou relações importantes: mobilidade reduzida podia aumentar risco de quedas e lesão por pressão; auxílio excessivo podia aprofundar dependência; isolamento podia reduzir iniciativa e participação no autocuidado. Assim, um plano centrado apenas na prevenção de eventos físicos seria insuficiente. A segurança deveria coexistir com autonomia apoiada e conexão social.

Planejamento, implementação e evolução do cuidado

O planejamento estabeleceu resultados observáveis na rotina, como realizar transferências com maior segurança, participar do autocuidado conforme capacidade, manter a pele íntegra, comunicar necessidades e ampliar interações significativas. As intervenções foram distribuídas entre medidas ambientais, cuidado direto, orientação, supervisão, estímulo funcional, comunicação terapêutica e articulação com a equipe. O Quadro 1 apresenta a articulação entre necessidades, intervenções e evolução na experiência.

Quadro 1. Articulação entre necessidades, intervenções e evolução na experiência.

Etapa/foco	Achados e julgamento clínico	Intervenções desenvolvidas	Respostas utilizadas na evolução
Risco de quedas	Instabilidade, limitações de marcha ou transferência e riscos ambientais.	Organização do ambiente; orientação; auxílio compatível; estímulo ao uso seguro de dispositivos; comunicação à equipe.	Maior adesão às orientações, solicitação de auxílio e realização mais segura das atividades observadas.
Mobilidade física prejudicada	Redução de força, amplitude, equilíbrio ou tolerância, com repercussão nas atividades diárias.	Mobilização segura; mudança de posição; incentivo à capacidade residual; pausas e respeito ao ritmo individual.	Participação possível, tolerância ao cuidado e necessidade de ajustar nível de auxílio.
Déficit no autocuidado	Necessidade parcial ou total de apoio, com risco de substituição desnecessária da autonomia.	Preparação de materiais; comandos simples; tempo suficiente; auxílio apenas no que não podia ser realizado.	Maior iniciativa e participação em etapas de autocuidado, conforme capacidade.
Risco de lesão por pressão	Mobilidade reduzida, exposição à umidade, fragilidade cutânea e outros fatores observados.	Inspeção da pele; alívio de pressão; reposicionamento; higiene e proteção; atenção à hidratação e alimentação; registro.	Manutenção da integridade observada e ajuste da frequência de vigilância e reposicionamento.
Isolamento social	Reraimento, baixa interação, vínculos fragilizados ou pouca participação, interpretados no contexto individual.	Presença intencional; escuta ativa; conversa sobre história e preferências, convite sem coerção; aproximação de atividades e vínculos.	Comunicação espontânea, maior aproximação, participação e expressão de confiança percebidas durante os encontros.

Fonte: Elaboração das autoras, (2026).

A Evolução de Enfermagem mostrou-se decisiva para impedir a automatização do plano. A cada contato, os graduandos eram convidados a comparar a resposta observada com o resultado pretendido: houve conforto? o auxílio promoveu participação ou substituiu a pessoa? a orientação foi compreendida? a interação foi desejada? havia nova necessidade? A conduta era mantida, intensificada, simplificada ou reformulada conforme essa análise.

O vínculo como intervenção e resultado

A experiência tornou evidente que presença e escuta não são elementos acessórios. Em diferentes encontros, a disponibilidade para permanecer ao lado, chamar pelo nome, ouvir lembranças, reconhecer preferências e respeitar o tempo da resposta modificou a qualidade da interação. Foram percebidas aproximação progressiva, comunicação mais espontânea, procura pelo contato e maior disposição para participar de algumas atividades. Essas respostas não foram quantificadas e não permitem inferir causalidade; contudo, deram visibilidade clínica à dimensão relacional do cuidado.

Um dos aprendizados centrais foi compreender que pertencimento não se oferece como atividade pronta. Ele é construído quando a pessoa percebe que sua história importa, sua voz produz efeito e sua presença é reconhecida. Nessa perspectiva, a SAE deixou de significar apenas organização do trabalho e passou a sustentar um cuidado que reúne técnica, intencionalidade, continuidade e humanidade.

Transformações na formação dos graduandos

Ao longo da experiência, observou-se maior segurança dos graduandos para abordar os residentes, realizar avaliação, comunicar achados e justificar prioridades. As discussões passaram de descrições isoladas para relações clínicas: risco, causa provável, capacidade preservada, resultado pretendido e intervenção necessária. Também houve compreensão mais clara de que o registro deve comunicar raciocínio e continuidade, e não reproduzir frases genéricas.

A vivência desenvolveu competências assistenciais, gerenciais, educativas e relacionais. Assistenciais, ao reconhecer e responder às necessidades; gerenciais, ao priorizar, planejar e articular o cuidado; educativas, ao orientar residentes e pares com linguagem compreensível; relacionais, ao escutar, negociar e respeitar escolhas. O aprendizado mais expressivo ocorreu quando os estudantes perceberam que fazer "para" a pessoa pode ser menos terapêutico do que fazer "com" ela.

Discussão

Os achados da experiência reforçam o Processo de Enfermagem (PE) como um método de pensamento e ação capaz de organizar o cuidado de forma contínua, dinâmica e centrada na pessoa.

De acordo com a Resolução Cofen nº 736/2024, suas etapas são recorrentes, interdependentes e cíclicas, de modo que a Evolução de Enfermagem não representa o encerramento do cuidado, mas um momento de reavaliação que subsidia novas decisões clínicas[4]. Essa compreensão mostrou-se particularmente relevante no contexto da Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), onde condições crônicas, funcionalidade, cognição, humor e interação social podem sofrer alterações frequentes, exigindo planos terapêuticos flexíveis e continuamente atualizados.

A literatura sustenta que o cuidado institucional à pessoa idosa envolve dimensões clínicas, funcionais e relacionais. Na percepção da equipe de enfermagem, o cuidado em ILPI exige competências que ultrapassam a realização de procedimentos técnicos, incluindo escuta, vínculo, acolhimento e reconhecimento das necessidades subjetivas da pessoa idosa[7].

De forma semelhante, Damaceno; Chirelli; Lazarini[14] destacam que a interação entre idoso e profissional constitui elemento essencial da humanização do cuidado, especialmente na formação de futuros enfermeiros, ao favorecer práticas centradas na singularidade e na integralidade. Evidências mais recentes reforçam que a humanização nas ILPI depende da valorização da autonomia, do respeito às preferências individuais e da construção de relações de confiança entre residentes e equipe multiprofissional[8].

Outro aspecto evidenciado pela experiência foi a necessidade de compreender o contexto social e afetivo da institucionalização. Em revisão integrativa[6], demonstraram que o isolamento social na velhice está relacionado ao enfraquecimento das redes familiares e comunitárias, mas não deve ser automaticamente confundido com solidão, uma vez que fatores individuais e contextuais influenciam essa vivência. Assim, a avaliação de enfermagem precisa reconhecer aspectos emocionais, sociais e relacionais que interferem na funcionalidade, na participação e na qualidade de vida da pessoa idosa.

Nesse sentido, os diagnósticos de enfermagem adquiriram maior significado quando vinculados às respostas humanas e à singularidade de cada residente. A classificação da NANDA International 2024–2026 oferece conceitos diagnósticos capazes de apoiar o julgamento clínico, favorecendo maior precisão na comunicação profissional e na organização da assistência, desde que fundamentados em avaliação abrangente e individualizada[5]. No relato de experiência, a articulação entre diagnósticos relacionados ao risco de quedas, mobilidade física prejudicada, déficit no autocuidado, integridade cutânea prejudicada e interação social comprometida evitou planos compartimentalizados e possibilitou intervenções integradas às necessidades de cada pessoa idosa.

A autonomia apoiada constituiu outro eixo analítico relevante. A Política Nacional do Idoso assegura os direitos à autonomia, à integração social e à participação efetiva da pessoa idosa na sociedade[1], enquanto as Diretrizes da Saúde da Pessoa Idosa orientam a atenção integral e integrada, fundamentada no envelhecimento ativo e saudável[15].

Em uma residência coletiva, prevenir danos sem ampliar a dependência exige julgamento clínico e sensibilidade ética: oferecer ajuda suficiente para garantir segurança, remover barreiras ambientais e preservar oportunidades para que o residente realize atividades compatíveis com sua capacidade funcional. Nessa perspectiva, a segurança do paciente precisa caminhar conjuntamente com a preservação da autonomia e da independência funcional[3].

A experiência também evidenciou o potencial pedagógico do Processo de Enfermagem na formação dos graduandos. A supervisão docente funcionou como mediação entre conhecimento científico, observação clínica e responsabilidade profissional, estimulando os estudantes a justificar a escolha dos diagnósticos, estabelecer resultados mensuráveis e selecionar intervenções coerentes com as necessidades identificadas. Essa estratégia fortalece o raciocínio clínico, a tomada de decisão e a aprendizagem reflexiva, aproximando o ensino da complexidade do cuidado gerontológico[14].

Estudos sobre metodologias ativas no ensino da Sistematização da Assistência de Enfermagem demonstram que experiências práticas supervisionadas favorecem a integração entre teoria e prática, desenvolvendo competências para o cuidado integral e humanizado[11].

Além da dimensão pedagógica, a experiência dialoga com evidências produzidas em projetos de extensão universitária voltados à saúde da pessoa idosa. Ações educativas e assistenciais conduzidas por estudantes de enfermagem têm demonstrado potencial para fortalecer o autocuidado, a prevenção de agravos e a promoção da autonomia, ao mesmo tempo em que qualificam a

formação profissional por meio da aproximação com necessidades reais da comunidade[11-13]. Esses resultados reforçam a importância de integrar ensino, assistência e extensão como estratégia de formação em gerontologia.

O caráter transformador da experiência não reside em afirmar que o Processo de Enfermagem, isoladamente, seja capaz de solucionar problemas estruturais, institucionais ou afetivos presentes nas ILPI. Sua principal contribuição foi tornar necessidades visíveis, organizar decisões clínicas, produzir continuidade assistencial e legitimar intervenções relacionais com a mesma intencionalidade atribuída aos cuidados físicos. Ao registrar vínculo, comunicação, participação, confiança e autonomia como respostas relevantes do cuidado, a enfermagem amplia sua capacidade de reconhecer e avaliar resultados que refletem a integralidade da atenção à pessoa idosa[4,8, 10].

Considerações finais

A aplicação do Processo de Enfermagem na ILPI organizou a experiência docente-assistencial e favoreceu a passagem de um cuidado centrado em tarefas para decisões centradas na pessoa. Avaliar de maneira multidimensional, formular diagnósticos contextualizados, planejar resultados alcançáveis, implementar intervenções integradas e evoluir continuamente permitiram associar prevenção de riscos, funcionalidade e autocuidado às dimensões de vínculo e pertencimento.

Para os graduandos, a experiência ampliou segurança, raciocínio clínico, capacidade de priorização e compreensão do cuidado gerontológico. Para as pessoas idosas, tornou visíveis necessidades que poderiam permanecer ocultas em uma rotina exclusivamente técnica. Conclui-se que o PE pode atuar como tecnologia clínica, gerencial, educativa e relacional: não apenas organiza o que a enfermagem faz, mas qualifica o modo como vê, decide, permanece e cuida.

Referências

1. Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1994 jan 5.

2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 502, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2021.

3. Freitas EV, Py L, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2024.

4. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução Cofen nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília: Cofen; 2024.

5. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT, organizadores. Diagnósticos de enfermagem da NANDA International: definições e classificação 2024-2026. 13. ed. Porto Alegre: Artmed; 2024.

6. Bezerra PA, Nunes JW, Moura LB. Envelhecimento e isolamento social: uma revisão integrativa. Acta Paul Enferm. 2021;34. doi:10.37689/acta-ape/2021AR02661.

7. Medeiros FAL, Félix LG, Nóbrega MML. O cuidar de pessoas idosas institucionalizadas na percepção da equipe de enfermagem. Rev Gaucha Enferm. 2015;36(1):56-61. doi:10.1590/1983-1447.2015.01.50106.

7. Silva FF, Santos Júnior J, Santos W, Martins F. A humanização do cuidado à pessoa idosa em uma ILPI. Rev FT. 2026;30(157):1-11. doi:10.69849/w35bry89.

8. Britto IC, Carvalho MIP, Nones DCC, Magri MPF. Enfrentamento familiar frente à doença de Alzheimer: gestão do cuidado de enfermagem à luz da teoria de King. Rev Ibero-Am Humanid Cienc Educ. 2025;11(10):4749-63. doi:10.51891/rease.v11i10.21701.

9. Freitas MC, Alvarez AM, Santana RF. Enfermagem e a permanência do cuidado à pessoa idosa. Rev Bras Enferm. 2021;74(Suppl 2). doi:10.1590/0034-7167.202174Suppl201.

10. Magri MPF, Nones DCD, Inácio RG, Benetti KFG, Gregorini MGP, Carriero MD, et al. Metodologias ativas no ensino da SAE: seminário integrado e formação para o cuidado integral. Rev Ibero-Am Humanid Cienc Educ. 2026;12(6):1-12. doi:10.51891/rease.v12i6.25189.

11. Vicente AK, Oliveira GJC, Bailão JPL, Magri MPF. Letramento em saúde entre idosos com diabetes mellitus: autocuidado e qualidade de vida. Contrib Cienc Soc. 2026;19(7). doi:10.55905/revconv.19n.7-049.

12. Magri MPF, Moreira CH, Perri L, Olimpio ALS, Misseno CH, Queiroz JB, et al. Prevenção da hipertensão arterial em idosos: uma prática de extensão universitária da enfermagem. Observ Econ Latinoam. 2025;23(5). doi:10.55905/oelv23n5-128.

13. Damaceno DG, Chirelli MQ, Lazarini CA. A prática do cuidado em instituições de longa permanência para idosos: desafio na formação dos profissionais. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2019;22(1). doi:10.1590/1981-22562019022.180197.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Endereço para correspondência:

Micheli Patrícia de Fátima Magri
Rua Santa Terezinho, 160, centro
São José do Rio Pardo - SP, CEP 13720-000
Brasil

E-mail: micheli.magri@docente.unip.br

Recebido em: 15/06/2026
Aceito em: 22/06/2026