



Competências
de Enfermagem
Gerontogeriatrica

COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM GERONTOGERIÁTRICA:

UMA EXIGÊNCIA PARA
A QUALIDADE DO CUIDADO

COMPETENCIES IN
GERONTOGERIATRIC NURSING:
A REQUIREMENT FOR CARE QUALITY

19

Série Monográfica | Monographic Series
Educação e Investigação | Health Sciences Education
em Saúde | and Research

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Health Sciences Research Unit: Nursing
Nursing School of Coimbra



HEALTH SCIENCES
RESEARCH UNIT
NURSING
**UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENFERMAGEM**

SÉRIE MONOGRÁFICA / MONOGRAPHIC SERIES

ISSN: 1647-9440

EDITOR / PUBLISHER

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)

MONOGRAFIA – Nº 19

ISBNp: 978-989-53364-1-8

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA DA MONOGRAFIA / SCIENTIFIC COORDINATION OF THE MONOGRAPH

Maria de Lurdes Ferreira de Almeida

João Paulo de Almeida Tavares

Joana Sofia da Silva Ferreira

INDICADOR DO PROJETO DE ESTUDO, INSCRITO NA UICISA: E

Competência dos(as) enfermeiros(as) no cuidado à pessoa idosa associado ao Projeto Estruturante Envelhecimento, Saúde e Cidadania: Cidadania e Promoção da Autonomia e Independência da Pessoa Idosa e dos seus Cuidadores.

COMO SE CITA A MONOGRAFIA (Normas APA 7ª edição) / HOW TO CITE THE MONOGRAPH (APA - 7th edition)

Almeida, M.L.F, Tavares, J.P.A. & Ferreira, J.S.S. (Coord.). (2021). Competências em Enfermagem Gerontogerátrica: Uma Exigência para a Qualidade do Cuidado. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC).

COMO SE CITA UM CAPÍTULO (Normas APA 7ª edição)

Tavares, J., Almeida, M.L. & Ferreira, J. (2021). Padrão de competências: Porquê? Como? Quais? Para quê? In M.L.F Almeida, J.P.A. Tavares & J.S.S. Ferreira (Coord.). (2021). Competências em Enfermagem Gerontogerátrica: Uma Exigência para a Qualidade do Cuidado. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. (pp. 13-42). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC).



**Competências
de Enfermagem
Gerontogeriatrica**

COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM GERONTOGERIÁTRICA:

UMA EXIGÊNCIA PARA
A QUALIDADE DO CUIDADO

COMPETENCIES IN GERONTOGERIATRIC NURSING:

A REQUIREMENT FOR CARE QUALITY

Coord.

Maria de Lurdes Ferreira de Almeida
João Paulo de Almeida Tavares
Joana Sofia da Silva Ferreira

Série Monográfica | Monographic Series
Educação e Investigação | Health Sciences Education
em Saúde | and Research

19

**Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**

Health Sciences Research Unit: Nursing
Nursing School of Coimbra

Ficha Técnica / Copyright Page

Título / Title

Competências em Enfermagem Gerontogeriatrica:
Uma Exigência para a Qualidade do Cuidado

Editor / Publisher

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Responsabilidade da série Monográfica / Responsibility for the Monographic Series

João Luís Alves Apóstolo, *Coordenador Científico da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*
Aida Cruz Mendes, *Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Coordenação Científica da Monografia / Scientific Coordination of the Monograph

Maria de Lurdes Ferreira de Almeida, *Ph.D., Professora Coordenadora da ESEnFC, Portugal*
João Paulo de Almeida Tavares, *Ph.D., Professor Adjunto da ESS da Universidade de Aveiro, Portugal*
Joana Sofia da Silva Ferreira, *MsC, Enfermeira na Cruz Vermelha Portuguesa*

Autores / Authors

Adriana Raquel Neves Coelho
Ana Clara Nunes
Ana Cristina de Almeida Marinho Diniz
Ana da Conceição Alves Faria
Carlos Alberto Cruz Sequeira
Cármem Dolores Ribeiro Queirós
Cristina Lavareda Baixinho
Helena Maria Guerreiro José
Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco
Idalina Delfina Gomes
Isabel Maria de Assunção Gil
Joana Sofia da Silva Ferreira
João Paulo de Almeida Tavares
José Carlos Marques Carvalho
Lia Raquel Teixeira de Sousa
Lucília Rosa Mateus Nunes
Luís Manuel Mota Sousa
Marco Aurélio Correia Carreira da Cunha Constantino Maria do Céu Pinto Marques
Maria de Lurdes Ferreira de Almeida
Maria Manuela Martins
Odete Sofia da Silva Lomba de Araújo
Olga Maria Freitas Simões de Oliveira Fernandes
Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro
Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Rogério Manuel Ferrinho Ferreira
Rosa Carla Gomes da Silva
Rui Paulo Ramalho Inês
Teresa Luísa Carvalho Vieira
Tiago Filipe Rodrigues do Nascimento

Série Monográfica / Monographic Series

ISSN 1647-9440

Monografia / Monograph

Número 19
ISBNp: 978-989-53364-1-8
DEPÓSITO LEGAL:

Copyright

© 2021 Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)

LOGOTIPO

Gonçalo Mendes António

Revisão Técnica / Technical Editing

Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros

Revisão Final / Copy Editing

Priscilla Pegas, *PhD em Ciências do Ambiente, UICISA: E*

Maquetização e Paginação / Layout & DTP

Marina Salvado, *Lic. Arte e Design, UICISA: E*

Revisão Documental / References Revision

Serviço de Documentação da ESEnFC

Apoio Técnico / Technical Support

Cristina Louçano, *Secretariado da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

Gráfica / Printed By

Sersilinto-empresa Gráfica, Lda – Maia

Tiragem / Copies

400 exemplares

Ano de Publicação / Year of Publication

2021

Índice

Nota Curricular.....	1
Prefácio.....	5
<i>Aida Maria de Oliveira Cruz Mendes</i>	
<i>Ricardo Correia de Matos</i>	
(Re)Pensar as Competências em Enfermagem Gerontogeriátrica.....	11
CAPÍTULO I	
Padrão de Competências: Porquê? Como? Quais? Para quê?.....	13
CAPÍTULO II	
Envelhecimento e Comunicação: Desafios para os(as) Enfermeiros(as).....	43
CAPÍTULO III	
Perspetivas Éticas, Deontológicas e Jurídicas no Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa.....	65
CAPÍTULO IV	
Teorias e/ou Modelos de Enfermagem no Desenvolvimento do Cuidado Gerontogeriátrico.....	95
CAPÍTULO V	
Segurança, Qualidade e Gestão do Risco no Cuidado Gerontogeriátrico.....	115
CAPÍTULO VI	
Trabalho Interdisciplinar no Cuidado à Pessoa Idosa, Família e/ou Cuidador Informal.....	133
CAPÍTULO VII	
Promoção da Saúde e Prevenção da Doença na Pessoa Idosa.....	141

CAPÍTULO VIII	
Desenvolvimento Profissional Contínuo no Contexto da Enfermagem Gerontogerátrica.....	155
CAPÍTULO IX	
Políticas Associadas ao Envelhecimento.....	165
CAPÍTULO X	
Investigação em Enfermagem Gerontogerátrica: Produção, Transferência e Implementação de Práticas Baseadas em Evidência.....	183
CAPÍTULO XI	
Gestão no Cuidado Gerontogerátrico.....	199

Índice de Figuras

Figura 1. <i>Etapas do Processo de Desenvolvimento e Validação dos Padrões de Competências</i>	19
Figura 2. <i>Etapas da Recolha de Dados com o Método Delphi</i>	25
Figura 3. <i>Gestão do Cuidado Gerontogerátrico</i>	208
Figura 4. <i>Método de Trabalho - Processo de Enfermagem</i>	209
Figura 5. <i>Componentes do Processo de Trabalho em Gerontogeriatría</i>	211

Índice de Tabelas

Tabela 1	
<i>Principais Resultados da Revisão da Literatura para o Desenvolvimento dos Padrões de Competências.....</i>	<i>20</i>
Tabela 2	
<i>Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Peritos</i>	<i>27</i>
Tabela 3	
<i>Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Peritos</i>	<i>29</i>
Tabela 4	
<i>Resultados de Cada Ronda do Estudo de Delphi sobre CompEnfGer_Dif. O Consenso Definido foi ≥80% de Concordância Entre os Peritos.....</i>	<i>29</i>

Nota Curricular

Adriana Raquel Neves Coelho, Doutora em Ciências de Enfermagem, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem – UICISA:E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, ORCID: 0000-0002-6381-7128

Ana Clara Nunes, Doutora em Desenvolvimento e Intervenção Psicológica, Instituto Internacional de Investigación e Innovación del Envejecimiento (4IE+), Instituto Politécnico de Beja, ORCID: 0000-0002-8514-2264

Ana Cristina de Almeida Marinho Diniz, Mestre em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, ORCID: 0000-0001-9762-9785

Ana da Conceição Alves Faria, Doutoranda em Ciências de Enfermagem, NursID: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem – CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde – FMUP, Administração Regional de Saúde do Norte IP, ORCID: 0000-0002-5838-0080

Carlos Alberto Cruz Sequeira, Doutor em Ciências de Enfermagem, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde – CINTESIS, Escola Superior de Enfermagem do Porto, ORCID: 0000-0002-5620-3478

Cármem Dolores Ribeiro Queirós, Doutoranda em Ciências de Enfermagem, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem – UICISA:E, Centre for Information Systems Research and Development of Porto Nursing [CIDESI-ESEP], Centro Hospitalar Universitário do Porto, ORCID: 0000-0002-7331-5535

Cristina Lavareda Baixinho, Doutora em Enfermagem, Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, ORCID: 0000-0001-7417-1732

Helena Maria Guerreiro José, Doutora em Enfermagem, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem - UICISA-E, Universidade do Algarve, ORCID: 0000-0002-2626-8561

Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco, Doutora em Enfermagem e em Sociologia,

Centro de Investigação para a Valorização de Recursos Endógenos [VALORIZA], Instituto Politécnico de Portalegre, ORCID: 0000-0001-7455-1081

Idalina Delfina Gomes, Doutora em Enfermagem, Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, ORCID: 0000-0003-2974-0734

Isabel Maria de Assunção Gil, Doutora em Ciências da Enfermagem, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem UICISA:E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, ORCID: 0000-0002-5387-8285

Joana Sofia da Silva Ferreira, Mestre em Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria, Cruz Vermelha Portuguesa, ORCID: 0000-0001-8533-1877

João Paulo de Almeida Tavares, Doutor em Gerontologia e Geriatria, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem – UICISA:E, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde – CINTESIS, Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, ORCID: 0000-0003-3027-7978

José Carlos Marques Carvalho, Doutor em Ciências de Enfermagem, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde – CINTESIS, Escola Superior de Enfermagem do Porto, ORCID: 0000-0002-8391-8647

Lia Raquel Teixeira de Sousa, Doutora em Ciências de Enfermagem, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde – CINTESIS, Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, IPSN/CESPU, ORCID: 0000-0003-1749-4695

Lucília Rosa Mateus Nunes, Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica, Doutora em Filosofia, Unidade de Investigação em Enfermagem Sul e Ilhas - NURSE'IN – UIESI, Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal, ORCID 0000-0002-2684-7213

Luís Manuel Mota Sousa, Doutor em Enfermagem, Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus - Universidade de Évora, ORCID: 0000-0002-9708-5690

Marco Aurélio Correia Carreira da Cunha Constantino, Advogado, Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal, Ciencia ID 371F-0A7C-3D4D

Maria do Céu Pinto Marques, Doutora em Psicologia, Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, ORCID: 0000-0003-2658-3550

Maria de Lurdes Ferreira de Almeida, Doutora em Ciências de Enfermagem, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem – UICISA:E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, ORCID: 0000-0002-4454-8743

Maria Manuela Martins, Doutora em Ciências de Enfermagem, NursID: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem – CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde – FMUP, Escola Superior de Enfermagem do Porto, ORCID: 0000-0003-1527-9940

Odete Sofia da Silva Lomba de Araújo, Doutora em Enfermagem, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem – UICISA:E, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, ORCID: 0000-0001-9016-9528

Olga Maria Freitas Simões de Oliveira Fernandes, Doutoramento em Ciências da Educação, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde – CINTESIS, Escola Superior de Enfermagem do Porto, ORCID: 0000-0002-2134-430X

Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro, Doutora em Ciências de Enfermagem, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde – CINTESIS, Escola Superior de Enfermagem do Porto, ORCID: 0000-0001-9982-9537

Raul Alberto Carrilho Cordeiro, Doutor em Ciências e Tecnologias e da Saúde, Centro de Investigação para a Valorização de Recursos Endógenos [VALORIZA], Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Portalegre, ORCID: 0000-0002-0037-6919

Rogério Manuel Ferrinho Ferreira, Doutor em Ciências de Educação, Comprehensive Health Research Centre (CHRC) - Instituto Internacional de Investigación e Innovación del Envejecimiento (4IE+), Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Beja, ORCID: 0000-0001-5180-2036

Rosa Carla Gomes da Silva, Doutora em Enfermagem, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem – UICISA:E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, ORCID: 0000-0002-3947-7098

Rui Paulo Ramalho Inês, Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica, Mestre em Ciências da Educação e em Medicina, Unidade de Investigação em Enfermagem Sul e Ilhas - NURSE'IN – UIESI, Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal, ORCID ID 0000-0001-8897-4798

Teresa Luísa Carvalho Vieira, Mestranda em Enfermagem, Hospital da Senhora da Oliveira, EPE Guimarães, ORCID: 0000-0002-2899-7442

Tiago Filipe Rodrigues do Nascimento, Doutorando em Gestão, Centro de Investigação,

Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, ORCID: 0000-0003-3646-9057

Prefácio

Nas últimas décadas temos assistido a uma alteração demográfica significativa em muitos países, a nível mundial. A melhoria das condições de vida, das condições sanitárias e de saúde das populações, e a enorme evolução da ciência impulsionou a aquisição de mais anos à vida. Em Portugal, a média de esperança de vida ao nascer passou de 67,1 anos em 1970 para 81,1 anos em 2019, e os índices de envelhecimento e de longevidade da nossa população passou de 32,9 em 1970 para 165,1 em 2020 e de 32,6 (1970) para 48,7 (2020), respetivamente. Isto é, passamos a viver mais anos e os grupos etários de 65 ou mais anos e 75 ou mais anos passaram a representar uma proporção maior da população geral.

Estes indicadores são, simultaneamente, motivo de satisfação por refletirem uma melhoria de vida da nossa população e, também, desafiadores pois impõem respostas a necessidades emergentes.

Desde logo, é necessário assegurar que os anos de vida conquistados possam ser usufruídos com qualidade de vida. Tal como na segunda metade do século passado foi necessário um investimento coletivo para a melhoria das condições de vida e sanitárias do país - o que teve um impacto significativo no aumento da esperança de vida -, hoje coloca-se o desafio de responder de forma adequada às necessidades de saúde e sociais deste grupo populacional de pessoas mais velhas.

Os estudos mostram que as pessoas que pertencem aos grupos de 65 e mais anos, e aquelas com mais de 75 anos, têm vulnerabilidades especiais, nem sempre relacionadas exclusivamente com os processos biológicos de envelhecimento. Sejam por estes ou pelos determinantes de saúde a ele associados é indiscutível que a sociedade tem que se reorganizar para responder a esta nova realidade.

Os profissionais de saúde, e os enfermeiros em particular, têm um papel essencial no cuidado aos mais velhos. As singularidades deste grupo etário - biológicas, sociais e económicas -, ditam a necessidade de estudos dedicados que fomentam o desenvolvimento do conhecimento, o qual deve ser transferido para a prática de cuidados.

Cuidar das pessoas mais velhas exige, pois, conhecimento e uma aprendizagem prática específica. Foi tendo por base estas preocupações, que um conjunto alargado

de enfermeiros, com provas dadas na academia e na prática clínica, deitaram mãos à obra para organizar o livro que agora se apresenta: “Competências em Enfermagem Gerontogeriatrica: uma exigência para a qualidade do cuidado”. Com conteúdo que abrange tanto questões de organização profissional, quanto questões do conhecimento para o cuidar de pessoas mais velhas, neste livro poder-se-á encontrar excelentes reflexões e orientações para a enfermagem gerontogeriatrica.

Esta monografia constitui, sem dúvida, um excelente contributo para lançar a discussão sobre esta temática e apoiar a formação de novos enfermeiros nesta área de especialidade.

Aida Maria de Oliveira Cruz Mendes

Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Prefácio

A velhice é quase sempre (atrevo-me a dizer que compreensivelmente) a face do espelho de que desviamos o olhar. Em Portugal, o espelho mostra-nos um duplo envelhecimento: aumentam os idosos e temos cada vez menos jovens. Não podemos desviar o olhar, deste mesmo Portugal em que “não existe um padrão de competências na área da gerontologia e geriatria, quer no nível graduado, quer no âmbito do exercício profissional” (Tavares et al., 2021, p. 14).

Cuidar está antes, durante e depois. Cuidar, aqui, implica idosos, profissionais de saúde, famílias, poderes e instâncias governativas, locais e supra governamentais. Está o mundo implicado. Está cada um de nós responsabilizado.

Comenius, pensador do século XVI, já escrevia que a idade da velhice representa “conseguir finalmente que toda a vida seja boa, enquanto boa será a sua conclusão”.

Agnóstico, cristão, cada um de nós, com ou sem religião, aceitará na sua dimensão de ser pessoa a frase do Papa Francisco - “Onde não há cuidado com os idosos, não há futuro para os jovens” (Vatican News, 2021). Nesta monografia, mais do que o seu caráter científico, disciplinar, da enfermagem e da saúde pode ler-se uma marca civilizacional, um dever Ser. Ousado e de coragem acrescida nos tempos incertos que vivemos. A esse propósito, recentemente, António Guterres, secretário-geral da ONU, pediu mais proteção para os idosos, lembrando que a pandemia está a gerar “medo e sofrimento incalculáveis” nos mais velhos (Nações Unidas, 2020).

Os trabalhos científicos (e todos os outros) levam sempre a marca das pessoas, do contexto, do tempo em que surgem. E esta monografia surge num contexto próprio, por demais adjetivado, que testemunhamos na primeira pessoa, sem indiferenças possíveis.

Se retratássemos em pinceladas os tempos atuais, numa tela sem limites de áreas ou perímetros, teríamos os arco-íris com a legenda de que vamos todos ficar bem. Recuando na tela, teríamos obras grandiosas, barbáries pós-modernas também, invenções, fluxos e movimentos num Universo que dizemos em expansão. E teríamos crianças, pessoas, máquinas. E teríamos idosos, muitos. Aqueles tantos que a enfermagem, os cuidados de saúde, a alimentação, a família e os afetos ajudam a chegar mais longe na escadaria cronológica. Uns, felizes, protegidos, a fingir os vários pêndulos da vida; outros receosos,

doentes, inseguros, isolados. Uns afetuosos, de afetos recebidos e devolvidos, outros enfraquecidos e endurecidos sem a dignidade própria do ser pessoa. Uns e outros responsabilizam-nos. Uns, os felizes, saudáveis e afetuosos, inspiram-nos e reforçam a fé no progresso civilizacional e na continuidade evolutiva do ser humano. Os outros que, seja qual for o motivo, não se cumprem na dignidade e perfeitibilidade humanas que a sociedade lhes deve, angustiam-nos e a maior parte das vezes fazem-nos desviar os olhos do espelho. Sim, porque cada imagem desse idoso em sofrimento ou mal cuidado é o reflexo possível de cada um de nós, a sombra e a culpa que nos perseguem e de que fugimos por presunção, medo, fraqueza ou ignorância.

Onde fica a esperança de cada eu que será o outro, amanhã, velho, esvaziado do ser jovem que o fez percorrer caminhos vários?

Enquanto Enfermeiro e pessoa humana, sempre me impressionaram os olhares vazios dos mais velhos nos corredores de hospitais ou outros espaços de prestação de cuidados a idosos. Olhares que procuram invariavelmente conforto e segurança, pedidos de ajuda ou afetos silenciosos dirigidos, quase sempre, à farda branca, à figura do enfermeiro ou da enfermeira de quem todos esperam tudo, às vezes mais do que pode a tecnociência ou o imenso coração humano.

Não creio que possamos deixar bem maior às futuras gerações, às crianças que irão dar continuidade à nossa herança, que o saber (e o querer), científico e humano, capazes de cuidar bem dos nossos idosos.

Nesta monografia vejo esse farol de esperança civilizacional. A preocupação em fazer mais e melhor, rasgando os preconceitos de uma pós-modernidade que desvaloriza o que não é imediatamente lucrativo, ou que exige entrega e esforço, numa sociedade líquida, alheia ao outro (que é descartável), designação associada ao filósofo Zygmunt Bauman, considerado um dos principais pensadores do século XX.

“A percepção dos docentes, estudantes e profissionais de que o cuidado às pessoas idosas não é uma opção atrativa, possivelmente tem uma considerável influência nos valores dos estudantes, refletindo-se na sua prática profissional futura” (Tavares et al., 2021, p. 16).

Nesta obra as evidências e análises apontam a luz na direção contrária: importa o que pode não ser atrativo ou lucrativo, mas é valioso e socialmente urgente. Conscientes da importância da temática, os autores dos XI capítulos seguem o mesmo fio condutor, perseguem evidências científicas, reforçam imperativos profissionais, pedagógicos e sociais. Desocultam lacunas legislativas, ausências procedimentais e até ético-deontológicas, com rigor e imparcialidade apenas contaminados pelo objetivo maior de

fazer, saber, poder saber, fazer bem, melhor e mais, na prevenção, na promoção, na comunicação, na gestão dos cuidados de saúde prestados aos idosos pelos (nossos) enfermeiros que (em nome de todos nós) valorizam e se pretendem envolver na área da Enfermagem Gerontológica.

Envelhecer para quê? Porquê? Há de alguém sensato responder – para os enfermeiros cuidarem bem de nós, graças aos conhecimentos medico-científico-instrumentais e legais que a sociedade lhes proporciona. E, se alguém amargo, disposto a trocadilhos com títulos de filmes, responder que “este país não é para velhos”, fica o conforto de sabermos as outras e esta geração de enfermeiros, em particular, empenhados a aplicarem ética, vocação e saberes para prestarem cuidados maiores a quem já deixou de contar para as estatísticas laborais, ou pesa preconceituosamente em orçamentos e outras disposições político-legais.

Ricardo Correia de Matos

Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros

(Re)Pensar as Competências em Enfermagem Gerontogeriatrica

Partindo da premência de responder aos desafios e oportunidades colocados pelo envelhecimento à Enfermagem, acreditando que será uma das áreas centrais do cuidado de Enfermagem para o século XXI, elaboramos esta monografia denominada de “Competência em Enfermagem Gerontogeriatrica: uma exigência para a qualidade do cuidado”, em parceria com a Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e a Ordem dos Enfermeiros – Secção Regional do Centro. Esta decorre de uma investigação denominada “Perfil de competências das/os enfermeiras/os no cuidado à pessoa idosa”, que culminou com o desenvolvimento de dois padrões de competências em Enfermagem Gerontogeriatrica.

Globalmente, o reconhecimento de que a maioria das pessoas idosas têm condições de saúde complexas requer que as/os enfermeiras/os sejam competentes na gestão do cuidado a estes beneficiários. Deste modo, a evidência recomenda o reforço da Enfermagem Gerontogeriatrica em todos os planos de estudos de Enfermagem. Duas importantes estratégias para conseguir este objetivo são: 1) assegurar que os docentes de Enfermagem sejam conhecedores/peritos no cuidado gerontogeriatrico para formar as futuras gerações de Enfermeiras/os; 2) existir padrões de competências que determinem um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades requeridas para o cuidado à pessoa idosa. A capacidade para as/os enfermeiras/os desenvolverem um cuidado seguro e de elevada qualidade está altamente relacionado com as suas competências.

Em Portugal, a ausência de padrões de competências na área da Enfermagem Gerontogeriatrica é uma lacuna, em especial, sabendo que a maioria das/os enfermeiras/os portuguesas/es cuidam ou cuidarão de pessoas idosas em diferentes contextos da sua prática e que a maioria tem uma formação e/ou conhecimentos insuficientes para propor um cuidado de qualidade a estes utentes. Deste modo, este projeto desenvolveu dois padrões: 1) Competências de Enfermagem Gerontogeriatrica (CompEnfGer) e 2) Competências Acrescidas Diferenciadas em Enfermagem Gerontogeriatrica (CompEnfGer_Dif).

O desenvolvimento destes padrões teve por base a metodologia de Delphi modificado, que integrou 35 peritos na área da Enfermagem Gerontogeriatrica. Estes padrões são o

primeiro passo de um caminho que tarda em fazer-se na Enfermagem Gerongiátrica em Portugal, mas para o qual nunca é tarde para avançar. Sendo assim, esperamos que estes padrões possam contribuir para (re)pensar os PE em Enfermagem, promover o reconhecimento e/ou desenvolvimento profissional nesta área e abrir as portas para uma Enfermagem de prática avançada neste domínio.

No sentido de reforçar este propósito, esta monografia tem como objetivo descrever o processo metodológico que esteve na base deste trabalho de investigação, bem como, analisar a importância destas competências para o desenvolvimento do cuidado de Enfermagem à pessoa idosa. Foram elaborados diferentes capítulos a aprofundar os domínios de competência por autores que se têm dedicado ao estudo dos mesmos.

Esta monografia é um convite a olhar para a Enfermagem Gerontogerátrica através de diferentes pontos de vista que convergem numa imagem central que é o papel autónomo, imprescindível e inequívoco das/os enfermeiras/os para responder aos desafios e oportunidades associados ao envelhecimento. Preparar as/os enfermeiras/os para desenvolver um cuidado de qualidade à pessoa idosa é uma obrigação, não uma opção.

João Tavares

Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Maria de Lurdes Almeida

Professor Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Joana Ferreira

Enfermeira na Cruz Vermelha Portuguesa

CAPÍTULO I

Padrão de Competências: Porquê? Como? Quais? Para quê?

João Tavares

Maria de Lurdes Almeida

Joana Ferreira

Nas últimas cinco décadas assistiu-se a um aumento no índice de envelhecimento da população portuguesa (27,3 em 1960 e 127,8 em 2011) (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012). Entre 1960 e 2011 verificou-se o fenómeno do duplo envelhecimento, em que o índice de dependência e de longevidade aumentaram significativamente durante este período. De acordo com os últimos censos, a população jovem (0-14 anos) e as pessoas com 65 ou mais anos representavam 15% e 19%, respetivamente, evidenciando o retrato demográfico do país (INE, 2014). Segundo a Fundação Francisco Manuel dos Santos (FFMS, 2020a) existiam, em 2019, 161,3 pessoas idosas por cada 100 jovens, sendo, para esse mesmo ano, uma percentagem de 13,6% de jovens (com menos de 15 anos) e 22% de pessoas com mais de 65 anos. Esta transição demográfica, em muitos casos, é acompanhada por uma transição epidemiológica, especialmente associada ao aumento de pessoas idosas com multimorbilidades e que irão necessitar de mais e melhores cuidados de saúde.

O envelhecimento da população terá profundas implicações em todos os domínios da sociedade, especialmente, entre os profissionais de saúde que estão inadequadamente preparados para responder à especificidade do cuidado à pessoa idosa (Institute of Medicine - IoM, 2008). Recentemente, Foley & Luz (2020), analisaram as recomendações do IoM e concluíram que a formação, o número de profissionais especializados e as políticas de retenção continuam insuficientes face às projeções demográficas para 2030. Para além disso, os estudos internacionais evidenciam que a Enfermagem Gerontogeriatrica (EGG) não é uma área atrativa para a prática clínica (Garbrah et al., 2017) e que a maioria das(os) enfermeiras(os) tem falta de interesse em realizar formação pós-graduada ou especializada nesta área (Fulmer, 2020; Mueller et al., 2020). Vários fatores contribuem para esta situação, nomeadamente, a imagem negativa associada à EGG, a formação graduada insuficiente e insipiente nesta área e a falta de regulamentação e reconhecimento pelos órgãos governamentais.

Vários fatores contribuem para esta situação, nomeadamente, a imagem negativa associada à EGG, a formação graduada insuficiente e insipiente nesta área e a falta de regulamentação e reconhecimento pelos órgãos governamentais.

Uma análise com enfoque na Enfermagem Portuguesa faz emergir um conjunto de preocupações crescentes e que refletem preocupações globais. Primeiro, as(os) enfermeiras(os) representam o principal grupo profissional nas instituições de saúde, tendo um papel decisivo no cuidado à pessoa idosa. Dados de Portugal reportam que são o grupo profissional mais representativo (75 773 em 2019) nas instituições de saúde (FFMS, 2020b). Gray-Miceli et al. (2014) referem que é expectável que, cada vez mais, estes profissionais cuidem ou cuidarão de pessoas idosas. Atualmente, este grupo etário é e continuará a ser o principal utilizador dos serviços de saúde, tal como se verifica em Portugal (Coelho, 2016). Adicionalmente, as pessoas idosas apresentam necessidades de saúde complexas que requerem profissionais cada vez mais preparados para gerir o cuidado de que necessitam. O reconhecimento desta complexidade e especificidade no cuidado de EGG está na base da recomendação do Institute of Medicine (2008) para a integração da formação no cuidado da pessoa idosa em todos os planos de estudo (PE) dos profissionais de saúde. Segundo Mezey, Capezuti e Fulmer (2004), as pessoas idosas são o *core business* dos serviços de saúde, assistindo-se a uma crescente consciencialização organizacional sobre a necessidade das(os) enfermeiras(os) deterem *expertise* nesta área. Contudo, nem sempre os serviços têm dotações de Enfermagem seguras, assim como, as(os) enfermeiras(os) podem não ter o conhecimento, as competências e as atitudes necessárias para desenvolver um cuidado de qualidade às pessoas idosas (Banister, 2018; Fulmer, 2020). Um estudo realizado por Tavares et al., (2017) com enfermeiras/os portuguesas/es que trabalhavam em contexto hospitalar evidenciou que 86,3% não tinham nenhuma formação ou treino na área da EGG e apresentaram um baixo nível de conhecimento e atitudes negativas na gestão de quatro síndromes geriátricas (úlceras de pressão, sono, incontinência urinária e uso de restrições física à mobilidade) (Tavares et al., 2015)

Segundo, a formação graduada e pós-graduada na área da EGG é claramente insuficiente. Em 1956, Dorren Norton, uma das enfermeiras pioneiras nesta área, já identificava as vantagens na inclusão do cuidado gerontogeriático na educação graduada dos estudantes de Enfermagem (Denham, 2016). A *National Academy of Medicine*, recomendou que fossem feitas melhorias significativas nos PE dos profissionais de saúde. Internacionalmente, tem-se assistido a um esforço por parte da *American Nurses Association - Gerontological Nursing Division*, *American Association of Colleges of Nursing*, do *Hartford Institute for Geriatric Nursing*, *Geriatric Nursing Leadership Academy from Sigma Theta Tau Internacional* e *The Canadian Gerontological Nursing Association*, entre outras entidades responsáveis pela acreditação e certificação, para

fortalecer a EGG na formação das(os) enfermeiras(os). Apesar deste esforço, verifica-se, em especial no ensino graduado de Enfermagem, que a falta de capacidade académica na preparação dos estudantes no cuidado gerontogeriatrico é uma das principais barreiras para melhorar a qualidade do cuidado a este grupo etário dentro da disciplina (Boscart et al., 2017; Michael et al., 2019). Vários fatores parecem contribuir para esta falta de capacidade, destacando-se a insuficiente preparação dos estudantes, devido ao pouco tempo dedicado à EGG nos planos de estudos (Swanlund & Kujath, 2012). Estudos internacionais (Deschodt et al., 2010; Fagerberg & Gilje, 2007; Fulmer, 2020; Hsieh & Chen, 2018) the demands for geriatric and long-term care are drastically increasing. Since one of the important strategies in preparation for long-term care system is to focus on the engagement of health care professionals, this paper applies a systematic approach to review the current geriatric and long term care courses in Bachelor of Science in Nursing (BSN e nacionais (Tavares et al., 2021) demonstram que apesar dos esforços para reforçar o ensino da EGG, a sua inclusão nas componentes letiva e clínica, ainda é insuficiente face às exigências e procura de cuidados a este grupo etário.

Em Portugal, um estudo que incluiu 18 escolas de Enfermagem, representando 68,7% de todos os estudantes de Enfermagem, demonstrou que o número de unidades curriculares com tópicos de gerontologia, independentemente da tipologia, foi significativamente baixo e os currículos heterogéneos na abordagem da gerontogeriatrica, evidenciando a necessidade de reforçar esta área, em especial, através de implementação de UC isoladas. As barreiras que mais dificultam a integração destes conteúdos foram a imagem negativa da EGG (44,4%); os PE sobrecarregados (38,9%); a falta de *role-models* /supervisores/ tutores na área gerontogeriatrica, em especial, em contextos clínicos (38,9%); a falta de normas e padrão de competências para a prática da gerontogeriatrica (38,9%). Embora seja consensual que a maioria destes estudantes irá cuidar de pessoas idosas, só duas escolas tinham estabelecido competências gerontogeriatricas para os estudantes de Enfermagem (Tavares et al., 2021). A insipiente inclusão gerontologia e da geriatrica nos PE de Enfermagem, resulta num número baixo de estudantes com competências nesta área e interessados em desenvolver cuidados às pessoas idosas (Boscart et al., 2017; Hirst et al., 2012; Mastel-Smith et al., 2016). A falta de entusiasmo de algumas Escolas sobre esta temática (Garbarino & Lewis, 2020) parece contribuir para este lento ajuste dos PE. Por outro lado, esses planos tendem a reforçar a noção de Enfermagem centrada em habilidades técnicas, focando-se na aprendizagem dos estudantes em áreas que surgem associadas a um nível de diferenciação técnica e tecnológica, tais como os cuidados agudos e críticos (Garbrah et al., 2017). Contudo, a apesar da maioria dos utilizadores destes contextos serem idosos, os estudantes e docentes/supervisores centram-se mais no processo de doença e tratamento em vez dos desafios comuns experienciados pelas pessoas idosas e famílias (eg. *delirium*, descondicionamento) (Ironsides et al., 2010). Por outro lado, a maioria dos ensinamentos clínicos com enfoque gerontogeriatrico ocorre nos

primeiros anos do curso de Enfermagem, associado a instituições de longa permanência e, normalmente, com um período de tempo reduzido e/ou opcional. Esta experiência contribui para uma percepção que o trabalho em instituições de longa permanência não é especializado e requer menos competência e conhecimento. Este equívoco leva a que os estudantes e docentes entendam que a área gerontogeriatrica não permite o desenvolvimento de práticas avançadas. Um dos exemplos prende-se com o facto dos estudantes entenderem que o cuidado às pessoas idosas só requer um “cuidado básico” e temem que as habilidades técnicas que aprendem nas escolas de enfermagem sejam perdidas se eles dedicarem a maior parte do tempo a cuidar de pessoas idosas. Algumas pesquisas indicam que esse equívoco é a razão pela qual a inclusão desta área deve ser prioritária nos currículos de Enfermagem (Fulton et al., 2015).

Para além disso, a experiência de supervisão e a inadequação de alguns destes locais de ensino clínico reforçam os preconceitos e estereótipos dos estudantes de Enfermagem em relação ao cuidado às pessoas idosas (Garbrah et al., 2017; Sizer et al., 2016; van Iersel et al., 2016) fewer students choose the care of ill older people as a career upon qualification; the need to assure the future nursing workforce in this field has been acknowledged globally. In view of the ageing of the world population, there is a need to encourage the care of ill older people as a positive career choice (Koh, 2012. Face a esta visão, existe um movimento crescente sobre a necessidade de reforçar a compreensão dos estudantes acerca do cuidado a pessoas idosas nas instituições de longa permanência como diferenciados, complexos, exigentes e informados nos dados (Stanyon et al., 2017).

Um outro fator que parece contribuir para a falta de interesse nesta área, especialmente durante a formação, envolve os docentes de Enfermagem. Estes nem sempre estão conscientes da importância da EG, e os especialistas entre o corpo docente são poucos, para que possam fazer face às reais necessidades do PE (Garbrah et al., 2020a). Segundo Hirst et al. (2012), as atitudes negativas em relação ao cuidado gerontológico permanecem como um problema duradouro entre os docentes de Enfermagem. Também é reportado pelos mesmos a lacuna de conhecimento na área, o desconforto e a falta de familiaridade com o cuidado à pessoa idosa (Schrader, 2009). Tendo por base a visão de que a aprendizagem nestes contextos é insuficiente para desenvolver competências técnicas e cognitivas dos estudantes os docentes influenciam de forma negativa a escolha dos ensinamentos clínicos em instituições de longa permanência (Schrader, 2009). Contudo, o estudo de revisão sistemática (n=18) reforça a inclusão que os conteúdos gerontogeriatricos e os ensinamentos clínicos em unidades de longa permanência efetivamente fortalecem as competências dos estudantes (Hsieh & Chen, 2018). A percepção dos docentes, estudantes e profissionais de que o cuidado às pessoas idosas não é uma opção atrativa, possivelmente tem uma considerável influência nos valores dos estudantes, refletindo-se na sua prática profissional futura (Boscart et al., 2017; Haron et al., 2013;

Hirst et al., 2012). Gould e colegas (2015) sugerem que os estudantes têm atitudes positivas decorrentes do cuidado às pessoas idosas, mas recebem mensagens fortes dos seus mentores de que a EGG não é prestigiosa nem valorizada. No sentido de contrariar esta visão errônea, docentes dedicados e com experiência em gerontogeriatría podem influenciar e/ou promover a vontade e o interesse dos estudantes na área (Garbrah et al., 2020b). Estudos de revisão nesta área advogam a necessidade dos docentes de Enfermagem estarem envolvidos na implementação de planos de estudo amigos das pessoas idosas (Garbrah et al., 2017; Neville & Dickie, 2014).

No sentido de inverter esta situação, bem como a falta de docentes convenientemente qualificados que possam (re)desenhar experiências de aprendizagem com as pessoas idosas e estabelecer um modelo a seguir no cuidado gerontogeriátrico, foi desenvolvido um padrão de competência e um programa de reconhecimento para docentes de Enfermagem gerontológica (Wyman et al., 2019) e uma escala para avaliar o papel dos docentes no ensino da enfermagem gerontogeriátrica (Garbrah et al., 2020a). Esta estratégia procura capacitar as Escolas e os docentes de Enfermagem para que sejam capazes de formar as futuras gerações de enfermeiras/os. Três estudos de revisão destacam a importância dos docentes e/ou supervisores deterem conhecimento e experiência no cuidado às pessoas idosas, bem como, que sejam entusiastas e modelos positivos no cuidado gerontogeriátrico (Garbrah et al., 2017; Sizer et al., 2016).

Por último, para se conseguir impulsionar a EG é importante a regulamentação profissional nesta área. Estudos realizados com estudantes de Enfermagem que gostariam de seguir uma carreira na gerontogeriatría demonstraram que tinham dificuldades em prever como iriam avançar na formação para se tornarem especialistas se optassem por esta área (Kydd et al., 2014; Stevens, 2011). O estudo de revisão realizado por Neville et al. (2014) sobre os motivos que levam os estudantes de Enfermagem a não prosseguir nesta área refere que esta situação manter-se-á num futuro próximo, mesmo que a decisão seja tomada ao nível: da regulamentação profissional, dos serviços de saúde e /ou social, da comunidade e do governo.

Recentemente, a Ordem dos Enfermeiros através do Regulamento n.o 429/2018 deu o primeiro passo no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à pessoa em situação crítica, à pessoa em situação paliativa, à pessoa em situação perioperatória e à pessoa em situação crónica. Duas destas áreas entrecruzam-se de uma forma direta com a gerontogeriatría, nomeadamente a pessoa em situação crónica e em situação paliativa. Apesar deste progresso, que seja do nosso conhecimento, não existe nenhum sistema de Creditação e Acreditação na área da Enfermagem Gerontológica. Contudo, a literatura sugere que um dos principais facilitadores do desenvolvimento da Enfermagem Gerontogeriátrica

prende-se à capacidade dos órgãos reguladores da profissão implementarem sistemas de creditação e acreditação nesta área (Boscart et al., 2017). O fracasso em estabelecer estes sistemas de creditação e acreditação na área da EG, no desenvolvimento de competências ou na integração dessas competências em sistemas reguladores da profissão “contribuiu e contribuirá para a tendência de preparação insuficiente dos profissionais de saúde para cuidar as pessoas idosas” (p.41).

Atualmente, a evidência é robusta sobre a importância da formação avançada na área da EG, bem como o contributo da especialização. Os resultados demonstram que quando as/os enfermeiras/os são dotadas/os de competências nessa área, promovem ganhos em saúde em diferentes contextos de cuidado (Kane et al., 1989; King et al., 2018). Os resultados do impacto das(os) enfermeiras(os) de prática avançada¹ em gerontogeriatría demonstraram ser extremamente significativos no cuidado às pessoas idosas, reduzindo os resultados adversos (Chavez et al., 2018; Jiménez Navascués et al., 2015; Mathy Mezey et al., 2004). O papel do enfermeiros especialistas, no que respeita à qualidade de vida das pessoas idosas e em fase terminal, evidenciou “menos sintomas, maior vitalidade e melhor funcionamento físico e mental em virtude dos cuidados geriátricos e paliativos prestados por enfermeiros especialistas” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 31).

Vários fatores contribuem para a estagnação da EGG em Portugal. Contudo, padrões de competências são importantes instrumentos para comunicar o papel da(o) enfermeira(o) aos cidadãos, aos beneficiários dos cuidados, e aos profissionais de saúde, bem como definir o seu papel para os decisores políticos, as entidades empregadoras, e docentes. Para além disso, os padrões de competências devem distinguir as competências entre os enfermeiros que iniciam a sua prática, das competências expectáveis de enfermeiros com formação e perícia (Boscart et al., 2017). A existência de padrão de competências representa o primeiro passo para que ocorram mudanças no ensino da EGG bem como, promover a regulamentação e o reconhecimento do profissional de enfermagem nesta área. Em Portugal, não existe um padrão de competências na área da gerontologia e geriatria, quer ao nível graduado, quer no âmbito do exercício profissional. Face à complexidade e especificidade do cuidado às pessoas idosas e o crescente desenvolvimento do conhecimento, torna-se imperioso definir um conjunto de competências no âmbito da EGG. Adicionalmente, o imperativo demográfico e epidemiológico de contexto português, bem como, o papel crucial do cuidado de enfermagem às pessoas idosas nos diferentes contextos da sua prática, salienta a importância da existência de padrões de competências nesta área.

1 “Advanced practice nurse [enfermeiro de prática avançada] é um termo geral que inclui uma série de funções na enfermagem, os dois tipos principais são: nurse practitioner e nurse specialist que, algumas vezes, são referidos como clinical nurse specialist” (Buchan et al., 2013, p.10)

Este estudo teve por objetivo geral: desenvolver e validar padrões de competências (geral e acrescidas diferenciadas) na área da Enfermagem Gerontogeriatrica.

Na prossecução do objetivo supracitado, foram definidos um conjunto de objetivos específicos:

- Desenvolver um padrão de competências de Enfermagem Gerontogeriatrica para as(os) enfermeiras(os)
- Desenvolver um padrão de competências acrescidas diferenciadas em Enfermagem Gerontogeriatrica
- Validar os padrões de competências em Enfermagem gerontogeriatrica com recurso a peritos na área de Enfermagem

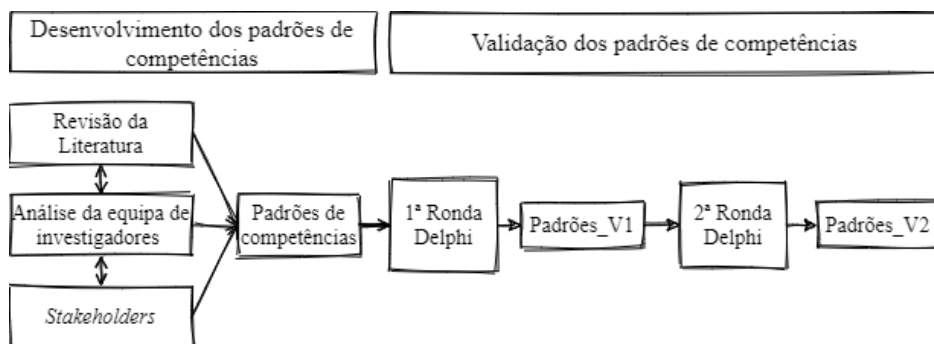
Padrão de Competências: Como?

O desenvolvimento dos padrões de competências teve duas etapas (figura 1):

- 1) Revisão da literatura, análise/discussão da equipa de investigadores e envolvimento de alguns interesados.
- 2) Validação dos padrões de competências através do método de Delphi modificado.

Figura 1

Etapas do Processo de Desenvolvimento e Validação dos Padrões de Competências



A Etapa 1 englobou duas fases. Na primeira, foi realizada uma revisão da literatura nas bases de dados eletrónicas MEDLINE (via PubMed) e CINAHL (via EBSCO). As palavras-chave incluídas foram: estudantes de enfermagem, enfermagem, gerontologia, pessoa

idosa, competência, padrão, enfermagem gerontológica e enfermagem geriátrica. Foram identificados três estudos de revisão sobre as competências das/os enfermeiras/os (Goldberg et al., 2016; Kiljunen et al., 2017; Stanyon et al., 2017), bem como perfis de competências desenvolvidos em diferentes países: Austrália (Britten et al., 2018), Estados Unidos da América (American Association of Colleges of Nursing, 2010), Canadá (Canadian Gerontological Association, 2010; Canadian Gerontological Association & Canadian Association of Schools of Nursing, 2017), Reino Unido (Stanyon et al., 2017), Espanha (Orden SAS/3225/2009, 2009), Noruega (Bing-Jonsson et al., 2015), Finlândia (Kiljunen et al., 2018) e China (Chen et al., 2019). Na tabela 1 sintetizamos a informação dos principais documentos.

Tabela 1

Principais Resultados da Revisão a Literatura para o Desenvolvimento dos Padrões e Competências

Ano / País	Publicação	Título	Autor e/ou organização	Finalidade
2001/Reino Unido	<i>Declaração</i>	National Service Framework for Older People	Health Department	Alertar para a necessidade de criar uma especialidade em enfermagem gerontológica.
2003/Dinamarca	<i>Relatório</i>	Europe Gerontological Nursing Curriculum	OMS – Gabinete Regional para a Europa	Orientar para a implementação da Enfermagem gerontológica nos planos curriculares e/ou como estratégia para a formação das(os) enfermeiras(os).
2008/EUA	<i>Guidelines</i>	The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice	AACN	Orientar para a transformação dos planos curriculares de Enfermagem para o século XXI.
2009/Espanha	<i>Decreto-lei</i>	Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica.	Ministério da Saúde e Política Social	Legislar o primeiro programa formativo para a especialidade de Enfermagem Geriátrica.

Ano / País	Publicação	Título	Autor e/ou organização	Finalidade
2010/EUA	<i>Guidelines</i>	Recommended Baccalaureate Competencies and Curricular Guidelines for the Nursing Care of Older Adults (supplement of the essentials of baccalaureate education for professional nursing practice)	AACN & Hartford Institute for & Nursing	Orientar para a incorporação de conteúdo de EG nos planos curriculares de Enfermagem, incluindo as experiências pedagógicas e clínicas para garantir que os estudantes de Enfermagem estejam capacitados no cuidado à pessoa idosa, família e/ou cuidadores informais, em diferentes contextos.
2010/Canada	<i>Guideline</i>	Gerontological Nursing Competencies and Standards of Practice 2010	CGA	Refletir sobre o conhecimento informado nos dados e a importância da Enfermagem gerontológica.
2010/EUA	<i>Guidelines</i>	Adult-gerontological care nurse Practitioner competencies	AACN& HIGN	Desenvolver uma matriz de competências especializadas em Enfermagem gerontológica.
2014/ EUA	<i>Guidelines</i>	Gerontology Competencies for Undergraduate and Graduate Education	Association of Gerontology in Higher Education	Orientar para a criação de programa de educação (incluindo diferentes disciplinas e tipologia de cursos) baseados no desenvolvimento de competências na área da gerontologia.
2015/ Noruega	<i>Estudo de Delphi</i>	Competence in advanced older people nursing: development of 'nursing older people--competence evaluation tool'	Bing-Jonsson PC, Bjørk IT, Hofoss D, Kirkevold M, Foss C.	Estabelecer um consenso nas competências mais relevantes das(os) enfermeiras(os) que trabalham com pessoas idosas.
2015/EUA	<i>Declaração de Consenso</i>	GAPNA consensus statement on proficiencies for the APRN gerontological specialist.	Gerontological Advanced Practice Nurses Association	Elencar as competências de Enfermagem avançadas que devem orientar a formação, prática clínica e certificação para atingir a especialização avançada em Enfermagem gerontológica.
2016/ Reino Unido	<i>Estudo de duas fases: revisão sistemática e Delphi</i>	Development of a curriculum for advanced nurse practitioners working with older people with frailty in the acute hospital through a modified Delphi process	Golberg, Cooper, Blundell, Gordon, Masud & Moorchilot	Estabelecer um consenso sobre as competências das(os) enfermeiras(os) com prática avançada no cuidado a pessoas idosas frágeis hospitalizadas.

Ano / País	Publicação	Título	Autor e/ou organização	Finalidade
2017/Canadá	<i>Guidelines</i>	Entry-to-Practice Gerontological Care Competencies for Baccalaureate Programs in Nursing	The Canadian Association of Schools of Nursing	Elencar as competências essenciais que as(as) enfermeiras(os), em especial recém-licenciados, devem deter no cuidado de EG. Orientações para os educadores de Enfermagem para o desenvolvimento de planos de estudos que contemplem esta área.
2017/Reino Unido	<i>Estudo de duas fases: revisão sistemática e Delphi</i>	The competencies of Registered Nurses working in care home: A modified Delphi study	Stantoy, Golberg, Astle, Griffiths and Gordon	Definir as competências das(os) enfermeiras (os) a trabalhar em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas no Reino Unido.
2017/Finlândia	<i>Estudo de revisão Integrativa</i>	Competence for older people nursing in care and nursing homes: An integrative review	Kiljunen, O, Valimäki, T., Kankkunen, P., Partanen, P.,	Identificar as competências das auxiliares de ação direta e enfermeiras que cuidam de pessoas idosas, em especial, nos cuidados de longa duração.
2017/Finlândia	<i>Estudo de Delphi modificado</i>	Multifaceted competence requirements in care homes: Ethical and interactional competence emphasized	Outi Kiljunen, Tarja Välimäki, Pirjo Partanen	Estabelecer um consenso nas competências mais relevantes das(os) enfermeiras(os) que trabalham com pessoas idosas.
2018/Austrália	<i>Estudo de duas fases: revisão sistemática e Delphi</i>	Developing gerontological nursing competencies: An e-Delphi study	Britten, N., Traynor, V., Osmond, T., & Chenoweth, L.	Desenvolver um padrão de competências em enfermagem gerontológica.
2019/Irlanda	<i>Guideline</i>	The Advanced Practice Nursing Older Persons – Clinical Guidance Framework	National Clinical Programme for Older People	Refletir o conhecimento e a compreensão atuais em enfermagem gerontológica sujeitos a mudanças devido à influência dos ambientes sociais, culturais, económicos e políticos nos cuidados de saúde.

Nota: EUA - Estados Unidos da América; AACN - American Association of Colleges of Nursing; HIGN=Hartford Institute for & Nursing; AGA=Canadian Gerontological Association NACC=Nursing in Aged Care Collaboration

Posteriormente, estes documentos foram analisados pela equipa de investigadores e sempre que necessário contactados os autores dos artigos e/ou organizações a solicitar esclarecimentos adicionais, nomeadamente, sobre os mecanismos reguladores da profissão. Desta análise, pode concluir-se que estes estudos e/ou padrões de competências refletem os sistemas de saúde, organização profissional de Enfermagem e modelos formativos próprios de cada país, sendo que, em muitos casos, não se adequam à realidade da Enfermagem Portuguesa. Deste modo, ficou claro a necessidade de desenvolver padrões adaptados ao contexto português, nomeadamente, ao ensino de Enfermagem, aos contextos de cuidados, à legislação/regulamentação e às orientações da Ordem dos Enfermeiros. Adicionalmente, verificou-se que, internacionalmente, existem claramente dois padrões distintos. O primeiro refere-se ao perfil de competências gerontogerítricas da(o) enfermeira(o) de cuidados gerais, decorrente essencialmente da escassa formação graduada. O segundo alude à especialização e/ou prática de Enfermagem avançada². Tendo por base o Regulamento Geral das Áreas de Competência Acrescida da Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.o 556/2017, 2017), os investigadores propuseram um padrão de competências acrescidas diferenciadas³ na EG.

Neste processo, a equipa teve a colaboração de interessados na área da investigação da gerontologia para analisar conjuntamente os domínios e as competências no sentido da relevância e da adequação ao contexto dos cuidados de enfermagem.

No final desta etapa resultaram dois padrões. O padrão – Competências de Enfermagem Gerontogerítrica (CompEnfGer) acresce ao perfil de competências da(o) enfermeira(o) de cuidados gerais os conhecimentos, as habilidades e os comportamentos de boas práticas no cuidado às pessoas idosa, família e/ou cuidador informal. Este foi constituído por 68 competências integradas em 12 domínios. O padrão - Competências Acrescidas Diferenciadas em Enfermagem Gerontogerítrica (CompEnfGer_Dif) aborda as intervenções diferenciadas no cuidado à pessoa idosa, família e/ou cuidador informal, sendo constituído por 64 competências integradas em oito domínios.

Fase 2 – Validação do processo de competências - Delphi Modificado

O método de Delphi modificado (Delphi_M) foi utilizado neste estudo para determinar o consenso entre o painel de peritos. Este método é um processo iterativo que tem

2 De acordo com o enquadramento profissional de cada país

3 "Os conhecimentos, habilidades e atitudes que dão resposta às necessidades, nos diversos domínios de intervenção, acrescentando, às competências do Enfermeiro, a perícia e o desenvolvimento do conhecimento numa área de intervenção diferenciada que não colida com as competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista" (Regulamento n.o 556/2017, 2017, p. 23636)

por base uma progressão sistematizada de rondas de avaliação por parte dos peritos, sendo um processo confiável para determinar o consenso em áreas em que não existe evidência e em que a *expertise* é importante (Meshkat et al., 2014). Tradicionalmente, na primeira ronda (R1) do processo Delphi, os peritos elaboram os itens para posterior análise de consenso (Hasson et al., 2000). O Delphi modificado permite apresentar uma versão preliminar desses itens, minimizando a necessidade desta ronda. Optou-se, assim, por este método porque as versões preliminares dos padrões de competências já tinham sido desenvolvidas pela equipa de investigadores (fase 1).

Um dos pontos centrais deste método é a seleção do painel de peritos. Não existe consenso quanto ao número máximo de peritos a incluir, mas é expectável um mínimo igual ou superior a 10 (Marques & Freitas, 2018). Por outro lado, a representatividade é avaliada considerando a qualidade do painel de especialistas, em detrimento do número (Massaroli et al., 2017). No sentido de assegurar não só a quantidade, mas também a representatividade, definiu-se os critérios para a seleção dos peritos: a) investigadores e/ou docentes na área da gerontologia e/ou geriatria; b) experiência clínica no cuidado às pessoas idosas superior a 5 anos; c) formação pós-graduada (ex. mestrado ou doutoramento) em gerontogeriatrics. Para assegurar uma maior diversidade, procurou-se incluir peritos de diferentes regiões e organizações: ensino, investigação e prática (ex. hospital, ERPI, UCC, centros de saúde).

Na primeira fase de seleção, os investigadores identificaram e convidaram os peritos que integravam a sua rede de contactos. Solicitou-se a estes, que referenciassem outros peritos das suas redes com os critérios de inclusão definidos (amostragem por bola de neve). No final deste processo, obtivemos uma amostra de 55 peritos que aceitaram participar no estudo.

A recolha de dados foi realizada de acordo com as diretrizes publicadas (Diamond et al., 2014) e ocorreu através de correio eletrónico (figura 2). Neste estudo, optou-se por um número máximo de duas rondas para obter consenso nas respostas (condição de homogeneidade ou consistência de opinião entre os peritos) (Diamond et al., 2014; Graham et al., 2003; Massaroli et al., 2017). Para determinar o nível de consenso optou-se pela percentagem de concordância, visto ser o mais reportado nos estudos de Delphi (Diamond et al., 2014).

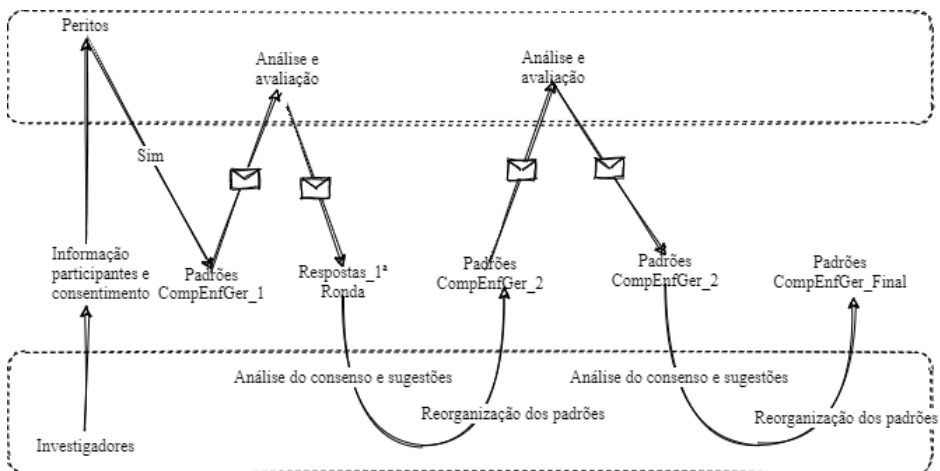
Na R1, foi enviado por correio eletrónico individualizado os padrões de competências em ficheiro Excel e um questionário sociodemográfico e profissional. Solicitou-se aos peritos para avaliar as competências numa escala de Likert de 7 pontos, em que um é nada importante e sete extremamente importante. Para cada competência existia um espaço para sugestões, alterações e/ou (re)organização. No final, existia um espaço de texto livre para inclusão de competências. Foi definido um prazo de 30 dias para

completar a R1, que decorreu nos meses de maio e junho de 2020. Foram enviados dois e-mails de lembrete na primeira e terceira semana. No final desta ronda foi analisada a percentagem de concordância e as sugestões/comentários em texto livre. Nenhum item foi excluído nesta ronda.

Na segunda ronda (R2) participaram os peritos que responderam na R1. Foram enviados por e-mail os padrões de competências revistos e os resultados globais da R1. Solicitou-se aos peritos para reavaliarem os padrões de competências revistos, num período de 30 dias e dois lembretes foram enviados durante este período. No final da R2 que decorreu nos meses de outubro e novembro de 2020, as competências que não obtiveram o consenso definido foram eliminadas.

Nas duas rondas os comentários e/ou sugestões em texto livre foram organizados e agrupados de acordo com a competência e posteriormente analisadas as propostas de forma independente por cada elemento da equipa de investigação. No final de cada ronda foram realizadas duas reuniões, da equipa para analisar as convergências e discrepâncias em relação às propostas dos peritos e reorganizar os padrões de competências, sendo que as alterações só foram concretizadas quando se obtinha consenso da equipa.

Figura 2
Etapas da Recolha de Dados com o Método Delphi



Na análise das variáveis sociodemográficas e profissionais utilizou-se a frequência, a média e o desvio padrão. Foi definido a percentagem de concordância para consenso. O ponto de corte para a percentagem de concordância foi $\geq 80\%$. Este foi calculado pelo número de peritos que avaliaram as competências com uma pontuação de 6 ou 7 (muito ou extremamente importante) a dividir pelo número total de respostas obtidas por competência. O estudo de revisão sobre o método de Delphi reportou um ponto de corte médio de 75% (variando entre 50 a 97%) (Diamond et al., 2014). Neste estudo optou-se por aumentar a percentagem de concordância e considerar apenas as competências avaliadas com seis ou sete pontos, para minimizar a probabilidade de consenso ao acaso.

No tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa estatístico IBM® SPSS® Statistics 26.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciência da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Parecer nº 641/01-2020). O envio da informação foi individualizado a cada elemento do painel de peritos, não permitido a identificação dos restantes membros.

Padrão de Competências: Quais?

Dos 55 peritos que aceitaram participar no estudo, 35 completaram R1 (taxa de resposta de 65,5%). Todos os peritos da R1 participaram na R2 (taxa de resposta de 100%). Na tabela 2 apresenta-se a caracterização sociodemográfica e profissional dos peritos. A maioria é do género feminino (63,9%), com média de idade de $41,5 \pm 11,04$ anos. A média de anos de experiência profissional na área da gerontogeriatrics foi de $13,7 \pm 8,3$ (mínimo = 5 e máximo = 40). Mais da metade dos peritos são docentes de Enfermagem (52,8%), mas com tempo de dedicação a outras atividades, em especial à investigação (19,4%) (tabela 2). Mais de um terço dos peritos (38,9%) exerce funções na prática clínica. As áreas mais representativas no âmbito das suas funções na gerontogeriatrics foram a prática clínica (57,1%) e a docência (48,7%). Contudo, mais de metade dos peritos exerce simultaneamente mais de uma função (57,14%), nomeadamente, na investigação, gestão e consultoria.

Tabela 2
Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Peritos

Características sociodemográficas e profissionais	N=35
Gênero (n, %)	
Feminino	22(62,9%)
Masculino	13(37,1%)
Idade (M±dp)	41,5(±11,04)
Anos de experiência profissional em EG a (M±dp)	13,7(±8,3)
Situação profissional	
Enfermeira(o) na prática clínica	14 (38,9%)
Docente de Enfermagem + Investigador	7 (19,4%)
Docente de Enfermagem	5 (16,9%)
Docente de enfermagem + enfermeira(o) na prática clínica + investigador	2 (5,6%)
Enfermeiro(a) gestor	2 (5,6%)
Enfermeira(o) na prática clínica + Gestão	2 (5,6%)
Enfermeira(o) na prática clínica + Consultor	2 (5,6%)
Docente de Enfermagem + Enfermeiro na prática clínica	1 (2,8)
Funções na área da gerontogeriatría	
Prática clínica (tempo integral)	9 (25,7%)
Docência + investigação	8 (22,8%)
Docência	3 (8,7%)
Docência + prática clínica (tempo integral)	3 (8,7%)
Prática clínica + investigação	3 (8,7%)
Gestão	2 (5,7%)

Características sociodemográficas e profissionais	N=35
Docência + investigação + gestão	2 (5,7%)
Prática clínica (tempo parcial)	1 (2,8%)
Prática clínica (tempo parcial) + consultoria + gestão	1 (2,8%)
Prática clínica (tempo integral) + consultoria	1 (2,8%)
Prática clínica (tempo integral) + gestão	1 (2,8%)
Prática clínica (tempo parcial) + docência + gestão	1 (2,8%)

M=média; dp= desvio padrão

Do padrão CompEnfGer inicialmente proposto, no final da R1, nove competências não obtiveram a percentagem de concordância (< 80%). Dentre as competências que obtiveram consenso, 22 apresentaram valores entre 80 e 90% e 37 \geq 90%. O painel de peritos fez comentários e sugestões em 59 e sugeriu a inclusão de 7 novas competências. Após análise pela equipa de investigadores (duas reuniões por videoconferência), este padrão foi modificado, tendo sido incluídas as competências sugeridas e formulados os domínios e as competências previamente estabelecidas. Dos 12 domínios iniciais, cinco (alterações do envelhecimento primário, secundário e terciário, status funcional e mental) foram agrupados no domínio "cuidado à pessoa idosa". Seis mantiveram-se constantes (comunicação, ética e deontologia, qualidade e segurança, família e/ou cuidador informal, promoção e prevenção e interdisciplinaridade) e foram incluídos dois sugeridos pelos peritos (gestão e desenvolvimento profissional). Das 68 competências iniciais, seis foram integradas em outras competências de acordo com a sugestão da maioria dos peritos. O objetivo foi evitar a sobreposição entre as competências. No final deste processo, obteve-se o padrão CompEnfGer_1 constituído por 69 competências que integram nove domínios (tabela 3) e foi enviado ao painel de peritos (R2). No final desta ronda, 66 competências obtiveram consenso (20 entre 80 a 90% e 46 \geq 90%). Três competências apresentam percentagem de concordância inferior a 80%, tendo sido eliminadas no final desta ronda. Em 23 competências foram sugeridos comentários pelos peritos que foram analisados pela equipa. Na sua maioria os comentários eram sugestões morfosintáticas-semânticas que foram cuidadosamente revistos e após consenso entre os investigadores, foram incluídas no padrão CompEnfGer_final (tabela 3).

Tabela 3

Resultados de Cada Ronda do Estudo de Delphi sobre CompEnfGer. O Consenso Definido Foi >80% de Concordância entre os Peritos

	Total de competências avaliadas	Consenso alcançado	Consenso não alcançado	Competências modificadas	Novas competências incluídas	Competências removidas	Total de competências no final da ronda
R1	68	59	9	59	7	0	69
R2	69	66	3	-	-	3	66

Do padrão CompEnfGer_Dif inicialmente proposto, no final da R1, uma competência não obteve consenso (< 80%). Dentre as competências com consenso, 13 apresentaram valores entre 80 e 90% e 50 ≥ 90%. O painel de peritos fez comentários e sugestões em 60 e sugeriu a inclusão de 10 novas competências. Após análise pela equipa de investigadores, este padrão foi modificado, tendo sido incluídas as competências sugeridas. Sete competências integram um novo domínio “gestão do cuidado gerontogeriátrico”, duas no domínio “desenvolvimento profissional contínuo no contexto da EG” e uma no domínio “Cuidado de Enfermagem Gerontogeriátrico informado nos dados”. Alterações morfosintáticas e semânticas foram incluídas na revisão das competências previamente estabelecidas (tabela 4).

O padrão CompEnfGer_Dif_1 foi enviado ao painel de peritos (R2). No final desta ronda, todas as competências obtiveram consenso (6 entre 80 a 90% e 68 ≥ 90%). Em 35 competências foram sugeridos comentários pelos peritos que foram analisados pela equipa. Na sua maioria os comentários eram sugestões morfosintáticas-semânticas que foram cuidadosamente revistos e após consenso entre os investigadores, foram incluídas no padrão CompEnfGer_Dif_final (tabela 4).

Tabela 4

Resultados de Cada Ronda do Estudo de Delphi sobre CompEnfGer_Dif. O Consenso Definido Foi >80% de Concordância entre os Peritos

	Total de competências avaliadas	Consenso alcançado	Consenso não alcançado	Competências modificadas	Novas competências incluídas	Competências removidas	Total de competências no final da ronda
R1	64	63	1	60	10	0	74
R2	74	74	0	0	0	0	74

Padrão de Competências: Para quê?

Este projeto foi o primeiro a desenvolver e validar padrões de competências para a Enfermagem gerontogeriatrica em Portugal. Através da metodologia de Delphi modificado, com um painel de 35 peritos, obteve-se dois padrões que apresentaram um elevado consenso e descrevem o papel das enfermeiras(os) no cuidado às pessoas idosa, família e/ou cuidador informal. Esta metodologia é usualmente utilizada no desenvolvimento e/ou validação e fornece evidência em relação a validade de conteúdo, sendo utilizada em diferentes estudos para elaborar padrões de competências em gerontogeriatrica (e.g. Britten et al., 2018; Chen et al., 2019; Stanyon et al., 2017; Tohmola et al., 2021)

O padrão de CompEnfGer, no final R2, apresentou as competências essenciais no cuidado as pessoas idosas/ família e/ou cuidador informal, sendo que 70% apresentou uma concordância $\geq 90\%$. As três competências que não obtiveram concordância foram: “analisar a influência do idadismo e das representações sociais da velhice e do envelhecimento a nível pessoal, profissional, organizacional, comunitário e político (77,14%); analisar criticamente as atuais configurações sociais e tendências demográficas no país (74,29%) e “descrever os processos de crescimento e desenvolvimento Humano ao longo do ciclo de vida (77,14). Em nenhuma destas competências os peritos fizeram comentários, sendo que a sua avaliação em relação à importância das mesmas embora relativamente próxima do valor de consenso estabelecido, não foi atingido. Neste estudo foi considerada percentagem de consenso $\geq 80\%$, embora valores $>75\%$ sejam considerados aceitáveis (Diamond et al., 2014), o que permitiria a inclusão de pelos mais duas destas competências. Contudo, optou-se por um maior nível de consenso para que a evidência fosse mais robusta em relação a importâncias destas competências no cuidado a pessoa idosa, família e/ou cuidador informal. Um dos fatores para esta exclusão pode ter sido o fato de um número de peritos embora as considerassem importante (score 5 na escala de 7 pontos de likert), este valor não incluído no cálculo da concordância. Outra possível explicação, pode dever-se ao fato de existirem outras competências que abarcam estes tópicos e que com as reformulação e agrupamentos entre a R1 e R2 tenha contribuído para estas avaliação.

No padrão de CompEnfGer_Dif, desde a R1, verifica-se um elevado nível de consenso, sendo que no final da ronda 89% das competências obtiveram um consenso $\geq 90\%$. Estes resultados apontam para a importância, na visão dos peritos, destas competências acrescidas avançadas que em última análise se traduzem na pertinência da existência de um padrão avançado na Enfermagem portuguesa.

A elevada percentagem de concordância obtida, demonstra que apesar das diferentes experiências dos peritos (intencionalmente incluídos para assegurar a heterogeneidade e representar diferentes áreas da enfermagem), foi possível obter consenso sobre

as competências relevante no cuidado a pessoa idosa. Os dados obtidos suportam a validade de conteúdo destes padrões. As etapas empreendidas com a metodologia de Delphi podem, igualmente, contribuir para estes resultados. A definição do número de rondas e da % de concordância permitiu aos peritos ajustar as suas avaliações ao longo deste processo. O envio de feedback, no qual cada membro do painel recebeu um resumo dos resultados da R1, pode ter ajudado a reduzir o “ruído” nos resultados e no processo de convergência para o consenso. Para mitigar problemas de conformidade entre os peritos e evitar qualquer influência de personalidades mais prestigiantes ou influentes, este processo foi anónimo, o que reforça a relevância dos resultados.

No desenvolvimento dos padrões de competências, os autores procuram, em ambos os padrões refletir sobre vários domínios considerado essenciais no cuidado à pessoas idosa e internacionalmente consensuais para um cuidado de qualidade. Atendendo a complexidade e especificidade inerente ao cuidado deste grupo etário procurou-se que estes padrões fossem multidimensionais e abrangentes a diferentes contextos de cuidado. Intencionalmente, não se procurou formular competências inerentes a contextos específicos, como por exemplo, cuidados de longa permanência (Stanyon et al., 2017) ou hospitalares (Bahrami et al., 2019), mas sim, competências que fossem inclusivas e transversais ao cuidado da pessoas idosa, entendendo o envelhecimento como um processo que decorre ao longo da vida. Deste modo, os domínios de competências incluíram a visão do envelhecimento ativo proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017) e procuram refletir o plano da década para o envelhecimento ativo 2020-2030 (OMS, 2020). Esta facto, explica a multidimensionalidade de domínios abordados nestes padrões (ex. a família e/ou cuidador informal, a comunicação, qualidade e segurança, promoção e prevenção, interdisciplinaridade), bem como, a visão integral, centrada na pessoa (Philp et al., 2017; Wilberforce et al., 2016) e ecológica social das mesmas. Objetiva-se que estes padrões possam construir referências para Escolas de Enfermagem, organizações de saúde e/ou sociais e decisores políticos, pelo que, este “efeito guarda-chuva” é desejado e foi propositadamente incluído no seu desenvolvimento.

O aprofundamento e validação deste perfil de competências alinha-se com um movimento global crescente na área da saúde e/ou social que instiga para que estes padrões sejam elaborados na área gerontogeriatrica (Wyman et al., 2019). A existência dos mesmos é considerada um passo essencial para consciencializar decisores, profissionais, estudantes e entidades reguladores na área de Enfermagem para as especificidades do cuidado à pessoa idosa. Apesar da existência de diferentes padrões em vários países, em especial, nos Estados Unidos e Canadá observou-se que mesmo nestes países existem padrões diferentes mediante a associação que os desenvolveu, o que pode complicar ainda mais a avaliação das competências exigidas entre as(os) Enfermeiras(os). Adicionalmente, é relevante que estes padrões sejam social e culturalmente sensíveis,

o que justifica o desenvolvimento e validação em vários países. Nesse alinhamento, estes padrões procuram refletir essa sensibilidade, bem como, ajustar-se a regulação do ensino e da profissão em Portugal. O critério de seleção dos peritos teve por base essa necessidade de adequação à realidade da Enfermagem portuguesa, pelo que, integram peritos na prática clínica de diferentes contextos, na investigação e na docência na área. Apesar de o número de peritos ultrapassar o recomendado para este tipo de estudo (Diamond et al., 2014), a inclusão de um número mais representativo de peritos por contexto clínico poderia reforçar o alcance destes padrões. Como não existe especialista na área gerontogeriatrica, procurou incluir-se peritos com sólida experiência na docência, investigação e prática clinica para reforçar a validade das competências, em especial, as acrescidas diferenciadas. Importa sublinhar que a definição de um padrão de competências acrescidas diferenciadas deveu-se a dois importantes fatores: primeiro, a literatura refere a importância de determinar as competências entre as(os) enfermeiras(os) de cuidados gerais, em especial, nos primeiros anos de experiência profissional; segundo, a Enfermagem de prática avançada é uma realidade internacional (Ordem dos Enfermeiros, 2018), que área gerontogeriatrica está regulada em diversos países. Para além disso, as pessoas idosas representam o grupo etário com o crescimento mais rápido (FFMS, 2020a) e apresentam multimorbilidades que resultam em síndromes complexas que requerem abordagem de cuidados diferenciados (King et al., 2018). À medida que o número de pessoas idosas cresce e as evidências apontam para a necessidade de conhecimentos diferenciados sobre o cuidado à pessoa idosa, torna-se ainda mais crítico que as(os) enfermeiras(os), independentemente do contexto de cuidado, devam estar preparadas/os para promover um cuidado adequado, diferenciado e com qualidade. Mueller et al. (2020) reportam que o desenvolvimento e crescimento da Enfermagem de prática avançada, em especial nos profissionais com especialização em gerontogeriatrica, tiveram um enorme impacto no cuidado às pessoas idosas.

No sentido de prosseguir com a validação destes padrões, testar as propriedades psicométricas será relevante, confirmar a organização das competências por domínios através de análise fatorial exploratória e/ou confirmatória. Para além disso, realizar um estudo transversal exploratório para caracterizar o perfil de competências das(os) enfermeiras(os), em especial, nos recém-graduados, seria determinante para compreender como autopercecionam as suas competências, fornecendo informações relevantes em relação à sua formação graduada, em especial, porque a grande maioria deles trabalhará com pessoas idosas, independentemente do contexto de cuidado. Para além disso, estes padrões não são um documento estanque, pelo que, no futuro devem ser atualizados e revistos, para que acompanhem a evidência e as alterações sociodemográficas e legislativas que possam emergir.

Este estudo apresenta algumas limitações. A primeira, a técnica de Delphi modificada

implicou a formulação inicial de competências, o que pode influenciar os peritos. Contudo, para minimizar este risco, a elaboração inicial teve por base uma extensa revisão da literatura, reuniões da equipa de investigadores e a inclusão de interessados, tal como reportam outros estudos que desenvolveram padrões (Britten et al., 2018; Chen et al., 2019; Stanyon et al., 2017). Apesar do rigor na revisão da literatura, esta não foi sistemática, pelo que algumas competências possam ter ficado omissas. Importa destacar que três recentes revisões sistemáticas (Goldberg et al., 2016; Kiljunen et al., 2017; Stanyon et al., 2017), tinham sido publicadas nos últimos cinco anos, o que pode limitar possíveis omissões. Que seja do conhecimento dos autores, não existem estudos publicados sobre competências gerontogeriatricas em Portugal. No entanto, foi solicitada a inclusão de novas competências ao painel de peritos, o que possibilitou alargar a inclusão de competências que não tenham sido incluídas na elaboração inicial. Uma segunda limitação, pode ser o facto de os peritos terem avaliado as competências de acordo com as suas áreas de investigação. No entanto, estes foram selecionados de diferentes áreas e contextos de Enfermagem tendo por base o seu interesse nesta área, o que lhes permite ter uma visão ampla em relação ao cuidado de enfermagem gerontogeriatrico. Terceira limitação, não ter sido realizada qualquer reunião *presencial* durante o desenvolvimento da investigação. Evitaram-se essas reuniões por dificuldade de agendamento e também para evitar algum tipo de influência (por domínio ou personalidade mais forte). Contudo, um encontro no final da R2 poderia ter sido produtivo para potenciar o contributo dos peritos. Quarta limitação refere-se ao facto de só terem sido realizadas duas rondas, pois a existência de uma terceira poderia ter permitido aos peritos uma nova análise e dessa forma as competências poderiam ser mais robustas. No entanto, a elevada taxa de adesão dos peritos às solicitações dos investigadores permitiu elevados níveis de consenso que reforçaram os resultados obtidos neste processo. Salientamos que a definição prévia do número de rondas e dos critérios de consenso, permitiram assegurar a qualidade da metodologia de Delphi (Diamond et al., 2014). Por último, o tempo decorrido entre as rondas foi de aproximadamente cinco meses, considerado pela equipa demasiado longo, e decorreu de algumas dificuldades na gestão da mesma do qual resultou o alargamento da análise dos resultados da R1. No entanto, este intervalo de tempo pode ter contribuído para algum distanciamento dos peritos em relação à sua análise dos padrões e dessa forma poderem refletir nas alterações propostas. Apesar do espaço temporal entre as rondas a taxa de adesão foi de 100% em R1 e R2.

Conclusão

No final deste estudo obtiveram-se dois padrões de competências na área da Enfermagem Gerontogeriatrica, validados por um painel de 35 peritos: CompEnfGer com 66 competências e CompEnfGer_Dif com 74 competências. Estes procuram evidenciar as competências essenciais e o papel das(os) enfermeiras(os) para promover um cuidado de qualidade às pessoas idosas, independentemente do contexto da sua prática, refletindo a exigência de fortalecer esta área no nosso país. Representam um passo importante para o desenvolvimento da formação dos estudantes de Enfermagem e enfermeiras(os) em gerontogeriatrica, sendo consistente e validado, pelo que, poderão orientar os planos de estudos dos cursos conferentes de grau e pós-graduações na área de EG em Portugal e adicionalmente permitir o avançar na regulamentação profissional na área. Estes padrões procuram espelhar a procura de cuidados de enfermagem de qualidade face às alterações demográficas, epidemiológicas e sociais da população portuguesa.

Pontos-Chave:

- Existe evidência de que os planos de estudo dos cursos de enfermagem devem refletir a aquisição de competências na área gerontogeriatrica.
- Em Portugal, não existe um padrão de competências na área da gerontologia e geriatrica, quer no nível graduado, quer no âmbito do exercício profissional.
- Este estudo desenvolveu e validou dois padrões de competências: Competências de Enfermagem Gerontogeriatrica (CompEnfGer) e Competências Acrescidas Diferenciadas em Enfermagem Gerontogeriatrica (CompEnfGer_Dif).
- Estes padrões de competências podem contribuir para preparar as/os enfermeiras/os para desenvolver um cuidado de qualidade à pessoa idosa.
- Os padrões de competências são importantes ferramentas na construção de planos de estudo da formação graduada e pós-graduada em EG, na investigação e, também, no reconhecimento do profissional de enfermagem nesta área bem como na regulamentação da profissão.

Referências Bibliográficas

- American Association of Colleges of Nursing. (2010). *Recommended baccalaureate competencies and curricular guidelines for the nursing care of older adults: A supplement to the essentials of baccalaureate education for professional nursing practice*. Colleges of Nursing/ John A. Hartford Foundation. <https://www.aacnnursing.org/Portals/42/AcademicNursing/CurriculumGuidelines/AACN-Gero-Competencies-2010.pdf>
- Bahrami, M., Purfarzad, Z., Keshvari, M., & Rafiei, M. (2019). The components of nursing competence in caring for older people in Iranian hospitals: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24(2), 124. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_83_18
- Banister, C. (2018). The effect of ageism on older people and implications for nursing practice. *Nursing Older People*, 30(5), 34–37. <https://doi.org/10.7748/nop.2018.e1056>
- Bing-Jonsson, P. C., Bjørk, I. T., Hofoss, D., Kirkevold, M., & Foss, C. (2015). Competence in advanced older people nursing: development of 'Nursing older people - Competence evaluation tool.' *International Journal of Older People Nursing*, 10(1), 59–72. <https://doi.org/10.1111/opn.12057>
- Boscart, V., McCleary, L., Huson, K., Sheiban, L., & Harvey, K. (2017). Integrating gerontological competencies in Canadian health and social service education: An overview of trends, enablers, and challenges. *Gerontology & Geriatrics Education*, 38(1), 17–46. <https://doi.org/10.1080/02701960.2016.1230738>
- Britten, N., Traynor, V., Osmonf, T., & Chenowrth, L. (2018). Developing gerontological nursing competencies: An e-delphi study. *Australian Nursing and Midwifery Journal*, 25(7), 42. <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.354224174625103>
- Buchan, J., Temido, M., Fronteira, I., Lapão, L., & Dussault, G. (2013). Nurses in advanced roles: a review of acceptability in Portugal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(spe), 38–46. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700006>
- Canadian Gerontological Association, & Canadian Association of Schools of Nursing. (2017). *Entry-to-Practice Gerontological Care Competencies for Baccalaureate Programs in Nursing*. Canadian Association of Schools of Nursing. https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2016/09/FINAL_CASN-GERONTOLOGY-COMPETENCIES-FINAL.pdf
- Chavez, K. S., Dwyer, A. A., & Ramelet, A.-S. (2018). International practice settings, interventions and outcomes of nurse practitioners in geriatric care: A scoping

- review. *International Journal of Nursing Studies*, 78, 61–75. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.010>
- Chen, H., Pu, L., Chen, Q., Xu, X., Bai, C., & Hu, X. (2019). Instrument Development for Evaluation of Gerontological Nurse Specialists Core Competencies in China. *Clinical Nurse Specialist*, 33(5), 217–227. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000469>
- Coelho, C. I. L. de S. e S. (2016). *Envelhecimento e saúde em Portugal. Práticas e desafios num cenário de aumento da população idosa. (1974 - 2031)* [Universidade Nova de Lisboa]. <https://run.unl.pt/handle/10362/20421>
- Denham, M. J. (2016). Doreen Norton OBE, MSc, SRN, FRCN (1922–2007): Pioneer who revolutionised pressure sore management and geriatric nursing to international acclaim. *Journal of Medical Biography*, 24(2), 201–206. <https://doi.org/10.1177/0967772016638973>
- Deschodt, M., Casterle, B. D., & Milisen, K. (2010). Gerontological care in nursing education programmes. *J Adv Nurs*, 66(1), 139–148.
- Diamond, I. R., Grant, R. C., Feldman, B. M., Pencharz, P. B., Ling, S. C., Moore, A. M., & Wales, P. W. (2014). Defining consensus: A systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(4), 401–409. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.12.002>
- Fagerberg, I., & Gilje, F. (2007). A comparison of curricular approaches of care of the aged in Swedish and US nursing programs. *Nurse Education in Practice*, 7(6), 358–364. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1471595306001454?showall=true>
- Foley, K. T., & Luz, C. C. (2020). Retooling the Health Care Workforce for an Aging America: A Current Perspective. *The Gerontologist*. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa163>
- Fulmer, T. (2020). A retrospective/prospective on the future of geriatric nursing. *Geriatric Nursing*, 41(1), 29–31. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.01.012>
- Fulton, A. P., Walsh, C., Azulai, A., Gulbrandsen, C., & Tong, H. (2015). Collaborative Online Teaching: A Model for Gerontological Social Work Education. *International Journal of E-Learning and Distance Education*, 30.
- Fundação Francisco Manuel Santos. (FFMS) (2020 a), 26 de janeiro). Indicadores de envelhecimento. PORDATA. <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>

- Fundação Francisco Manuel Santos. (FFMS) (2020 b), 26 de janeiro). *Pessoal de saúde: médicos, dentistas, odontologistas, enfermeiros e farmacêuticos*. PORDATA. <https://www.pordata.pt/Portugal/Pessoal+de+saúde+médicos++dentistas++odontologista++enfermeiros+e+farmacêuticos-144>
- Garbarino, J. T., & Lewis, L. F. (2020). The impact of a gerontology nursing course with a service-learning component on student attitudes towards working with older adults: A mixed methods study. *Nurse Education in Practice, 42*, 102684. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102684>
- Garbrah, W., Kankkunen, P., & Välimäki, T. (2020a). Development and validation of gerontological nurse teacher scale. *Nurse Education in Practice, 44*, 102763. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102763>
- Garbrah, W., Kankkunen, P., & Välimäki, T. (2020b). Gerontological nurse teachers' abilities and influence on students' willingness in older people nursing: A cross-sectional, correlational survey. *Nurse Education Today, 90*, 104461. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104461>
- Garbrah, W., Välimäki, T., Palovaara, M., & Kankkunen, P. (2017). Nursing curriculums may hinder a career in gerontological nursing: An integrative review. *International Journal of Older People Nursing, 12*(3), 1–11. <https://doi.org/10.1111/opn.12152>
- Goldberg, S. E., Cooper, J., Blundell, A., Gordon, A. L., Masud, T., & Moorchilot, R. (2016). Development of a curriculum for advanced nurse practitioners working with older people with frailty in the acute hospital through a modified Delphi process. *Age and Ageing, 45*(1), 48–53. <https://doi.org/10.1093/ageing/afv178>
- Gould, O. N., Dupuis-Blanchard, S., & MacLennan, A. (2015). Canadian Nursing Students and the Care of Older Patients. *Journal of Applied Gerontology, 34*(6), 797–814. <https://doi.org/10.1177/0733464813500585>
- Graham, B., Regehr, G., & Wright, J. G. (2003). Delphi as a method to establish consensus for diagnostic criteria. *Journal of Clinical Epidemiology*. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(03\)00211-7](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(03)00211-7)
- Gray-Miceli, D., Wilson, L. D., Stanley, J., Watman, R., Shire, A., Sofaer, S., & Mezey, M. (2014). Improving the quality of geriatric nursing care: Enduring outcomes from the geriatric nursing education consortium. *Journal of Professional Nursing, 30*(6), 447–455. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2014.05.001>
- Haron, Y., Levy, S., Albagli, M., Rotstein, R., & Riba, S. (2013). Why do nursing students not want to work in geriatric care? A national questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 50*(11), 1558–1565. <https://doi.org/10.1016/j>

ijnurstu.2013.03.012

- Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x>
- Hirst, S. P., Lane, A. M., & Stares, B. (2012). Gerontological Content in Canadian Nursing and Social Work Programs. *Canadian Geriatrics Journal*. <https://doi.org/10.5770/cgj.15.21>
- Hsieh, P.-L., & Chen, C.-M. (2018). Nursing Competence in Geriatric/Long Term Care Curriculum Development for Baccalaureate Nursing Programs: A Systematic Review. *Journal of Professional Nursing*, 34(5), 400–411. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2018.05.006>
- Institute of Medicine. (2008). *Retooling for an Aging America*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/12089>
- Instituto Nacional de Estatística. INE (2012). *Censos 2011*. Lisboa, Portugal: INE, Instituto Nacional de Estatística. https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=156638623&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554
- Instituto Nacional de Estatística. INE. (2014). *População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=218629052&DESTAQUESmodo=2
- Ironside, P. M., Tagliareni, M. E., McLaughlin, B., King, E., & Mengel, A. (2010). Fostering Geriatrics in Associate Degree Nursing Education: An Assessment of Current Curricula and Clinical Experiences. *Journal of Nursing Education*, 49(5), 246–252. <https://doi.org/10.3928/01484834-20100217-01>
- Jiménez Navascués, M. L., Gómara, A. O., & Germán Bes, C. (2015). The self-perceived identity of Spanish geriatric nurses: Comment on Carlson et al. (2014). *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1140–1141. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.010>
- Kane, R. L., Garrard, J., Skay, C. L., Radosevich, D. M., Buchanan, J. L., McDermott, S. M., Arnold, S. B., & Kepferle, L. (1989). Effects of a geriatric nurse practitioner on process and outcome of nursing home care. *American Journal of Public Health*, 79(9), 1271–1277. <https://doi.org/10.2105/AJPH.79.9.1271>
- Kiljunen, O., Valimaki, T., Kankkunen, P., & Partanen, P. (2017). Competence for older

- people nursing in care and nursing homes: An integrative review. *International Journal of Older People Nursing*, 12(3). <https://doi.org/10.1111/opn.12146>
- Kiljunen, O., Välimäki, T., Partanen, P., & Kankkunen, P. (2018). Multifaceted competence requirements in care homes: Ethical and interactional competence emphasized. *Nordic Journal of Nursing Research*, 38(1), 48–58. <https://doi.org/10.1177/2057158517712084>
- King, A. I. I., Boyd, M. L., Dagley, L., & Raphael, D. L. (2018). Implementation of a gerontology nurse specialist role in primary health care: Health professional and older adult perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3–4), 807–818. <https://doi.org/10.1111/jocn.14110>
- Marques, J. B. V., & Freitas, D. de. (2018). Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Pro-Posições*, 29(2), 389–415. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>
- Massaroli, A., Martini, J. G., Lino, M. M., Spenassato, D., & Massaroli, R. (2017). Método delphi como referencial metodológico para a pesquisa em enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4), e1110017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001110017>
- Meshkat, B., Cowman, S., Gethin, G., Ryan, K., Wiley, M., Brick, A., Clarke, E., & Mulligan, E. (2014). Using an e-Delphi technique in achieving consensus across disciplines for developing best practice in day surgery in Ireland. *Journal of Hospital Administration*, 3(4), 1. <https://doi.org/10.5430/jha.v3n4p1>
- Mezey, M., Capezuti, E., & Fulmer, T. (2004). Care of older adults. *Nursing Clinics of North America*, 39, xiii–xx.
- Mezey, Mathy, Harrington, C., & Kluger, M. (2004). NPs in Nursing Homes: An Issue of Quality. *AJN, American Journal of Nursing*, 104(9), 71. <https://doi.org/10.1097/00000446-200409000-00032>
- Michael, M., Wilson, C., Jester, D. J., Andel, R., D’Aoust, R., Badana, A. N. S., & Hyer, K. (2019). Application of Curriculum Mapping Concepts to Integrate Multidisciplinary Competencies in the Care of Older Adults in Graduate Nurse Practitioner Curricula. *Journal of Professional Nursing*, 35(3), 228–239. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2019.01.007>
- Mueller, C., Burggraf, V., & Crogan, N. L. (2020). Growth and specialization of gerontological nursing. *Geriatric Nursing*, 41(1), 14–15. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.01.013>
- Neville, C., & Dickie, R. (2014). The evaluation of undergraduate nurses’ attitudes, perspectives and perceptions toward older people. In *Nurse Education Today* (Vol.

- 34, Issue 7, pp. 1074–1079). <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.04.018>
- Neville, C., Dickie, R., & Goetz, S. (2014). What's Stopping a Career in Gerontological Nursing?: Literature Review. *Journal of Gerontological Nursing*, 40(1), 18–27. <https://doi.org/10.3928/00989134-20131126-02>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf
- Orden SAS/3225/2009, 101976 (2009). <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-19139>
- Organização Mundial de Saúde. (2017). Global strategy and action plan on ageing and health. In *WHO*. <http://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>
- Organização Mundial de Saúde. (2020). *Decade of Healthy Ageing 2020–2030*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_5
- Philp, I., Tugay, K., Hildon, Z., Aw, S., Jeon, Y.-H., Naegle, M., Michel, J., Namara, A., Wang, N., & Hardman, M. (2017). Person-centred assessment to integrate care for older people. *Global Consultation on Integrated Care for Older People (ICOPE) – the Path to Universal Health Coverage. Background Paper, 2. Global Consultation on Integrated Care for Older People (ICOPE) – the Path to Universal Health Coverage*. <http://www.who.int/ageing/health-systems/icope/icope-consultation/en/>
- Regulamento n.º 556/2017 de 17 de outubro. Diário da República n.º 200/2017, Série II. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho. Diário da República n.º 135/2018, Série II. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Schrader, V. (2009). Nurse Educators' Personal Perspectives of Long-Term Care Settings. *Journal of Gerontological Nursing*, 35(10), 34–41. <https://doi.org/10.3928/00989134-20090731-03>
- Sizer, S., Burton, R. L., & Harris, A. (2016). The influence of theory and practice on perceptions about caring for ill older people – A literature review. *Nurse Education in Practice*, 19, 41–47. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.04.003>
- Stanyon, M. R., Goldberg, S. E., Astle, A., Griffiths, A., & Gordon, A. L. (2017). The competencies of Registered Nurses working in care homes: a modified Delphi study. *Age and Ageing*, 46(1), 582–588. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw244>

- Swanlund, S., & Kujath, A. (2012). Attitudes of Baccalaureate Nursing Students Toward Older Adults: A Pilot Study. *Nursing Education Perspectives*, 33(3), 181–183. <https://doi.org/10.5480/1536-5026-33.3.181>
- Tavares, J., de Lurdes Almeida, M., Duarte, S. F. C., & Apóstolo, J. (2021). Older adult care in nursing education: How have curricula been developed? *Nurse Education in Practice*, 50, 102947. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102947>
- Tavares, J., Silva, A. L. da, Sá-Couto, P., Boltz, M., & Capezuti, E. (2015). Portuguese nurses' knowledge of and attitudes toward hospitalized older adults. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 51–61. <https://doi.org/10.1111/scs.12124>
- Tavares, J., Silva, A. L. da, Sá-Couto, P., Boltz, M., & Capezuti, E. (2017). Percepção dos enfermeiros sobre o cuidado a idosos hospitalizados – estudo comparativo entre as regiões Norte e Central de Portugal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2757. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0839.2757>
- Tohmola, A., Saarnio, R., Mikkonen, K., Kyngäs, H., & Elo, S. (2021). Development and psychometric testing of the Gerontological Nursing Competence (GeroNursingCom) instrument. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2), 1070–1084. <https://doi.org/10.1111/jan.14609>
- van Iersel, M., Latour, C. H. M., de Vos, R., Kirschner, P. A., & Scholte op Reimer, W. J. M. (2016). Nursing students' perceptions of community care and other areas of nursing practice – A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 1–19. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.011>
- Wilberforce, M., Challis, D., Davies, L., Kelly, M. P., Roberts, C., & Loynes, N. (2016). Person-centredness in the care of older adults: a systematic review of questionnaire-based scales and their measurement properties. *BMC Geriatrics*, 16(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0229-y>
- Wyman, J. F., Abdallah, L., Baker, N., Bell, C., Cartwright, J., Greenberg, S. A., Kim, J., Krichbaum, K., Mueller, C. A., Overcash, J., Skemp, L., & Van Son, C. R. (2019). Development of core competencies and a recognition program for gerontological nursing educators. *Journal of Professional Nursing*, 35(6), 452–460. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2019.04.003>

CAPÍTULO II

Envelhecimento e Comunicação: Desafios para os(as) Enfermeiros(as)

Odete Araújo

Lia Sousa

Teresa Vieira

Carlos Sequeira

Introdução

O envelhecimento constitui *per si* o culminar do sucesso do desenvolvimento humano. Se por uma perspetiva o envelhecimento é sinónimo de ganhos, traduzido pela longevidade dos indivíduos, por outra, o envelhecimento pressupõe responsabilidade acrescida e interdisciplinar na resposta às necessidades das pessoas mais velhas.

Conhecemos, hoje, um pouco melhor a realidade do modo como envelhecemos. Cada indivíduo envelhece de forma heterogénea, uma vez que, existe uma variabilidade de fatores individuais, contextuais, psicológicos, sociais e económicos determinantes para o êxito do processo de envelhecer (O. Araújo, 2016; Fonseca, 2005).

Envelhecer com sucesso é sinónimo de competência e de compromisso com a vida. A saúde é a condição essencial para que o envelhecimento ocorra com êxito, mas a sua diminuição ou privação potencia a ocorrência de doença e, na maioria das vezes, perda da independência e de autonomia. A diminuição ou perda do sentido de competência nas pessoas idosas decorre da contradição entre o indivíduo e o meio, expresso pela diminuição das suas capacidades e pelo aumento dos desafios da sua envolvente ou por uma combinação de ambos (Paúl, Fonseca, Martín e Amado, 2005).

Nesta linha de pensamento, poder-se-á afirmar que as perdas de vária ordem associadas ao processo de envelhecimento, especificamente as que comprometem a saúde física e mental podem determinar a vulnerabilidade das pessoas mais velhas e comprometer o envelhecimento bem-sucedido (O. Araújo, 2016; Lage, 2007).

Face ao exposto, os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, têm como

desafio desenvolver e implementar técnicas eficazes de comunicação, como meio de obter ganhos em saúde e prevenir complicações de saúde nas pessoas mais velhas que necessitam de cuidados.

É naturalmente humano o ato de comunicar. A natureza comunicativa do indivíduo é de tal forma inerente, que mesmo quando opta deliberadamente por não o fazer, está a comunicar. Compreende-se o caráter presente da comunicação ao longo da vida da pessoa, desde o nascimento até ao fim do seu ciclo vital.

Comunicar assenta nos princípios da transmissão de informação ou direciona-se para a partilha e participação e afigura-se como um processo dinâmico e contínuo que permite a criação de relações e interações entre duas ou mais pessoas (M. Coelho, 2015). Como tal, não será possível comunicar exatamente da mesma forma com todas as pessoas pois mesmo que se utilize porventura um guião padrão de comunicação a reação do outro será sempre desconhecida. Esta reação irá modelar a resposta da primeira pessoa e a consequente interação entres os intervenientes.

No que concerne à área da saúde este pressuposto assume particular relevância, dado que, o profissional de saúde deve pautar a sua intervenção pelo respeito da individualidade da pessoa, que apresenta características diferenciadoras dos demais. Assumir estas diferenças é primordial, principalmente quando se cuida de pessoas mais velhas, que pelo processo de envelhecimento, determina uma comunicação adequada.

Comunicar com a Pessoa Idosa

Uma das principais características do ser humano é o ato de comunicar, considerado indispensável para a sua sobrevivência. Importa sublinhar que a comunicação é constante, mas até que ponto se está a comunicar bem? Esta questão é particularmente relevante, especificamente no âmbito da disciplina e profissão de Enfermagem, dado que a comunicação que se estabelece entre a pessoa (alvo de cuidados) e o enfermeiro é determinante para a relação que se irá estabelecer (M. T. V. Coelho & Sequeira, 2014). O sucesso da comunicação na prestação de cuidados relaciona-se positivamente com ganhos em saúde, sendo um aspeto importante da qualidade dos cuidados. Assim, pode-se melhorar a qualidade dos cuidados com uma comunicação efetiva (Sequeira, 2016).

A comunicação como processo de transmitir e receber informações sustenta as relações entre os seres humanos sendo capaz de afetar e influenciar os comportamentos do outro. Um processo comunicativo integra uma parte cognitiva ligada ao lado informativo da mensagem - o quê - e uma parte afetiva ligada à forma como a mensagem é transmitida - o como - devendo existir congruência entre o que estamos a comunicar e

a forma como o comunicamos (Phaneuf, 2005; J. P. G. da Silva et al., 2015).

A comunicação encerra componentes verbais e não-verbais, existindo em situação de complementaridade pois transmitimos mensagens através da comunicação não-verbal impossíveis de transmitir pela linguagem verbal (M. Coelho, 2015). Sobressai, assim, a expressividade da linguagem não-verbal sobre a linguagem verbal, manifestando-se atitudes, emoções e sentimentos que por vezes não haveria intenção de revelar, sendo mais reduzida a percentagem do que conseguimos transmitir em palavras (Campos, 2017).

É o desenvolvimento destas habilidades verbais e não-verbais que permite aceder à individualidade da pessoa cuidada, emergindo a necessidade da procura do conhecimento e promoção de competências acerca deste tema para que se faça um uso efetivo da comunicação nos diferentes contextos de cuidados, especificamente, no cuidar da pessoa mais velha (J. P. G. da Silva et al., 2015).

À parte das suas especificidades, as pessoas mais velhas apresentam-se como um grupo bastante heterogéneo. Alguns tentam disfarçar os sinais de envelhecimento, uns abraçam os *clichés* que acreditam estar associados ao envelhecimento dando uso aos estereótipos da sociedade, outros encaram o envelhecimento como uma fase de declínio, enquanto outros como uma fase de desenvolvimento (King et al., 1986; Yaeger-Dror, 1993), interligando-se todas elas no denominador comum numa perspetiva reduzida que existe nesta fase da vida (Caris-Verhallen et al., 1997). De entre estas perspetivas compreende-se que poderão existir distintas crenças, valores, estratégias de *coping* e inevitavelmente diferentes necessidades que requererão do enfermeiro uma atuação ajustada. Nesta faixa etária, o suporte oferecido pelo enfermeiro no confronto com os novos problemas e na identificação das suas necessidades, é extremamente importante, proporcionando um cuidado à medida da pessoa (Sequeira, 2016).

A visão diferenciadora que se tem das pessoas mais velhas permitirá que se estabeleça uma comunicação interpessoal com vista à estruturação de uma relação, à medida do perfil desta população. Deve atender-se à eventual existência de barreiras à comunicação por défices sensoriais, à gestão do tempo, sem apressar a pessoa que muitas vezes privada de convívio social quer continuar a interação com o enfermeiro, e também à diferença entre gerações, uma vez que as pessoas mais velhas têm expectativas e valores diferentes das pessoas mais jovens (Sequeira, 2016). Todos estes fatores requerem que o enfermeiro possua certas capacidades comunicacionais para exercer proficientemente o cuidado à pessoa idosa (M. Coelho, 2015).

Facilmente se entende que a comunicação é um instrumento básico de enfermagem e como tal sustenta a atividade profissional do enfermeiro com implicações diretas nos

cuidados prestados. Para o sucesso nos procedimentos executados, a comunicação deve fazer parte do seu exercício profissional, pois só desta forma é possível criar um vínculo com a pessoa. Na saúde a comunicação precisa ser terapêutica pois o seu último objetivo é o cuidado, aumentando a qualidade de vida da pessoa. Afirma-se como um processo consciente e intencional utilizado para reunir informações acerca do estado de saúde da pessoa, fazendo uso da linguagem verbal e não-verbal (Wold, 2013). Direciona-se a um objetivo - é exclusiva para a pessoa, requer capacidades de escuta e observação e exige um compromisso ativo (Fuller, 2007).

Para a comunicação terapêutica com a pessoa mais velha o enfermeiro faz uso de técnicas de comunicação não-verbal como o toque, o olhar, a distância, as posições físicas, o silêncio e a escuta. Assim como de técnicas de comunicação verbal como a síntese, as questões, o feedback, o conselho e a informação (M. Coelho, 2015; Sequeira, 2016). Certas particularidades devem ser consideradas quando se comunica com a pessoa mais velha: as palavras devem ser adequadas ao nível cultural, o discurso deve ser claro e conciso, devem utilizar-se frases simples e curtas e falar lentamente, imprimindo um ritmo adequado à pessoa (Sequeira, 2016). O primeiro contacto não deve ser descurado, pois a primeira interação marcará a evolução das próximas, como tal, deve-se priorizar desde logo uma comunicação terapêutica demonstrando o enfermeiro interesse e disponibilidade (J. P. G. da Silva et al., 2015) . Com base neste comportamento não-verbal será possível perpetuar uma relação de confiança na pessoa mais velha fundamental para que esta partilhe as suas necessidades e dúvidas. Atendendo às limitações cognitivas e sensoriais da pessoa idosa, esta pode estar mais sensível ao clima afetivo que se cria através dos sinais não-verbais (A. Alves, 2003).

No exercício das funções de enfermagem é inevitável que enfermeiro comunique, sendo, por isso, necessário assegurar o êxito da comunicação que estabelece. Para tal é preciso colocar em prática competências e estratégias de comunicação não apenas para fazer uso das mesmas, mas para fazer um uso apropriado (M. Coelho, 2015). Deve ser este o carácter diferenciador do enfermeiro, a correta adequação e utilização de estratégias e habilidades na comunicação com a pessoa mais velha, sobretudo quando esta comunicação tem finalidade terapêutica e impacta a qualidade dos cuidados e a satisfação da pessoa com os mesmos.

É esperado que os enfermeiros estabeleçam uma comunicação e relações interpessoais eficazes, sendo estas, competências do enfermeiro de cuidados gerais no domínio da prestação e gestão de cuidados. Também a comunicação terapêutica se insere na esfera das intervenções de enfermagem autónomas, sendo a sua implementação da exclusiva iniciativa do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2012). Desta forma e tendo por base o impacto positivo de uma comunicação efetiva com a pessoa idosa,

nomeadamente, na consecução do seu projeto de saúde/doença, o enfermeiro deve mobilizar na sua prática profissional estas competências comunicacionais, apreendidas na sua formação e que devem ser implementadas e treinadas no decorrer da prática, a fim de serem desempenhadas com destreza e perícia.

A comunicação com a pessoa idosa, por norma, segue as regras e convenções gerais da comunicação com adultos, podendo-se utilizar como estratégias (Sequeira, 2016):

1. Manter a interação num espaço com boa luminosidade e sem ruído, mantendo o contacto ocular;
2. Adequar o tom, o ritmo e a velocidade da linguagem oral, assegurando pausas para dúvidas e esclarecimentos;
3. Respeitar a identidade da pessoa;
4. Respeitar e promover a dignidade;
5. Respeitar e promover as capacidades da pessoa mais velha;
6. Ajustar o *setting* às necessidades de comunicação.

Algumas das dificuldades de comunicação mais comuns na pessoa idosa estão relacionadas com alterações sensoriais próprias do processo de senescência, particularmente a diminuição da acuidade visual e auditiva.

Contudo, existem algumas estratégias gerais que podemos adotar quando comunicamos com a pessoa idosa com estes défices, por exemplo (Sequeira, 2016):

Comunicar com a Pessoa Idosa com Alterações Auditivas:

- Verificar se a pessoa utiliza prótese auditiva e se a mesma está bem colocada, ligada, com volume adequado e com pilhas.
- Assegurar que a pessoa idosa faz rastreios auditivos.
- Manter o contacto/comunicação num lugar calmo e sem ruídos de fundo.
- Dar especial destaque é comunicação não-verbal, principalmente aos gestos.
- Falar sempre de frente para a pessoa, pois a leitura dos lábios pode facilitar a compreensão da mensagem.
- Falar de forma clara e articular bem as palavras.

- Se se aplicar, utilizar suportes escritos para efetivar a comunicação.
- Elevar um pouco o tom de voz, mas não em demasia para não lesar ainda mais o ouvido e distorcer a expressão facial do emissor, dificultando a leitura dos lábios.

Comunicar com a Pessoa Idosa com Alterações Visuais:

- Sempre que possível, estabelecer o contacto/comunicação num local conhecido para a pessoa e que lhe transmita segurança.
- Dar informações pormenorizadas acerca do local, da disposição do mesmo e das pessoas que se encontram nele.
- Se a pessoa idosa permitir, utilizar o toque para potenciar a comunicação, perceber a localização do profissional de saúde e sentir-se mais seguro.

As novas tecnologias estimulam física e cognitivamente a pessoa idosa e permitem manter laços afetivos, potenciando dessa forma a comunicação. A disponibilização de tecnologias contribuí para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, facilita as suas rotinas diárias e melhora os seus níveis de envolvimento social. Servem, ainda, para aumentar a confiança dos mais velhos nas suas capacidades, promovendo a literacia digital e, desse modo, melhorar o potencial cognitivo destas pessoas. O uso da tecnologia potencia um envelhecimento “in place” permitindo que mais pessoas idosas vivam no contexto onde desejam continuar a viver, com níveis aceitáveis de bem-estar, contrapondo as variáveis de isolamento e de solidão, frequentemente presentes nesta etapa do ciclo vital e pouco dignificadoras da condição humana.

A comunicação é uma ferramenta básica para a intervenção do enfermeiro em todos os *settings*, mas quando cuida de pessoas mais velhas, ela é essencial. A equipa de enfermagem deve oferecer atenção e valorização à comunicação com estas pessoas, que podem ser/estar especialmente vulneráveis devido à sua fase de vida e a um eventual processo de doença. A comunicação é efetivamente uma estratégia para prover cuidados humanizados e dignos à pessoa mais velha (Dias et al., 2015).

Quando se fala em humanização nos cuidados de saúde prestados à pessoa mais velha, pressupõe-se a agregação de atitudes de comunicação, de afeto, de confiança e de empatia (J. Silva, 2019). A dignificação da pessoa idosa enquanto ser único passa inevitavelmente pela forma como comunicamos com ela, como valorizamos as suas competências remanescentes, como mantemos a sua identidade e valorizamos a sua experiência.

Nesta lógica da utilização da linguagem como forma de dignificar e humanizar os cuidados, existem contextos específicos onde a comunicação com a pessoa idosa pode ser mais fácil se seguirmos determinadas estratégias, são exemplo disso as pessoas idosas com demência, ou as pessoas mais velhas em processo de fim de vida, estando aqui acoplada a transmissão de más notícias. De seguida abordam-se algumas estratégias para comunicar nessas situações.

Comunicar com a Pessoa Idosa com Demência

A comunicação com a pessoa idosa com demência deve ser ajustada aos sinais e sintomas que esta apresenta, considerando o estágio de doença em que se encontra. Assim, as estratégias de comunicação a adotar estão muito relacionadas com as alterações de comunicação verbal e não-verbal decorrentes da evolução da síndrome. No entanto, existem alguns princípios básicos a atender para melhorar a comunicação com a pessoa idosa com demência (Sequeira, 2016; Sousa et al., 2017):

- Realizar um rastreio de eventuais problemas de audição e visão - muitas vezes, a comunicação pode estar a ser menos eficaz devido a problemas visuais e auditivos, por isso, é fundamental fazer uma avaliação regular num especialista.
- Manter o contacto visual constante para melhorar a compreensão do que se pretende transmitir.
- Evitar uma distância e/ou uma proximidade excessivas – falar a uma distância que seja suficientemente próxima para a pessoa o entender, mas que não invada o seu espaço pessoal, podendo causar mal-estar.
- Evitar conversar num local com muito ruído (ex. desligar a televisão, o rádio, fechar as janelas, etc.), para melhorar a compreensão da mensagem que pretende transmitir.
- Falar devagar utilizando frases simples, num tom de voz natural, agradável e tranquilizante.
- Manter o contacto físico suave - segurar na mão – se a pessoa gostar deste tipo de abordagem.
- Usar uma linguagem gestual explícita, mas nunca agressiva, mesmo que a pessoa mostre agressividade.
- Repetir várias vezes a mensagem até a pessoa compreender.

- Manter o sentido de humor.
- Chamar a pessoa pelo nome, para potenciar o reconhecimento da sua identidade pessoal.
- Não infantilizar (a pessoa com demência é adulta/idosa, pelo que a utilização de expressões ou tom de voz infantis não potencia uma comunicação eficaz).
- Não corrigir sistematicamente.
- Não discutir nem repreender.
- Utilizar reforço positivo e uma comunicação pela positiva.
- Evitar frases do tipo “não se lembra?” ou “como é que não sabe?”
- Tentar abordar temas com maior interesse para a pessoa para despertar a sua atenção e curiosidade.

Na pessoa idosa com demência as principais alterações da comunicação prendem-se com a não compreensão do que lhe é dito e a dificuldade em expressar-se. Quando a pessoa não compreende o que lhe diz pode utilizar como estratégias facilitadoras da comunicação:

- Manter a calma.
- Não gritar. Usar um tom de voz calmo.
- Simplificar ao máximo (possível) o seu discurso.
- Utilizar frases curtas.
- Falar devagar.
- Dar tempo para a pessoa responder, pois vai demorar mais do que o normal, poi nas pessoas com demência o processamento da informação é mais lento.
- Evitar as conversas em grupos grandes, pois a pessoa com demência pode sentir-se perdida, não conseguindo acompanhar a conversa e isso poderá deprimi-lo ou deixá-lo nervoso e agitado.
- Fazer perguntas simples e evitar as que podem levar a várias alternativas. O ideal é fazer perguntas fechadas que possam ser respondidas com sim ou não; por. ex. não diga “Quer sumo ou água? mas antes “Quer sumo?” e espere pela resposta.

- Evitar dar instruções em simultâneo. Dê uma instrução curta e espere que a execute antes de dar a seguinte.

Por vezes, o fato de não ser compreendido pode desencadear uma reação emocional muito intensa; por isso quando a pessoa não consegue exprimir-se pode utilizar como estratégias facilitadoras da comunicação:

- Se a pessoa disser apenas palavras soltas, sem construir uma frase estruturada, complete-a e repita-a para lhe confirmar que compreendeu o que queria dizer.
- Se a pessoa tiver dificuldades em encontrar as palavras certas, diga-as por ele, mas tente não lhe cortar o discurso. Se estiver a referir-se a objetos concretos, peça para os apontar e diga o nome respetivo.
- Quando o discurso da pessoa não fizer sentido, ouça-o tranquilamente, sem lhe pedir explicações desnecessárias, e mantenha a comunicação não-verbal com ela.

Na fase mais avançadas de demência é comum existirem situações de mutismo quase absoluto (ausência total de discurso), pelo que se deve tentar antecipar as necessidades da pessoa com demência, estando atentos aos gestos e expressão facial, pois podem fornecer informações importantes.

Comunicar com a Pessoa Idosa Vítima de Abuso

As pessoas idosas vítimas de abuso necessitam, na maioria das vezes, de ajuda e de suporte. A primeira ajuda em saúde mental é entendida como uma ação preventiva e antecipatória, na medida em que previne a ocorrência de um acontecimento ou minimiza o seu efeito depois de este ter acontecido, evitando, deste modo, o agravamento dos problemas de saúde mental e a redução da probabilidade de efeitos secundários. A abordagem engloba ações de ajuda a pessoas com problemas de saúde mental na melhoria de funcionalidade e na sua recuperação (Kitchener & Jorm, 2017).

Na abordagem à pessoa idosa vítima de abuso os enfermeiros devem atender a alguns princípios (Lafferty et al., 2012):

- Segurança: Evitar ações que possam colocar as pessoas idosas vítimas de abuso em risco de danos futuros.
- Dignidade: Cuidar das vítimas com respeito; atender às suas normas culturais e sociais.

- Direitos: Assegurar a igualdade de acesso à ajuda e aos serviços de apoio disponíveis; pugnar pela não discriminação.
- Garantir a segurança das pessoas vítimas de abuso e prestar cuidados físicos, se necessário.
- Avaliar as necessidades básicas das vítimas (p. ex. alimentos, água, cobertores) e abordá-las, disponibilizando ajuda.
- Mostrar compreensão e apoio, confortar e manter a segurança.
- Ajudar as pessoas a restaurar um sentido de poder, esperança, dignidade.
- Praticar escuta ativa, transmitir compaixão.
- Evitar falar de sentimentos profundos causados por traumas e/ou detalhes de eventos traumáticos.
- Fornecer informação básica sobre as reações à angústia; discutir estratégias de sobrevivência e deixar as pessoas lidar com a situação, respeitando o ritmo de cada um.
- Avaliar os riscos potenciais (incluindo o risco de suicídio e/ou de prejudicar os outros).

A comunicação personalizada traduz o apoio às vítimas, ouvir e integrar o que têm a dizer sobre as suas experiências de abuso. A comunicação personalizada inclui:

- Expressões relacionadas com o “Eu”: “Estou preocupado contigo...”.
- Demonstrar sensibilidade em abordar sentimentos das vítimas: “Compreendo que é difícil falar de questões relacionadas com sentimentos pessoais ...”.
- Não julgar e não ameaçar a via de comunicação: “Gostaria de falar sobre a sua preocupação?”.
- Capacitação: “Quer falar sobre alguns dos recursos que poderá querer utilizar?”.
- Assistência para superar o estigma relacionado com o abuso: “Tenho acompanhado muitas pessoas que não recebem os cuidados que merecem”.
- Respeitar a autonomia e o direito que assistem às pessoas mais velhas a tomar as suas próprias decisões quando chegar o momento “certo”.

- Prontidão para encaminhar as vítimas para os serviços de saúde e sociais adequados à situação.
- Questionar a vítima sobre a forma como lida/ou com a violência ao longo dos anos - Dê-lhe tempo para se motivar.
- Manter-se em contacto e abordar a questão da violência de forma regular.
- Procurar, em conjunto, novas formas de lidar com a situação.
- Seja realista sobre a situação, mas não a “assuste” demasiado.

Na ajuda às vítimas de abuso, os enfermeiros devem assegurar alguns princípios:

- Acreditar na vítima de abuso. Mesmo que a vítima verbalize algo que pareça não corresponder à verdade, assumir que a pessoa vítima de abuso possa ter sofrido um trauma em algum momento. Se suspeitar de perturbação da memória, de pressão ou delírio, informe os serviços de saúde.
- Falar menos e ouvir mais, permitir que as vítimas falem ao seu próprio ritmo.
- Não partir do princípio que o problema está a ser provocado por stresse, má comunicação na família ou má prestação de cuidados.
- Focar na segurança das vítimas.
- Assegurar o acesso das vítimas a informação relevante, educação e outras formas de assistência social e apoio económico para os ajudar a tomar as suas próprias decisões com conhecimento de causa, que compreendem as suas necessidades e interesses.
- Respeitar as decisões das pessoas mais velhas, apoiar a sua independência e autonomia.
- Contudo, ter em mente que as decisões que as mulheres mais velhas tomam podem envolver riscos.
- Garantir que as pessoas mais velhas têm acesso ao sistema judicial e aos direitos estão salvaguardados.

Comunicar com a Pessoa Idosa em Fim de Vida e a Comunicação de Más Notícias

Os cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida são mais direcionados para a relação interpessoal em detrimento de tratamentos e de cuidados curativos, emergindo com grande significado o papel da comunicação (Almeida et al., 2012).

O contexto particular dos cuidados em fim de vida torna o processo comunicativo complexo, porque o enfermeiro, por vezes, não se sente preparado para cuidar do doente em fase terminal assim como da família e cuidadores envolvidos neste processo (Dunne, 2005). Apenas se torna possível comunicar de forma terapêutica com a pessoa idosa em fim de vida quando se dá resposta às suas reais necessidades, que nesta esfera prendem-se frequentemente com informação relativa ao contexto da doença e à partilha de sentimentos e emoções associados ao medo da morte. No momento em que estas necessidades são respondidas, dá-se o alívio do sofrimento, objetivo central neste âmbito de cuidados (Almeida et al., 2012).

A comunicação terapêutica pode ser inviabilizada quando o enfermeiro é confrontado com medos, como o não saber responder ao doente e medo e emoções relacionados com a sua própria morte, dificultando um processo comunicativo terapêutico eficaz que se deverá sustentar em grande parte no suporte emocional e não apenas na partilha de informação (Almeida et al., 2012). O enfermeiro que utiliza um discurso formal não adequado ao nível de educação do doente e família está a promover o seu distanciamento da situação de cuidados, empobrecendo os cuidados de enfermagem, pois não há cuidar sem comunicação.

É legítimo que o enfermeiro apresente dificuldades na comunicação com algo que lhe é distante e que não vivenciou, mais sentido tem quando falamos do cuidado e comunicação com a pessoa idosa cujo aporte de vida é bastante diferente do enfermeiro, quer pela sua longevidade e vivências, quer pela diferença geracional, contudo e logicamente, não se poderão experienciar todas as necessidades e problemas que os doentes apresentam. Logo, são os conhecimentos traduzidos em competências cognitivas e sócio afetivas que os enfermeiros detêm, assim como a capacidade de os mobilizar que definem o seu papel interventivo e preponderante no cuidado à pessoa idosa.

A reação da pessoa idosa na comunicação de más notícias relaciona-se com a fase de vida em que se encontra, remetendo-se para o medo da morte e a dependência que a nova situação de doença pode trazer (Nucci & do Valle, 2006). Desta forma e considerando os défices sensoriais e cognitivos que as pessoas mais velhas poderão apresentar, a comunicação de más notícias exige atitudes ajustadas do enfermeiro, pois poderão não compreender o significado real do que está a ser desvelado (Jonas et al., 2015).

Importa sublinhar que o modo como é comunicada uma má notícia poderá ter impacto na forma como a pessoa enfrentará a doença, salientando-se novamente, a relevância das técnicas de comunicação empregadas (Jonas et al., 2015). Tendo em consideração que o enfermeiro fundamenta os seus cuidados na resposta às necessidades da pessoa e por ser o elemento que se encontra mais próximo e durante mais tempo com a pessoa idosa e as suas famílias e cuidadores, este apresenta-se como essencial na comunicação de informação (Nucci & do Valle, 2006; Salci & Marcon, 2011). Com um papel crucial na adaptação da pessoa à sua nova condição de saúde e no respeito pela sua autonomia, o enfermeiro proporciona um cuidado integral, comunicando de forma segura e esclarecedora e adequando a informação fornecida às necessidades expressas pela pessoa idosa (Jonas et al., 2015).

As competências comunicacionais do enfermeiro são transversais à prática profissional e devem permitir que este consiga comunicar de forma efetiva em todas as circunstâncias, com qualquer pessoa, em qualquer contexto ou fase de vida que vivenciam (M. Coelho, 2015).

Os cuidados paliativos e os cuidados à pessoa em fim de vida são cada vez mais preponderantes para uma atenção que ser integral e transversal, no que à saúde concerne. No entanto, este âmbito de cuidados tem as suas singularidades pois, a sua abordagem quer-se focada na pessoa doente e não na doença, tendo em vista o alívio do sofrimento (Pessini, 2003). Apesar da relevância dos cuidados paliativos e à pessoa em fim de vida no panorama atual, e sustentando-se estes cuidados numa relação interpessoal, que faz uso da comunicação como instrumento essencial para a sua consolidação, continua a ser encarada de modo reducionista (M. M. T. Araújo & Silva, 2012).

A experiência profissional não é sinónimo de maior capacitação na arte da comunicação em fases terminais e cuidados paliativos, não sendo estas desenvolvidas com o tempo (M. M. T. Araújo & Silva, 2012). Como tal, a aprendizagem de habilidades comunicacionais pelos profissionais de saúde e em especial do enfermeiro, faz-se essencial para cuidados de qualidade no fim de vida, daquele que se faz mais presente na prestação de cuidados à pessoa. O desenvolvimento de habilidades comunicacionais cimta a confiança do profissional de saúde no tratamento de situações difíceis e com doentes que vivenciam uma fase terminal (Razavi et al., 2002).

A valorização do bom uso da comunicação verbal e não verbal pelo profissional no cuidado à pessoa em fim de vida é primordial (M. M. T. Araújo & Silva, 2012) pois, uma comunicação interpessoal eficaz permite muitas vezes, decifrar informações importantes que provocam ansiedade na pessoa doente e minimizar os seus efeitos, alcançando a intervenção do profissional o efeito terapêutico desejado (M. M. T. Araújo & Silva, 2007).

Apesar da complexidade do processo comunicativo nesta fase da vida da pessoa idosa existem algumas estratégias comunicacionais verbais que podem ajudar nesta tarefa, nomeadamente (M. M. T. Araújo, 2011; M. M. T. Araújo & Silva, 2012; Granek et al., 2013; Maciel, 2009; Matsumoto, 2009):

- Comunicar de forma aberta e honesta (esta é a chave do sucesso);
- Perguntar o que a pessoa idosa sabe sobre a sua condição de saúde;
- Atender ao local onde se estabelece a comunicação, tentar manter uma atmosfera relaxante, tranquila e com privacidade o suficiente para permitir que a família e a pessoa idosa coloquem questões;
- Tentar que um profissional de saúde de referência para o doente, por exemplo, o enfermeiro de referência, esteja sempre presente quando é transmitida informação mais sensível, para transmitir maior segurança e confiança à pessoa idosa;
- Adequar a linguagem e verificar se a informação foi devidamente transmitida e compreendida por todos;
- Valorizar os desejos e as emoções expressas pela pessoa idosa;
- Ter uma postura positiva e incentivar a pessoa idosa a manter-se positivo, mas sem demonstrar esperança em demasia (“não dar falsas esperanças”);
- Evitar adotar uma visão etnocêntrica, adequando a transmissão da informação de acordo com a cultura e com o significado de morte para a pessoa idosa;
- Transmitir informações de forma gradual com uma sinceridade prudente;
- Compreender o que a morte e morrer significam para a pessoa idosa e para a sua família, de forma a oferecer orientação espiritual e suporte adequados;
- Questionar sobre as expectativas da pessoa idosa no que refere ao tratamento;
- Definir com a pessoa idosa os seus objetivos e como viabilizá-los;
- Fazer perguntas abertas para que a pessoa idosa se possa expressar;
- Repetir as últimas palavras enunciadas para estimular a continuar o assunto;
- Deixar a pessoa idosa tomar decisões ou nomear alguém para as tomar por ele, caso ainda esteja capaz;

- Questionar sobre interesses e preferências da pessoa idosa para suavizar a conversa;
- Identificar um membro da família, uma pessoa significativa, que esteja apto para receber informações mais reservadas e ajude na sua transmissão à pessoa idosa;
- Incentivar o envolvimento da família no cuidar da pessoa idosa, negociar o plano de cuidados de forma a criar uma experiência positiva para eles e para a pessoa idosa;
- Sugerir à pessoa idosa e à família que criem uma lista de perguntas ou preocupações que gostassem de ver solucionadas;
- Explorar as emoções da família e da pessoa idosa e fornecer suporte emocional;
- Manifestar a compreensão dos sentimentos e emoções da pessoa idosa.

Para demonstrar empatia na relação interpessoal com a pessoa idosa no âmbito dos cuidados paliativos e fim de vida, realçam-se as seguintes estratégias não verbais (S. Alves. et al., 2004; M. M. T. Araújo & Silva, 2012; Matsumoto, 2009):

- Toque afetivo;
- Estabelecer e manter contacto visual;
- Sorriso;
- Proximidade física/presença;
- Escuta ativa;
- Gesto positivo de cabeça;
- Atenção à postura corporal (manter membros descruzados e relaxados, sem gestos excessivos);
- Inclinar o corpo para a pessoa idosa;
- Estar atento às manifestações não verbais expressas pela pessoa idosa;
- Expressão facial positiva/de interesse/encorajadora;
- Respeitar o espaço pessoal da pessoa idosa/remover obstáculos físicos;

- Compartilhar o silêncio. (Acredita-se à relação e nunca é sinónimo de vazio);
- Tom de voz agradável/suave/baixo (mas em tom audível, mediante debilidades da pessoa idosa).

Na promoção da humanização do cuidado, a comunicação, que encerra sentimentos e emoções, sustenta as intervenções de enfermagem, concretizando uma ação terapêutica pois, apesar da esfera dos cuidados ser de âmbito terminal, a pessoa idosa doente, carece de cuidados igualmente rigorosos e ativos (Veríssimo & Sousa, 2014).

A intervenção de enfermagem “Escuta ativa” pode desempenhar um papel determinante na humanização e personalização dos cuidados à pessoa idosa, pois possibilita o acesso à história de vida e a valorização da experiência pessoal (Coelho, J. & Sequeira, 2020).

Reforça-se a necessidade especial, no caso deste grupo de pessoas, de considerar a sua capacidade funcional e a sua disponibilidade física e mental, para a comunicação de más notícias, sendo benéfica a presença da família (Burlá & Py, 2005).

O modo como as más notícias são comunicadas, o apoio emocional e a identificação de necessidades da pessoa idosa doente e sua família que a comunicação permite oferecer à pessoa é significativa (M. M. T. Araújo & Silva, 2012), projetando-se positivamente no alívio do sofrimento que não é somente físico, mas afetivo, social e psíquico. Desta forma, importa diferenciar estratégias de comunicação da mera exteriorização de sentimentos como a solidariedade, compaixão e apoio, por exemplo (M. M. T. Araújo & Silva, 2012), dado que, as primeiras são implementadas de forma consciente e com intuito terapêutico.

Uma má notícia nunca se afigurará numa boa notícia, por maior que seja o desenvolvimento e capacitação comunicacional do profissional (Burlá & Py, 2005). Assim como cuidar da pessoa em fim de vida ou cuidados paliativos nunca será menos complexo, deste modo, o profissional capaz de aliar a competência comunicacional com a sensibilidade, de forma exímia desempenhará a sua prática.

Implicações para a Prática, Investigação e Ensino

Uma comunicação eficaz assume particular relevância nos cuidados centrados na pessoa, potenciando a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, na promoção da recuperação e da manutenção da saúde das pessoas mais velhas (Bello, 2017; M. Coelho, 2015). Apesar da possibilidade de existência de entraves na comunicação eficaz em enfermagem, destacando-se as competências comunicacionais reduzidas (falta de

empatia, compreensão e escuta ativa e a dificuldade em estabelecer limites), assim como, algumas características pessoais (baixa autoestima, medo, ansiedade, falta de confiança, história pessoal e baixo nível de literacia), a evidência sugere a necessidade de suprimir algumas barreiras existentes na comunicação, como determinantes na dicotomia comunicação efetiva e saúde (Bello, 2017).

Os enfermeiros devem assumir a comunicação com as pessoas mais velhas, como foco de atenção numa perspetiva sistémica, levando a cabo a identificação precoce e a monitorização de situações de risco para as pessoas mais velhas, prevenindo complicações de saúde e sociais.

Face à realidade demográfica, a investigação constitui um ponto de partida para a reflexão sobre o que é ensinado e o modo como é ensinado, particularmente no que reporta à importância da comunicação na promoção de saúde física e mental, na prevenção da solidão e na dignificação das pessoas mais velhas. Nesta perspetiva, o ensino e a formação dos enfermeiros deve enfatizar a comunicação como ferramenta no processo de envelhecimento ativo e bem-sucedido que potencialize as capacidades individuais de cada pessoa, promova a saúde mental das pessoas mais velhas e estimule o comprometimento social. Ainda, numa perspetiva das necessidades ao nível do ensino, o desenvolvimento de competências comunicacionais, pressupõe uma reflexão sobre os conteúdos teóricos e teórico-práticos ministrados nas academias na formação pré e pós-graduada. Destaca-se a relevância da prática simulada como alicerce no desenvolvimento de competências no âmbito da comunicação.

Pontos-Chave

- Comunicação eficaz é um pilar fundamental nos cuidados centrados na pessoa, aumenta a qualidade dos cuidados prestados e possibilita uma resposta efetiva às necessidades das pessoas mais velhas – devendo ser um foco dos enfermeiros.
- Identificados alguns entraves na eficácia da comunicação, torna-se crucial suprimir as barreiras existentes, determinantes na dicotomia comunicação efetiva e saúde.
- É importante refletir sobre o conteúdo e a forma do que é ensinado quanto ao papel da comunicação na promoção de saúde física e mental, na prevenção da solidão e na dignificação das pessoas mais velhas.
- Sublinha-se a relevância da prática simulada como alicerce no desenvolvimento de competências no âmbito da comunicação.

Referências Bibliográficas

- Almeida, A., Ferreira, C., Lança, M., & Rodrigues, M. (2012). A Comunicação Enfermeiro-doente como Estratégia para Alívio do Sofrimento na Fase Terminal da Vida: Uma Revisão da Literatura. *Journal of Aging and Innovation*, 1(1), 41–52. <http://journalofagingandinnovation.org/pt/volume-1-numero-1-2011/comunicacao-enfermeiro/>
- Alves., S., Barreira, L., Coelho, P., Costa, E., Fonseca, E., & Nogueira, D. (2004). Cuidados Paliativos. Em F. Regateiro (Ed.), *Enfermagem Oncológica* (pp. 137–159). Editora Formasau.
- Alves, A. (2003). *A importância da comunicação no cuidar do idoso* [Repositório Aberto da Universidade do Porto]. <https://hdl.handle.net/10216/10508>
- Araújo, M. M. T. (2011). *Comunicação em cuidados paliativos: proposta educacional para profissionais de saúde* [Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP]. <https://doi.org/10.11606/t.7.2011.tde-31052011-123633>
- Araújo, M. M. T., & Silva, M. J. P. (2007). A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(4), 668–674. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342007000400018>
- Araújo, M. M. T., & Silva, M. J. P. (2012). Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 626–632. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342012000300014>
- Araújo, O. (2016). *O cuidado informal a pessoas idosas dependentes no autocuidado após um acidente vascular cerebral: avaliação do impacto do programa InCARE na capacitação dos cuidadores* [Repositório da Universidade de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10451/25155>
- Bello, O. (2017). *Effective Communication in Nursing Practice: A literature review* [THESEUS]. <https://www.theseus.fi/handle/10024/130552>
- Burlá, C., & Py, L. (2005). Peculiaridades da Comunicação ao Fim da Vida de Pacientes Idosos. *Revista Bioética*, 13(2), 97–106. <https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533242009.pdf>
- Campos, C. M. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*, 15(1), 91–101. <https://doi.org/10.25752/psi.9725>
- Caris-Verhallen, W. M. C. M., de Gruijter, I. M., Kerkstra, A., & Bensing, J. M. (1999).

- Factors related to nurse communication with elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1106–1117. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01197.x>
- Caris-Verhallen, W. M. C. M., Kerkstra, A., & Bensing, J. M. (1997). The role of communications in nursing care for elderly people: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 25(5), 915–933. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025915.x>
- Coelho, J. & Sequeira, C. (2020). Escuta ativa. Em C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 177–179). Lidel.
- Coelho, M. (2015). *Comunicação Terapêutica Em Enfermagem: Utilização Pelos Enfermeiros* [Repositório Aberto da Universidade do Porto]. <https://hdl.handle.net/10216/82004>
- Coelho, M. T. V., & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: Como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 31–38. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000200005
- Dias, K., Lopes, M., França, I., Batista, P., Batista, J., & Sousa, F. (2015). Estratégias para humanizar o cuidado com o idoso hospitalizado: estudo com enfermeiros assistenciais. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 7(1), 1832. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1832-1846>
- Dunne, K. (2005). Effective communication in palliative care. *Nursing Standard*, 20(13), 57–64. <https://doi.org/10.7748/ns.20.13.57.s55>
- Fonseca, A. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 281–311). Climepsi Editores.
- Fuller, J. K. (2007). Instrumentación quirúrgica. Teoría, técnicas y procedimientos. *Enfermería Global*, 7(1), 1–2. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834748023>
- Granek, L., Krzyzanowska, M. K., Tozer, R., & Mazzotta, P. (2013). Oncologists' strategies and barriers to effective communication about the end of life. *Journal of Oncology Practice*, 9(4), e129–e135. <https://doi.org/10.1200/JOP.2012.000800>
- Jonas, L. T., Silva, N. M., Paula, J. M. de, Marques, S., & Kusumota, L. (2015). Communication of the cancer diagnosis to an elderly patient. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 16(2). <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000200018>
- King, F. E., Figge, J., & Harman, P. (1986). The elderly coping at home: a study of continuity of nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 11(1), 41–46. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1986.tb01218.x>

- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2017). The role of Mental Health First Aid training in nursing education: A response to Happell, Wilson & McNamara (2015). *Collegian*, 24(3), 313–315. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2016.06.002>
- Lafferty, A., Treacy, M. P., Fealy, G., Drennan, J., & Lyons, I. (2012). *Older People's Experiences of Mistreatment and Abuse* (NCPOP (Ed.)). University College Dublin.
- Lage, M. I. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal* [Repositório Aberto da Universidade do Porto]. <https://hdl.handle.net/10216/7243>
- Maciel, M. G. S. (2009). Avaliação do paciente sob Cuidados Paliativos. Em Academia Nacional de Cuidados Paliativos (Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (1a, pp. 37–48). Academia Nacional de Cuidados Paliativos. https://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual de Cuidados Paliativos.pdf
- Matsumoto, D. Y. (2009). Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. Em Academia Nacional de Cuidados Paliativos (Ed.), *Manual de Cuidados Paliativos* (1a, pp. 14–19). Academia Nacional de Cuidados Paliativos. https://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual de Cuidados Paliativos.pdf
- Nucci, N. A. G., & do Valle, E. R. M. (2006). Quality of life and cancer. *Applied cancer research*, 26(2), 66–72. <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lil-445857?src=similardocs>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 77-95). Climepsi Editores.
- Pessini, L. (2003). A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. *Mundo saúde (Impr.)*, 27(1), 15–32. <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lil-366409?lang=en>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Razavi, D., Delvaux, N., Marchal, S., Durieux, J.-F., Farvacques, C., Dubus, L., & Hogenraad, R. (2002). Does training increase the use of more emotionally laden words by nurses when talking with cancer patients? A randomised study. *British Journal of Cancer*, 87(1), 1–7. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6600412>
- Salci, M. A., & Marcon, S. S. (2011). Enfrentamento do câncer em família. *Texto &*

Contexto - Enfermagem, 20(spe), 178–186. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072011000500023>

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel.

Silva, J. P. G. da, Costa, K. N. de F. M., Silva, G. R. F. da, Oliveira, S. H. dos S., Almeida, P. C. de, & Fernandes, M. das G. M. (2015). Consulta de enfermagem a idosos: instrumentos da comunicação e papéis da enfermagem segundo Peplau. *Escola Anna Nery*, 19, 154–161. <https://doi.org/dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150021>

Silva, J. (2019). *Humanização e cuidados de enfermagem à saúde da pessoa idosa* [Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos]. [https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/285/1/Jhony Presley Alves da Silva_0002824.pdf](https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/285/1/Jhony%20Presley%20Alves%20da%20Silva_0002824.pdf)

Sousa, L., Sequeira, C., & Ferré-Grau, C. (2017). *Manual do Cuidador Familiar*. A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

Veríssimo, F., & Sousa, P. (2014). A comunicação como expressão do cuidado humanizado em fim de vida: revisão sistemática. *Revista de Enfermagem UFPE*, 8(8), 2845–2853. <https://doi.org/10.5205/reuol.6081-52328-1-SM.0808201436>

Wold, G. H. (2013). *Enfermagem Gerontológica* (Elsevier Editora Ltd. (Ed.); 5a).

Yaeger-Dror, M. (1993). Language: Contexts and Consequences. *Language and Speech*, 36(1), 113–117. <https://doi.org/10.1177/002383099303600108>

CAPÍTULO III

Perspetivas Éticas, Deontológicas e Jurídicas no Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa

Lucília Nunes

Rui Inês

Marco Constantino

Introdução

Importa assentar alguns factos sobre o envelhecimento antes de procedermos a análise sobre os aspetos éticos, deontológicos e jurídicos dos cuidados de Enfermagem à Pessoa Idosa.

Existe atualmente uma “demografia global de envelhecer” (Bloom & Luca, 2016), um fenómeno reconhecido⁴ do aumento do número de idosos, numa realidade sem precedentes pois o deslocamento para diante das fronteiras da velhice, com a atual longevidade e esperança média de vida, é um fenómeno recente na espécie.

Quando se fala em “pessoa idosa” está subjacente o processo de envelhecimento e há um conjunto de clichés e preconceitos, desde logo com a demarcação de uma idade determinada – dizermos que a terceira idade começa aos 65 anos – e o entendimento uniforme no processo de envelhecer. Os 65 anos estariam associados à idade da reforma, de toda a gente, com mais ou com menos capacidade, de onde decorre uma elevada heterogeneidade e ideias infundadas e, até, falsas (Osswald, 2020), sobre o envelhecimento. “A verdade é que não se pode traçar uma fronteira precisa para o início da velhice, nem biológica, nem sociológica” (Ramos, 2013, p. 478).

Se atentarmos aos estudos clássicos sobre o desenvolvimento humano, foi dada

4 “Portugal, assim como outros países da Europa, tem vindo a registar nas últimas décadas profundas transformações demográficas caracterizadas, entre outros aspetos, pelo aumento da longevidade e da população idosa e pela redução da natalidade e da população jovem. Em 2015, as pessoas com 65 ou mais anos representavam 20,5% de toda a população residente em Portugal. Neste mesmo ano, a esperança de vida atingiu os 77,4 anos para homens e 83,2 anos para as mulheres (PORDATA, 2016).” (Direcção-Geral da Saúde, 2017)

muita atenção à infância e adolescência, mas poucos estudos se debruçaram sobre o envelhecimento, como se não fosse parte importante do processo. O envelhecimento humano teve também pouca atenção nos estudos filosóficos (Baars, 2010) e sociológicos⁵, com raras exceções.

As questões relacionadas com o envelhecimento da população mereceram a atenção da Assembleia Geral das Nações Unidas, pela primeira vez, em 1982, com a realização da primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, no âmbito da qual veio a ser aprovado o Plano Internacional de Ação de Viena⁶. Em 2002, ou seja, vinte anos depois, em Madrid, teve lugar a Segunda Assembleia Mundial dedicada ao tema do Envelhecimento, com o principal objetivo de avaliar o progresso feito pelos Estados durante esse período na implementação do Plano Internacional de Viena.

A Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento aprovou uma agenda para a intervenção no século XXI, centrada em três principais áreas: (1) pessoas idosas e desenvolvimento, (2) saúde e bem-estar avançados na velhice e (3) garantia de ambientes de capacitação e suporte aos idosos, que enforma o Plano Internacional de Madrid (United Nations, 2002), adotado na referida Assembleia Mundial. Deste Plano resultou

5 Relevo para a contribuição de Norbert Elias (1897-1990) para o tema do envelhecer e da morte, a reflexão sobre a diversidade do fenómeno da finitude e do morrer.

6 A realização da Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento foi decidida na 33.^a Assembleia Geral, ocorrida em 14 de dezembro de 1978, através da Resolução n.º 33/52. O tema do envelhecimento e do papel e do lugar das pessoas idosas na sociedade mereceram atenção da Assembleia Geral em várias ocasiões em momento prévio a essa decisão, porém apenas em 1977 o Conselho Económico Social e a Assembleia Geral se debruçaram mais especificamente sobre o mesmo. O Plano Internacional de Ação de Viena sobre o Envelhecimento (United Nations, 1982) definiu como metas principais: fortalecer a capacidade dos países para a abordagem de modo efetivo do envelhecimento das respetivas populações e das preocupações e necessidades especiais das pessoas idosas e fomentar uma resposta internacional adequada aos problemas do envelhecimento com medidas para o estabelecimento da nova ordem económica internacional e o aumento das atividades internacionais de cooperação técnica, em particular entre os próprios países em desenvolvimento. De entre as recomendações definidas para a implementação do Plano Internacional de Ação destacam-se as seguintes na área da Saúde: Cuidados destinados a compensar as incapacidades, reeducar as funções remanescentes, aliviar a dor, manter a lucidez, o conforto e a dignidade das pessoas afetadas e que lhes ajudem a reorientar suas esperanças e projetos, sobretudo no caso dos idosos, são tão importantes quanto o tratamento curativo (Recomendação 1); O cuidado das pessoas idosas devesse ir além da doença e abranger a totalidade de seu bem-estar, levando em conta a interdependência dos fatores físicos, mentais, sociais, espirituais e ambientais. Cuidados de saúde devem, portanto, envolver os setores sociais e de saúde e a família na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas. Os cuidados de saúde, em particular a atenção primária como estratégia, devem ser voltados para permitir aos idosos independentes conduzirem sua própria vida na família e na comunidade pelo maior tempo possível, em vez de serem excluídos e isolados de todas as atividades da sociedade (Recomendação 2); Profissionais e estudantes de profissões que têm a seu cargo o cuidado de seres humanos (por exemplo, medicina, enfermagem, serviço social, etc.) devem ser treinados em princípios e aptidões pertinentes nas áreas de gerontologia, geriatria, psicogeriatria e enfermagem geriátrica (Recomendação 7 c)); O controle sobre a vida dos idosos não deve ser deixado somente a cargo do pessoal das áreas de saúde, de serviço social ou outro cuidador pessoal, pois os idosos mesmos são os que melhor sabem o que é necessário e como deve ser feito (Recomendação 8).

no compromisso dos Estados com a eliminação de todas as formas de discriminação, em particular com base na idade, para garantir a todas as pessoas, à medida que envelhecem, a realização pessoal, a saúde, a segurança e a participação ativa aos níveis económico, social, cultural e político. O Plano consagra expressamente os direitos das pessoas idosas a participarem em todos os aspetos da sociedade, ao trabalho e à saúde, à independência e ao acesso à proteção social e refere-se expressamente aos Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas, enquanto orientadores na proteção da pessoa idosa nas áreas da independência, participação, cuidado, autorrealização e dignidade.

O insucesso destas iniciativas foi já reconhecido pela própria Organização das Nações Unidas, conforme reflete o *Report of the Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons*, elaborado na sequência da avaliação feita por Perita Independente mandatada pelo Conselho de Direitos Humanos sobre a implementação dos instrumentos internacionais existentes em relação às pessoas idosas (United Nations General Assembly, 2016). A proteção dos direitos da pessoa idosa através de uma convenção universal gera várias posições, negativistas, neutras e positivas, sendo neste último grupo que nos situamos, reconhecendo, com Carla Amado Gomes, que a existência de um instrumento específico permitirá incrementar a clareza e a coerência na implementação dos direitos, instituir um sistema de informação e monitorização, eventualmente uma instância de controlo para-jurisdicional, passando a fazer revestir de força cogente normas que têm apenas um valor moral. (C. A. Gomes, 2020, p.11-12)

A idade de 65 é aceite pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização das Nações Unidas, mas, como todos os limites bio cronológicos, é artificial e abstrato, sendo necessário singularizar para cada pessoa. A longevidade, idade cronológica que cada um vive, é entendida no eixo do tempo. Cada um de nós está ligado ao tempo e é com base no tempo que organiza a sua vida, a sua história, os seus valores, as suas prioridades, os seus afazeres. O envelhecimento individual diz respeito a dimensões físicas, psicológicas, sociais singulares, mesmo que as representações sociais do envelhecimento se tornem fenómenos políticos e sociais. Aliás, é preciso uma imagem social do envelhecimento como natural, numa perspetiva ecológica - o envelhecimento faz parte do ciclo natural da vida, importa que decorra com saúde e autonomia, mesmo reconhecendo a redução das capacidades de adaptação e aumento das vulnerabilidades.

Assinalemos que é também desigual a distribuição de riscos e de vulnerabilidades:

a distribuição de riscos na velhice é muito desigual, não só devido a uma série de eventos e condições que não podem ser totalmente controlados (como, por exemplo, a viuvez, a decomposição da família por saída dos descendentes adultos do agregado familiar, entre outros) mas também, e sobretudo, devido a uma série de dimensões de vulnerabilidade que são socialmente construídas

e têm uma base estrutural, dimensões que muitas vezes se desenvolvem gradualmente ao longo da vida. (Lopes, 2017, p. 160)

Aristóteles (1981, p.11) afirmou que “todos os homens têm naturalmente o desejo de saber” - diríamos que as pessoas na sua maioria desejam viver, mais e com qualidade de vida, ainda que todos nos movamos no horizonte certo da finitude humana.

Desenvolvimento

Entretecendo Questões Éticas, Deontológicas e Jurídicas

Considerámos articular as questões das dimensões ética, deontológica e jurídica, por entendermos que se complementam, ainda que pudesse ser igualmente razoável separá-las para as juntar numa síntese final. Com esta opção metodológica, pretendemos visibilizar a estreita relação dos fundamentos éticos com os deveres deontológicos, no quadro jurídico em saúde e Enfermagem. Ancorado no princípio da dignidade humana, enunciamos como primeiros fundamentos de análise o reconhecimento da singularidade da situação da pessoa ao envelhecer, o respeito pela autonomia da pessoa no seu envelhecer e o reconhecimento das vulnerabilidades das pessoas idosas.

Desdobramos estes fundamentos éticos e articulamos com a deontologia profissional, que integra o quadro jurídico internacional e nacional vigentes no país. Atendemos à natureza jurídica dos deveres deontológicos do enfermeiro, que constituem igualmente deveres jurídicos, previstos em lei, e que constituem na esfera jurídica, também, da pessoa idosa direitos subjetivos, e, nesse sentido, destacamos que o enfermeiro tem o dever de cumprir e zelar pelo cumprimento da legislação aplicável ao exercício da profissão [cf. alíneas b) e i) do n.º 1 do artigo 97.º e alínea a) do artigo 100.º, ambos, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros [EOE]⁷ (Lei n.º 156/2015 Da Assembleia Da República, 2015)]. Envelhecer não afeta a dignidade humana, ou seja, a dignidade humana não se altera pela idade nem pela condição ou circunstâncias da pessoa. E ter a mesma idade não significa iguais circunstâncias nem vulnerabilidades. Importa preservar a liberdade e a autonomia da pessoa idosa, respeitar as suas convicções e os seus valores, a autonomia que existe ou que se apresenta.

As pessoas idosas aparecem quase invariavelmente como exemplo de *grupos vulneráveis* porque, ao viverem mais anos, vão experienciando progressiva debilitação e as suas vulnerabilidades podem ser agravadas, face à deterioração do estado de saúde, mas também pelo modo como a sociedade e as pessoas interagem com elas. Naturalmente,

7 O EOE foi aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, constando a versão presentemente em vigor, da republicação em anexo à Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro.

destes fundamentos decorrem exigências deontológicas e de responsabilidade social, na proteção das pessoas e na ação em prol dos seus direitos.

A dignidade constitui vetor axiológico fundamental da proteção da pessoa, conforme constitucionalmente previsto na nossa Lei Fundamental. Nas palavras de Novais (Novais, 2020, p. 20), “o princípio da dignidade da pessoa humana é elevado à qualidade de base ou alicerce em que assenta todo o edifício constitucional e, portanto, é, de algum modo, implicitamente reconhecido como *princípio dos princípios*”. A proclamação, no artigo 1.º da Constituição da República Portuguesa (CRP), de que “Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária” CRP, 1976, e a consagração, no n.º 1 do artigo 13.º, de que “todos têm a mesma dignidade social”, são garantes da proteção jus fundamental da pessoa idosa em quaisquer contextos, incluindo o da prestação de cuidados de saúde, no sentido de serem tratadas sem discriminações, especialmente, se baseadas na idade, com respeito pela sua autodeterminação, com proteção e promoção da sua independência e da sua participação e com a criação de condições para que alcancem e sintam plena realização pessoal e beneficiem do melhor estado de saúde possível de alcançar. Conforme afirmam Gomes Canotilho e Vital Moreira, a dignidade da pessoa humana “alimenta materialmente o princípio da igualdade proibindo qualquer diferenciação ou qualquer pesagem de dignidades” (Gomes Canotilho & Vital Moreira, 2007, p. 198).

É a dignidade da pessoa humana que “legitima a imposição de deveres de proteção especiais” (Gomes Canotilho & Vital Moreira, 2007, p. 199) relativamente a pessoas que se encontrem em situação de vulnerabilidade, entre elas, os idosos.

A dignidade da pessoa humana constitui a fonte ética de todos os direitos fundamentais e assenta na consideração da irredutibilidade, insubstituibilidade e irrepetibilidade da pessoa humana, de cada “pessoa concreta, na sua vida real e quotidiana” (Medeiros & Miranda, 2010, p. 80), e que nessa realidade concreta impõe que se compreenda a pessoa em relação com as demais pessoas e que se perspetive e proteja a pessoa na sua realização pessoal, como sucede especificamente com os idosos no artigo 72.º da CRP. Sob a epígrafe *Terceira idade*, a Lei Fundamental reconhece à pessoa idosa o “direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social” (CRP, 1976). A falta de nomeação expressa do direito à proteção da saúde nesse dispositivo constitucional não nos afasta de considerar que a sua tutela efetiva é, igualmente, consagrada a favor da pessoa idosa, como imperativo

constitucional (Monge, 2020)⁸. E nesse sentido, adotando a feliz e certa síntese de Cláudia Monge:

estarão em causa, não só medidas públicas ativas de proteção da saúde e de prestação de cuidados de saúde nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º da Constituição, como estarão, em conformidade com a alínea b) do n.º 2 do mesmo artigo, medidas de promoção da saúde e de prevenção da doença, desde logo através de programas que visem um envelhecimento saudável, mas estarão ainda igualmente, na senda do estabelecido no n.º 1 do artigo 72.º da Constituição, o respeito pela autonomia pessoal (Monge, 2020, p. 139)⁹.

Não se pode olvidar a receção na ordem jurídica nacional da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), parâmetro de interpretação e integração dos direitos fundamentais previstos na CRP e na lei, conforme estabelecido no n.º 2 do artigo 16.º da Lei Fundamental, e a vinculação do Estado Português ao tratamento de todas as pessoas como seres iguais bem como ao reconhecimento do direito de todas as pessoas "a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar" (Organização das Nações Unidas, 1985, artigo 25) e do direito à segurança "na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade" (Organização das Nações Unidas, 1985, artigo 25).

A falta de uma convenção universal específica de proteção dos direitos humanos da pessoa idosa não pode, igualmente, constituir obstáculo à sua proteção quanto a um conjunto de bens que são essenciais ao respeito da sua dignidade. Importa ter presente com relevo para a proteção a assegurar pelo Estado os Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas, adotados em Assembleia Geral através da Resolução n.º 46/91, de 16 de dezembro de 1991 (United Nations Principles for Older Persons, 1991): independência, participação, assistência, realização pessoal e dignidade. Entre os direitos da pessoa idosa proclamados sob esse instrumento como a respeitar pelos Estados, destaca-se, com relevo para o

8 A autora toma uma posição de defesa da efetividade da proteção da saúde do idoso como imposição constitucional pese embora a não nomeação desse direito no artigo 72.º da CRP de modo absolutamente esclarecedor: "Para respeito do artigo 64.º da Constituição e realização do direito à proteção da saúde, importa reconhecer as diferentes necessidades de saúde ao longo da vida e desenvolver políticas públicas específicas que as garantam. De outra forma, não será observado o que resulta de forma articulada dos artigos 64.º e 72.º da Constituição" (Monge, 2020, p.139).

9 A autora articula a consagração dos referidos direitos fundamentais com o Direito Internacional e o Direito da União Europeia e conclui pelo reforço da «articulação devida entre proteção da pessoa idosa e proteção da saúde» para apoiar e confirmar as três vertentes que defende deverem ser consideradas na proteção da pessoa idosa: «a prevenção em saúde através de um envelhecimento ativo e saudável; a resposta adequada de cuidados de saúde atentas as necessidades da pessoa idosa e o respeito pela autonomia da pessoa idosa na determinação dos cuidados ou prestações de saúde, num quadro de proibição de discriminação» (Monge, 2020, p.139).

tema em estudo, o direito de acesso a cuidados de saúde que os ajudem a manter ou a readquirir um nível ótimo de bem-estar físico, mental e emocional e que previnam ou atrasem o surgimento de doenças, o direito de acesso a serviços sociais e jurídicos que reforcem a respetiva autonomia, proteção e assistência e o direito ao pleno respeito da sua dignidade, convicções, necessidades e privacidade e do direito de tomar decisões acerca do seu cuidado e da qualidade das suas vidas (cf. n.ºs 11, 12 e 14).

O direito das pessoas idosas a uma existência condigna e independente e à sua participação na vida social e cultural é igualmente reconhecido pela União Europeia, conforme previsto no artigo 25.º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2000), que consagra a proteção das pessoas contra quaisquer formas de discriminação (cf. artigo 21.º). E a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina reforça essa proteção da pessoa idosa em face das aplicações da biologia e da medicina, conforme previsto no artigo 1.º.

A Lei de Bases da Saúde, aprovada em anexo à Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, prevê o direito de todas as pessoas:

À promoção do bem-estar e qualidade de vida durante o envelhecimento, numa perspetiva inclusiva e ativa que favoreça a capacidade de decisão e controlo da sua vida, através da criação de mecanismos adaptativos de aceitação, de autonomia e independência, sendo determinantes os fatores socioeconómicos, ambientais, da resposta social e dos cuidados de saúde. (Lei n.º 95/2019, Base 2, n.º 2, alínea l)

A igualdade e a não discriminação no acesso a cuidados de saúde de qualidade em tempo útil, a garantia da equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços e a adoção de medidas de diferenciação positiva de pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, entre as quais deve ser considerado encontrarem-se as pessoas idosas, constituem fundamentos da política de saúde (cf. Base 4, n.º 2, alínea d), da Lei de Bases da Saúde.

A deontologia profissional, plasmada no capítulo VI do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) (Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República, 2015), enuncia os deveres do enfermeiro, na sua correlação com o direito da Pessoa cuidada. A explicitação desta correlação, num modelo de autorregulação profissional, declara (publicamente) o sentido do compromisso social da enfermagem, ao qual se vinculam, por decisão, todos os seus profissionais.

Sustentar a doutrina deontológica no assegurar do direito da Pessoa é expressão ontológica e do sentido do agir profissional, que atende à idiosincrasia de cada Pessoa, assim como às circunstâncias dos cuidados. A “justiça”, enquanto valor universal a observar na relação profissional (Lei n.º 156/2015, EOE; Artigo 99.º), assente na equidade, assegura a “igualdade” no direito ao cuidado de enfermagem, entre pessoas e na mesma pessoa, ou longo das diferentes fases do seu ciclo de vida.

Neste contexto, os enfermeiros têm presente que defender a “dignidade da pessoa humana” (EOE, artigo 99º, nº1), no “respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários de cuidados” (EOE, artigo 99, nº 3), “(...) significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2001, p.13).

É inequívoco que a deontologia profissional dos enfermeiros assenta na liberdade e dignidade da pessoa humana, em valores universais e princípios orientadores, que são a responsabilidade, o respeito pelos direitos humanos e a excelência do exercício. Por isso o artigo 99.º do EOE pode ser assumido como quadro ético de fundamento dos deveres, pois, em bom rigor, não enuncia deveres, mas sim princípios e valores.

É dever do enfermeiro considerar a especificidade da abordagem da Pessoa Idosa num agir assente na “competência e no aperfeiçoamento profissional” (EOE, artigo 99º, nº 2) , para o qual concorrerá a “atualização permanente do seu conhecimento” na área da gerontologia e geriatria. A diversidade de percursos de envelhecimento, determinam a heterogeneidade na velhice, incompatível com a ideia de um modelo estereotipado de idoso tipo/padrão.

Ser competente no cuidado à Pessoa idosa exigirá assim saberes múltiplos e específicos desta etapa do ciclo de vida (saberes integrativos das competências) que apurem a sensibilidade diagnóstica do enfermeiro e possam ser mobilizados em propostas de cuidados/respostas efetivas, em ordem aos resultados esperados/acordados com a pessoa. Ser competente no cuidado à pessoa idosa é também mobilizar saberes e competências do domínio da Responsabilidade Profissional Ética e Legal, seja no âmbito dos Cuidados Gerais (Regulamento 190/2015 da OE, 2015), seja no das intervenções especializadas (Regulamento n.o 140/2019 da OE, 2019).

Atentando aos deveres relativos aos valores humanos (EOE, artigo 102.º), o enfermeiro assume o dever de “Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” (cf. alínea a). Ou seja, o dever de cuidar da pessoa sem qualquer discriminação decorre da assunção do valor da igualdade, e, como sabemos, “ todos os seres humanos nascem livre e iguais em dignidade e em direitos” (Organização das Nações Unidas, 1985, Artigo 1º).

E destes dois tipos de igualdade – da dignidade e dos direitos – decorrem deveres específicos, como os preconizados no artigo 102.º, que incluem “e) Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida”, bem como “f) Respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos”.

Destas duas alíneas do artigo 102^o é fácil deduzir cinco deveres: (1) “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa”, (2) “não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida”, (3) “respeitar (...) as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa”, (4) “fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa” e (5) “criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos”. Assim como percebemos que a esfera de ação se amplia, do *respeitar*, que é do próprio, do *fazer respeitar*, à sua volta e *criar condições*, que pode ser no contexto clínico e/ou organização. No limite poderá mesmo passar por “proteger e defender a pessoa humana de práticas que contrariem a lei, a ética e o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competências profissional”(EOE , artigo 100, alínea c).

Interessará referir que, numa sociedade multicultural, coabitam diferentes perspetivas sobre o envelhecimento e sobre a pessoa idosa. Diferenças culturais e de valores podem acentuar-se também, quando a distância entre a idade de quem cuida e da pessoa cuidada é maior. Cuidados culturalmente sensíveis exigem do enfermeiro: (1) consciência da constelação de valores em presença na relação de cuidados (valores da pessoa cuidada; valores pessoais e profissionais do enfermeiro; valores da Organização/ Instituição prestadora de cuidados); (2) observância dos valores profissionais; (3) conceção de cuidados no respeito pelo quadro de referência da pessoa cuidada. “(...) No âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural (...)” (OE, 2001, p.10).

Ainda no artigo 102.^o, entre as pessoas com especial salvaguarda¹⁰, está a pessoa idosa – “salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida” (EOE, alínea c) artigo 102).

A compreensão da proteção jurídica oferecida pelo ordenamento jurídico interno à pessoa idosa está dificultada pela inexistência de instrumento jurídico específico de consagração dos direitos da pessoa idosa, assistindo-se a uma dispersão das fontes de onde brotam os referidos direitos, a qual, não afetando a proteção legal de que a pessoa idosa beneficia, não deixa de se perspetivar como aspeto que reclama a atenção do legislador, atentos os ganhos que a sistematização poderia oferecer para a implementação e efetividade da proteção desses direitos.

10 No artigo 102.^o do EOE, “Dos valores humanos”, estão identificados três grupos: “(b) Salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso; (c) Salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida; (d) Salvaguardar os direitos da pessoa com deficiência e colaborar ativamente na sua reinserção social”. (Lei n.º 156/2015 da Assembleia Da República)

Com a sumariedade que se impõe no presente estudo, socorremo-nos da sistematização que a Estratégia de Proteção ao Idoso, aprovada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 63/2015 da Presidência do Conselho de Ministros (2015), ainda que assente num pressuposto e na afirmação da necessidade de reforço dos direitos da pessoa idosa, oferece a respeito dos direitos da pessoa idosa. Assiste-se, nesse âmbito, a um alinhamento com os princípios, já referenciados, aprovados pela Assembleia Geral das Nações Unidas, como a observar relativamente à proteção a conferir à pessoa idosa: estabelece a Estratégia que “devem ser legalmente consagrados os direitos dos idosos, a saber, independência; participação; assistência; realização pessoal; dignidade” (I, 1) e que o exercício pleno dos direitos reconhecidos aos idosos pressupõe “o acesso à informação pertinente e adequada, direito este que por isso também lhes deve ser reconhecido” (II, 1.a). A Estratégia de Proteção ao Idoso salienta, no plano da independência, “o direito da pessoa idosa a tomar todas as decisões relevantes sobre a sua vida com autonomia e liberdade” (Resolução Do Conselho de Ministros n.º 63/2015 da Presidência do Conselho de Ministros, II, 1. b), em cujo âmbito prevê dever ser incluído o direito da pessoa idosa a decidir sobre os cuidados de saúde de que beneficia, e o direito a receberem “o apoio de que necessitem para o exercício dos direitos de que são titulares, o que inclui o direito de escolherem a pessoa por quem pretendem ser auxiliados”.

O respeito pela autodeterminação da pessoa idosa beneficia de tutela jusfundamental, nos termos do artigo 25.º da CRP (1976), e legal, atenta a alínea f) do n.º 1 da Base 2, que consagra o direito de todas as pessoas em contexto da prestação de cuidados de saúde a decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos bem como a emitir diretivas antecipadas de vontade e a nomear procurador de cuidados de saúde.

Também na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019 Da Assembleia Da República, 2019) se consagram importantes direitos que constituem alicerces do respeito pela autonomia e pela independência da pessoa idosa: o direito à informação sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar, que impõe aos profissionais de saúde que assegurem que a informação é prestada “de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível” (cf. Base 2, n.º 1, alínea e) da Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República); o direito de acesso livre à informação que lhes respeite, sem necessidade de intermediação de um profissional de saúde, exceto se por si solicitado (cf. (Base 2, n.º 1, alínea g) da Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República (2019); o direito a ser acompanhada por familiar ou outra pessoa por si escolhida (cf. Base 2, n.º 1, alínea h), da Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República, 2019). Conforme destaca Cláudia Monge, “não pode, pois, pela simples condição da idade, (a pessoa idosa) ver diminuída a sua capacidade, como na prática se assiste muitas vezes” (Monge, 2020, p. 171).

É a pessoa idosa, que não esteja afetada na liberdade do exercício dos seus direitos, que cabe decidir sobre o seu projeto de saúde e sobre os cuidados de saúde que se afigurem adequados para a sua situação, inexistindo base legal que permita legitimar a sua substituição, designadamente, pelos respetivos familiares. Conforme esclarece Monge (2020), se a pessoa idosa:

está debilitada, mas capaz de expressar a sua vontade, é ele que a deve expressar, por si, autónoma, direta e livremente. A família e, em especial os filhos, atento o disposto no artigo 1874.º, n.º 1, do Código Civil, devem apoiar na doença e salvaguardar pelo respeito pelos [seus] direitos de personalidade. (Código Civil, Decreto-Lei n.º 47344, 1966, p.173)

Com idêntico relevo para a proteção da pessoa idosa vejam-se os direitos previstos na Base 2, n.º 1, alínea l), da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019 Da Assembleia Da República, 2019).

A Estratégia de Proteção ao Idoso destaca o direito da pessoa idosa à assistência em termos de saúde, apoio social e jurídico que lhe permita viver num ambiente adequado às suas necessidades, digno, seguro e protetor e aponta no sentido de deverem ser criadas as condições para que os idosos possam beneficiar de oportunidades de envolvimento educativo, cultural e recreativo que contribuam para o seu bem-estar e realização pessoal plena, bem como da prevenção e adequada repreensão de todas as formas de violência, abuso, exploração ou discriminação das pessoas idosas, tanto do ponto de vista físico como psicológico.

A consagração dos direitos fundamentais, reconhecidos a todas as pessoas, do direito à integridade pessoal, física e moral, no artigo 25.º da CRP, do direito ao desenvolvimento da personalidade, previsto no artigo 26.º da CRP, do direito à liberdade e à segurança, previsto no artigo 27.º, do direito à proteção da saúde, através do artigo 64.º da Lei Fundamental, e dos direitos específicos e expressamente reconhecidos no artigo 72.º da CRP (1976) à pessoa idosa, constituem expressão da tutela da pessoa idosa, que a Estratégia de Proteção ao Idoso destaca, ao mais elevado nível de proteção jurídica, que o legislador ordinário tem o dever de assegurar que têm condições para serem efetivamente exercidos e protegidos. A Lei de Bases da Saúde também dedica, conforme já assinalámos, particular atenção à pessoa ao longo do seu envelhecimento, reconhecendo-lhes os direitos, em contexto de saúde, “à promoção do bem-estar e qualidade de vida, numa perspectiva inclusiva e ativa que favoreça a capacidade de decisão e controlo da sua vida, através da criação de mecanismos adaptativos de aceitação, de autonomia e independência” (Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República, 2019) (Base 2, n.º 1, alínea l).

Notemos que a alínea c) do artigo 102.º do EOE (Lei n.º 156/2015 da Assembleia

da República, 2015) inclui a direção da ação do enfermeiro, em relação à pessoa – “promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado” - bem como a finalidade – “com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida”.

A orientação para a qualidade de vida da pessoa idosa pode ter consequências em diversos planos¹¹, sendo que no plano profissional dos enfermeiros se situa com duas preocupações centrais: promover a independência e o autocuidado da pessoa idosa, pois daqui decorre o cumprimento do objetivo definido, de melhorar a sua qualidade de vida.

Existe dever de promover, de potenciar os recursos que a pessoa tem, partindo das capacidades que são presentes. Aliás, é esse o sentido do dever de humanização dos cuidados – pois que:

o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa. (EOE , artigo 107^o)

O conhecimento do “projeto de saúde” da pessoa idosa e a definição/concertação de estratégias para a sua concretização, permite alianças terapêuticas, a clarificação de papéis dos intervenientes nos cuidados (pessoa, profissionais, familiares, cuidadores informais), no respeito pela vontade e capacidade da pessoa. Como sabemos, a qualidade de vida é um conceito subjetivo, multidimensional; diz respeito à “perceção individual sobre a sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”¹².

Na leitura do artigo da deontologia “Dos direitos à vida e à qualidade de vida”, os deveres assentam no princípio ético do “respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital” (EOE, artigo 103^o); proteção que o Direito prossegue, como evidencia o destaque que na CRP é conferida ao direito à vida, com a previsão no primeiro dos artigos relativos ao catálogo dos direitos fundamentais de que “A vida humana é inviolável” (CRP, 1976, artigo 24^o, 1.).

Afirma-se o respeito por cada vida humana, não importando quão idosa possa ser ou quão

11 Por exemplo, o das políticas públicas - “Que as políticas públicas dirigidas às pessoas idosas não sejam de teor meramente assistencial, mas orientadas para as condições de realização do seu bem integral, contemplando a sua participação ativa na vida social.” (CNECV, 2014, p.12)

12 Tradução de “individuals’ perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns”. Cf. (WHO Quality of Life Assessment Group, 1996)

diminuída possa estar – mais, o enfermeiro assume o dever de “atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias” assim como “respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa” e “participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida” bem como “recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante” (EOE, alínea d) artigo 103^o)¹³. Associando o processo de envelhecer e as consequências neurodegenerativas, por exemplo, não admira que muita reflexão bioética sobre a pessoa idosa foque a demência e as perdas associadas, quer identitárias, quer de personalidade, sociais, afetivas (Nunes, 2015). Ou que se constitua como problema ético a questão dos limites da autossuficiência da pessoa idosa, das suas capacidades, ou a solidão e isolamento social como fator de risco da saúde mental do idoso.

Da análise das práticas clínicas, parece-nos que, frequentemente, a debilidade da pessoa idosa pode conduzir a fenómenos como informar previamente a família para amortecer o impacto de algumas notícias ou, mesmo, desvalorizar o direito que as pessoas têm – e as idosas como todas – à informação sobre a sua saúde, caso queiram saber. Assim, importa reforçar os aspetos da informação em saúde¹⁴, os deveres de informação e de sigilo (EOE, artigo 105.^o e 106^o).

Não se olvide que a CRP consagra como direito fundamental de todas as pessoas o direito à reserva da intimidade da vida privada e familiar (CRP, 1976) (cf. artigo 26.^o, n.^o 1), impõe a existência de garantias efetivas contra a obtenção e utilização abusivas, ou contrárias à dignidade humana, de informações relativas às pessoas e famílias (cf. artigo 26.^o, n.^o 2) bem como proíbe o acesso a dados pessoais de terceiros, salvaguardando os casos excecionais previstos na lei (cf. artigo 35.^o, n.^o 4), o que requer a consideração do atual quadro normativo em matéria de proteção de dados pessoais, designadamente, em face do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados.

A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República, 2019) consagra o direito de todas as pessoas, incluindo a pessoa idosa, “à informação sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar (Base 2, n.^o 1, alínea e)”. Não se limita, porém, a consagrar o referido direito, mas impõe que o mesmo seja satisfeito com garantia de adequação, de acessibilidade, de objetividade, de completude e inteligibilidade da informação para o titular do direito. No caso da pessoa idosa, o respeito desse direito impõe aos profissionais de saúde especiais deveres

13 O artigo 25.^o da CRP consagra o direito à integridade moral e física (integridade pessoal) de todas as pessoas, conferindo-lhe a natureza de bem inviolável e proíbe a tortura e os tratos e as penas cruéis, degradantes e desumanos.

14 Pareceres do Conselho Jurisdicional da OE CJ 92/2009, 107/2009, 194/2010 e 222/2014, entre outros.

de cuidado na prestação de informação, sendo-lhe exigida a avaliação das capacidades da pessoa para compreender, em todo o seu alcance, a informação transmitida bem como que assegure as adaptações necessárias, em razão das circunstâncias concretas, para garantir que a pessoa fica adequadamente esclarecida. A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República, 2019) também estabelece o direito de todas as pessoas à proteção da saúde com respeito dos princípios da confidencialidade e da privacidade (cf. Base 2, n.º 1, alínea a)) bem como estatui, entre os deveres éticos e deontológicos acrescidos a que os profissionais de saúde, pela relevante função social que desempenham ao serviço das pessoas e da comunidade, estão sujeitos, o dever de guardar sigilo profissional sobre a informação de que tomem conhecimento no exercício da sua atividade (Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República, 2019) (Base 28, n.º 2).

A pessoa idosa é titular da sua informação de saúde, e enquanto tal;

tem o direito de, querendo, tomar conhecimento de todo o processo clínico que lhe diga respeito, salvo circunstâncias excecionais devidamente justificadas e em que seja inequivocamente demonstrado que isso lhe possa ser prejudicial (privilégio terapêutico), ou de o fazer comunicar a quem seja por si indicado¹⁵. (Lei n.º 12/2005 da Assembleia da República, n.º 2 do artigo 3º)

Ser idoso, não é uma “circunstância excecional”, nem tão pouco a opinião de alguém é, por si só, um argumento “inequivocamente demonstrado”.

É dever do enfermeiro assegurar e proteger a pessoa no direito à informação, condição necessária à sua autodeterminação. Mediar a relação que o outro tem com a sua informação, dotando-o de condições para decidir sobre ela e sobre si, de forma esclarecida, é centrar os cuidados na pessoa idosa, reconhecer a sua autonomia, num quadro de “defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana” (EOE, nº1 do artigo 99º). “Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido” (Resolução da Assembleia Da República n.º 1/2001, 2001, artigo 5º). A eficácia desse consentimento surge na deontologia da enfermagem submetida a condições, ou requisitos:

(1) Competência e capacidade para decidir, pois que o consentimento deve ser o ato de uma pessoa competente; (2) Informação correta, necessária para realizar uma escolha, em veracidade; (3) Validação da compreensão da informação fornecida, ou seja, a pessoa deve ser informada e compreender a informação dada para fazer a sua escolha – pressupõe-se, assim, a formação de uma vontade esclarecida; (4) Liberdade para decidir, ou seja, voluntariamente, sem coação externa (OE, 2007,p.3).

15 Cf. artigo 3º, n.º 2 (Lei n.º 12/2005 Da Assembleia Da República, 2005)

Para "respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado" (EOE, alínea b) artigo 105º) acresce ao dever de informar, o de validar a compreensão da informação, de avaliar a capacidade da pessoa para decidir e o de assegurar das condições de liberdade para o fazer.

De pouco servirá a informação, se não for dada como quem cuida..., atendendo à especificidade do interlocutor, adequando na forma, no conteúdo e na circunstância da transmissão da informação.

Avaliar a capacidade para decidir pode constituir particular desafio na pessoa idosa, quando a senescência, precipitada ou não pela doença, determina alterações do estado de consciência (percepção e/ou pensamento) de caráter transitório e/ou progressivo. Onde começa, ou termina o estado que permite a capacidade para decidir consentir ou dissentir? O sentido ético de proteger o outro na sua dignidade deverá presidir, a este nível, qualquer decisão profissional.

Embora o dever de informação do enfermeiro considere "o indivíduo e a família" (EOE, alínea a) artigo 105º), estes não se encontram no mesmo nível no que respeita ao acesso à informação de saúde da pessoa cuidada. A partilha de informação, para além do titular, é feita por sua decisão e, quando tal não é possível, considerando o disposto na lei a na deontologia. Um representante, uma autoridade, uma pessoa ou uma instância designada pela Lei, para decidir por um maior que careça de capacidade para tal, recebe, nas mesmas condições (que o titular da informação), a informação necessária para a decisão, sendo que esta e as intervenções que dela decorram, apenas poderão ser efetuadas em benefício direto da pessoa (Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, 2001) (Artigo 6.º).

Quando a pessoa idosa não tem capacidade para decidir no momento, interessa saber se o fez de forma diferida no tempo. É dever do enfermeiro conhecer e respeitar a vontade do próprio, ainda que declarada antecipadamente ou por quem por ele nomeado, ao abrigo do regime das Diretivas Antecipadas de Vontade (Lei n.º 25/2012 Da Assembleia Da República, 2012).

O sigilo é o mecanismo deontológico de salvaguarda da segurança da informação em saúde e o enfermeiro "está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de: a) considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte" (EOE, alínea a) do artigo 106º). A decisão de partilhar qualquer informação da pessoa e também da pessoa idosa, deve considerar o disposto nas alíneas b) e c) do artigo 106.º do EOE. O enfermeiro partilha "informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus

direitos” (EOE, alínea b) do artigo 106^o) ou “nas situações previstas na lei, devendo, para o efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico” (EOE, alínea c) do artigo 106^o). É com base nestes critérios orientadores que o enfermeiro decide que informação pertinente partilhar com os que estão implicados no plano terapêutico da pessoa cuidada. Na justa medida desta partilha reside a preservação da confidencialidade da informação, a reserva da vida privada e o respeito pela intimidade. Em caso de necessidade, deve o enfermeiro fazer recurso a aconselhamento¹⁶ deontológico.

No quadro da deontologia profissional, o enfermeiro assume o dever de “respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família” e de “salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (EOE, alíneas a) e b) do artigo 107^o).

O cuidado à pessoa idosa, carece de modelos de abordagem interdisciplinar onde o enfermeiro desempenha, na maioria das vezes, um papel central, quer pela sua permanência nos cuidados, quer pela relação de maior proximidade à pessoa e família. Neste contexto, e em prol da qualidade assistencial à pessoa idosa, o enfermeiro assume deveres para com a profissão e deveres para com outras profissões. Assim e no plano deontológico, de acordo com o artigo 111^o do EOE, o enfermeiro, deve manter “no desempenho das suas atividades, (...) um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão”, sendo “solidário com os outros membros da profissão em ordem à elevação do nível profissional”. Como membro da equipa de saúde, tem deveres para com outras profissões, integrando “a equipa de saúde, (...) colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços” e atuando “responsavelmente na sua área de competência” (EOE, artigo 112^o).

Suporte a Decisões em Áreas Específicas

Reservámos uma parte final deste capítulo para esferas próximas de preocupação – as relativas ao cuidador informal, ao maior acompanhado e aos direitos em fim de vida - ainda que não seja necessário ser uma pessoa idosa para lhes fazer face e nenhuma destas situações e aplica em exclusivo à pessoa idosa.

Consideramos importante referir elementos de suporte face a situações difíceis, desde logo, quem cuida da pessoa idosa em situação de dependência, quem representa uma

16 Previsto no artigo 106.^o, do EOE, e em conformidade com o Regulamento de Aconselhamento Deontológico para Efeitos de Divulgação de Informação Confidencial e Dispensa do Segredo Profissional (Regulamento n.º 338/2017 Da Ordem Dos Enfermeiros, 2017)

pessoa idosa que não esteja factualmente capaz de decidir sobre si, a legislação sobre os direitos em fim de vida ou com prognóstico vital breve e as Diretivas Antecipadas de Vontade e a Procuração de Cuidados de Saúde. O Estatuto do Cuidador Informal, anexo à Lei n.º 100/2019 da Assembleia da República (2019), regula os direitos e os deveres do cuidador¹⁷ e da pessoa cuidada¹⁸, estabelecendo as respetivas medidas de apoio (Lei n.º 100/2019 da Assembleia da República, 2019).

À luz deste Estatuto, a pessoa cuidada tem direito a:

(a) Ver cuidado o seu bem-estar global (...); (b) A ser acompanhada pelo cuidador informal, sempre que o solicite (...); (c) Privacidade, confidencialidade e reserva da sua vida privada; (d) Participação ativa na vida familiar e comunitária, no exercício pleno da cidadania, quando e sempre que possível; (e) Autodeterminação sobre a sua própria vida e sobre o seu processo terapêutico; (f) Ser ouvida e manifestar a sua vontade em relação à convivência, ao acompanhamento e à prestação de cuidados pelo cuidador informal; (g) Aceder a atividades ocupacionais, de lazer e convívio, sempre que possível; (h) Aceder a equipamentos sociais destinados a assegurar a socialização e integração social, designadamente centros de dia e centros de convívio; (...); (j) Proteção em situações de discriminação, negligência e violência; (k) Apoio, acompanhamento e avaliação pelos serviços locais e outras estruturas existentes na comunidade. (Lei n.º 100/2019 Da Assembleia Da República, 2019, artigo 8º)

A pessoa cuidada deve, por sua vez, participar e colaborar, tendo em conta as suas capacidades, no seu processo terapêutico, incluindo o plano de cuidados que lhe são dirigidos (Lei n.º 100/2019 da Assembleia da República, 2019).

17 O artigo 2.º distingue a figura do Cuidador Informal em: (1) “cuidador informal principal” - cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada; (2) “cuidador informal não principal” - cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada. O n.º 1 do artigo 4.º dispõe que “O reconhecimento do cuidador informal é da competência do Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS), mediante requerimento por aquele apresentado e, sempre que possível, com o consentimento da pessoa cuidada (...)” (Lei n.º 100/2019, da Assembleia Da República, 2019).

18 Idem, artigo 3.º - considera “pessoa cuidada”: (1) quem necessite de cuidados permanentes, por se encontrar em situação de dependência, e seja titular de Complemento por dependência de 2.º grau, ou Subsídio por assistência de terceira pessoa; (2) quem, transitoriamente, se encontre acamado ou a necessitar de cuidados permanentes, por se encontrar em situação de dependência, e seja titular de complemento por dependência de 1.º grau, mediante avaliação específica dos Serviços de Verificação de Incapacidades do ISS” (Lei n.º 100/2019 Da Assembleia da República, 2019).

O cuidador informal, assume relativamente à pessoa cuidada, o dever de:

(a) Atender e respeitar os seus interesses e direitos; (b) Prestar apoio e cuidados à pessoa cuidada, em articulação e com orientação de profissionais da área da saúde e solicitar apoio no âmbito social, sempre que necessário; (c) Garantir o acompanhamento necessário ao bem-estar global da pessoa cuidada; (d) Contribuir para a melhoria da qualidade de vida da pessoa cuidada, intervindo no desenvolvimento da sua capacidade funcional máxima e visando a autonomia desta; (e) Promover a satisfação das necessidades básicas e instrumentais da vida diária, incluindo zelar pelo cumprimento do esquema terapêutico prescrito pela equipa de saúde que acompanha a pessoa cuidada; (f) Desenvolver estratégias para promover a autonomia e independência da pessoa cuidada, bem como fomentar a comunicação e a socialização, de forma a manter o interesse da pessoa cuidada; (g) Potenciar as condições para o fortalecimento das relações familiares da pessoa cuidada; (h) Promover um ambiente seguro, confortável e tranquilo, incentivando períodos de repouso diário da pessoa cuidada, bem como períodos de lazer; (i) Assegurar as condições de higiene da pessoa cuidada, incluindo a higiene habitacional; (j) Assegurar à pessoa cuidada uma alimentação e hidratação adequadas. (Lei n.º 100/2019 da Assembleia da República, 2019, artigo 6º)

O cuidador informal deve, ainda: “(a) Comunicar à equipa de saúde as alterações verificadas no estado de saúde da pessoa cuidada, bem como as necessidades que, sendo satisfeitas, contribuam para a melhoria da qualidade de vida e recuperação do seu estado de saúde (...)”. (Lei n.º 100/2019 da Assembleia da República, 2019, nº 2 do artigo 6º)

O cuidador informal, antes de o ser, é um familiar ou “afim”. Aliado ao seu papel fundamental, agora formalmente reconhecido, estão questões humanas e vivenciais que interessam considerar pelo enfermeiro. Ter sobre o cuidador informal uma perspetiva estrita e instrumental associada ao seu papel, seria desconsiderá-lo na sua dignidade humana. Para o enfermeiro cada Ser humano é um “fim” em si mesmo e nunca um “meio” para qualquer outra finalidade. O cuidador informal é assim também destinatário dos nossos cuidados. A decisão de ser cuidador informal, não decorreu de uma decisão sobre as circunstâncias que geraram a necessidade de o ser, mas da escolha que diariamente faz de ser garante do direito da pessoa cuidada. É dever do enfermeiro suportar o cuidador informal nessa escolha humana e humanizadora, assegurando, no quadro das suas competências, as condições para a garantia dos seus direitos.

Os “direitos” e as “medidas de apoio” ao cuidador informal estão previstos nos artigos 5.º e 7.º, do Estatuto do Cuidador Informal. São direitos do cuidador informal:

(a) Ver reconhecido o seu papel fundamental no desempenho e manutenção do

bem-estar da pessoa cuidada; (b) Ser acompanhado e receber formação para o desenvolvimento das suas capacidades e aquisição de competências para a prestação adequada dos cuidados de saúde à pessoa cuidada; (c) Receber informação por parte de profissionais das áreas da saúde e da segurança social; (d) Aceder a informação que, em articulação com os serviços de saúde, esclareçam a pessoa cuidada e o cuidador informal sobre a evolução da doença e todos os apoios a que tem direito; (e) Aceder a informação relativa a boas práticas ao nível da capacitação, acompanhamento e aconselhamento dos cuidadores informais; (f) Usufruir de apoio psicológico dos serviços de saúde, sempre que necessário, e mesmo após a morte da pessoa cuidada; (g) Beneficiar de períodos de descanso que visem o seu bem-estar e equilíbrio emocional; (h) Beneficiar do subsídio de apoio ao cuidador informal principal (...); (i) Conciliar a prestação de cuidados com a vida profissional, no caso de cuidador informal não principal; (j) Beneficiar do regime de trabalhador-estudante, quando frequente um estabelecimento de ensino. (Lei n.º 100/2019 da Assembleia da República, 2019, nº 2 do artigo 6º)

Estão entre as medidas de apoio ao cuidador informal:

(a) Identificação de um profissional de saúde como contacto de referência, de acordo com as necessidades em cuidados de saúde da pessoa cuidada; (...); (c) Participação ativa na elaboração do plano de intervenção específico a que se refere a alínea anterior; (d) Participação em grupos de autoajuda, a criar nos serviços de saúde, que possam facilitar a partilha de experiências e soluções facilitadoras, minimizando o isolamento do cuidador informal; (...); (f) Apoio psicossocial, em articulação com o profissional da área da saúde de referência, quando seja necessário; (...). (Lei n.º 100/2019 da Assembleia Da República, 2019, artigo 7º)

O enfermeiro “responsabiliza-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega” (EOE, alínea b) do artigo 100º), assim como garante a qualidade e a continuidade dos cuidados que presta ou delega (EOE, alínea e) do artigo 109º) Interessará clarificar que a figura da delegação não se aplica à relação do Enfermeiro com o Cuidador Informal, pois que este último não é um profissional, nem funcionalmente dependente do primeiro¹⁹. O enfermeiro mantém, contudo, na formação e capacitação do cuidador informal, a mesma preocupação com a segurança da Pessoa, no caso, da Pessoa cuidada e da Pessoa cuidador.

19 Artigo 10º Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, prevê que «Os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem» (Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde, 1996).

Na conciliação do direito da pessoa cuidada e do cuidador informal o enfermeiro assume o seu dever deontologicamente prescrito, eticamente suportado e juridicamente enquadrado, conforme acima exposto, nomeadamente em matéria de informação e sigilo.

A proteção da pessoa idosa encontra no regime jurídico do Maior Acompanhado, aprovado pela Lei n.º 49/2018 da Assembleia da República (2018), um importante instrumento jurídico. A previsão na ordem jurídica de instrumentos jurídicos de proteção da pessoa que se encontre afetada no exercício do direito à autodeterminação, que se encontre em situação de dependência ou vulnerabilidade constitui responsabilidade do Estado (Ribeiro, 2010, p. 404-405). Com a aprovação do regime jurídico do Maior Acompanhado assistiu-se à evolução já há muito exigida no sistema de proteção da pessoa maior afetada por incapacidade natural e na prossecução pelo Estado da sua função social de cuidado da pessoa e na defesa dos seus interesses e bem-estar²⁰. As alterações introduzidas no sistema de proteção da pessoa maior que careça de cuidado enquadraram-se, conforme sumariado pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), na consideração das "necessidades de proteção específicas de cada pessoa portadora de deficiência, [d]a importância de eliminar o carácter estigmatizante das medidas de proteção, [d]a limitação mínima dos direitos, [d]a adoção de medidas diferenciadas e personalizadas, [d]o incentivo à inclusão" (CNECV, 2018 p. 6).

O regime jurídico do Maior Acompanhado reflete a adoção de um sistema inovador de proteção da pessoa maior que se encontre impossibilitada, por razões de saúde, deficiência, ou pelo seu comportamento, de exercer, plena, pessoal e conscientemente, os seus direitos ou de, nos mesmos termos, cumprir os seus deveres (Código Civil, Decreto-Lei n.º 47344, 1966) (cf. artigo 138.º). Os institutos da interdição e da inabilitação, que vigoraram até ao regime jurídico do Maior Acompanhado, foram substituídos por um "meio unitário de proteção, flexível e de concretização casuística personalizada às necessidades individuais" (Ribeiro, 2010, p. 384) que assenta na proteção da autodeterminação da pessoa, como sujeito de pleno direito, cuja incapacidade natural reclama, justificadamente, em face da sua dignidade enquanto pessoa humana e dos seus direitos à integridade pessoal e ao livre desenvolvimento da personalidade, o acompanhamento por outra pessoa, cujos domínios de proteção e cuja concreta medida e respetivo conteúdo são especificados e determinados por um tribunal.

20 A esse respeito, (Ribeiro, 2010, p. 416), aponta, por referência ao sistema de proteção vigente em momento prévio ao Regime do Maior Acompanhado, assente nos institutos da interdição e da inabilitação, a sua ineficácia em razão do seu «carácter abstrato e rígido das incapacidades judiciais, acompanhado do seu efeito estigmatizante, bem como as delongas processuais do seu decretamento [pelos tribunais]», «tanto para a garantia dos direitos fundamentais da pessoa a proteger, como para o cuidado dos interesses desta».

O regime jurídico do Maior Acompanhado reflete a opção por um modelo de acompanhamento e não de substituição da pessoa que esteja impossibilitada de exercer plena, pessoal e conscientemente os seus direitos ou de cumprir os seus deveres. Privilegia-se, assim e ainda que abrangida por uma medida de acompanhamento, a autonomia da pessoa, que será apoiada pelo acompanhante na formação e exteriorização da sua vontade e não, conforme acontecia com os institutos rígidos da interdição e da inabilitação, a sua substituição pela vontade de um representante indicado pelo tribunal. Deste modelo resultarão:

situações muito diferenciadas do ponto de vista da medida da incapacidade de exercício de direitos (...) o acompanhamento pode, em casos limite e excecionalmente, nomeadamente em situações de absoluta incapacidade, que pode chegar a ser genérica, (“hard cases”), envolver uma representação legal, com medidas de substituição (...) mas também pode implicar o recurso à assistência, mediante autorização do acompanhante para a prática de certos atos, ou consistir num mero apoio deste à atuação do acompanhado. (Costa, 2019, p. 160)

Note-se que o acompanhamento da pessoa maior, nos termos previstos no n.º 1 do artigo 145.º do Código Civil (Decreto-Lei n.º 47344, 1966), está limitado ao necessário, ou seja, regendo na aferição do âmbito e do conteúdo do acompanhamento o princípio da proporcionalidade. Conforme Barbosa (2018), “parte-se da ideia de que o acompanhado mantém a sua capacidade de exercício” (p. 62) sendo o conteúdo do acompanhamento “variável de acordo com as necessidades concretamente evidenciadas pelo sujeito beneficiário” (Barbosa, 2018, p. 60).

No decretamento da concreta medida de acompanhamento de que beneficiará o acompanhado o tribunal está vinculado, conforme previsto no artigo 140.º, n.º 1, do Código Civil (Decreto-Lei n.º 47344, 1966), a orientar a decisão pelo objetivo de “assegurar o seu bem-estar, a sua recuperação, o pleno exercício de todos os seus direitos e o cumprimento dos seus deveres, salvo as exceções legais ou determinadas por sentença”. A decisão judicial de aplicação de uma medida de acompanhamento está subordinada ao princípio da supletividade, no sentido de que “[a] medida não tem lugar sempre que o seu objetivo se mostre garantido através dos deveres gerais de cooperação e de assistência que no caso caibam” (Código Civil, Decreto-Lei n.º 47344, 1966, n.º 2 do artigo 140º), designadamente, à família da pessoa. Não se olvide a existência de um dever familiar de “garantir que o indivíduo encontre a satisfação das suas necessidades

primárias, sobretudo quando não o consegue fazer por si só” (Vitor, 2008, p. 44²¹) previsto na lei para aqueles que se encontram ligados por relações familiares, conforme sucede com o cônjuge (Código Civil, Decreto-Lei n.o 47344, 1966) (cf. artigo 1674.º) e os filhos (Código Civil, Decreto-Lei n.o 47344, 1966) (cf. artigo 1874.º).

Nos termos do artigo 147.º, n.º 1, do Código Civil (Decreto-Lei n.o 47344, 1966), por regra, o exercício pelo acompanhado de direitos pessoais e a celebração de negócios da vida corrente são livres, ficando salvaguardados os casos em que a lei disponha em sentido contrário e os casos em que a decisão judicial afete esse livre exercício. Segundo Barbosa (2018, p. 65), “o elenco de direitos pessoais constante do n.º 2 da referida disposição é meramente exemplificativo, devendo ser entendidos, igualmente, como direitos pessoais cujo exercício caberá ao acompanhado, salvo disposição em contrário na lei ou quando a decisão judicial o abranja pela medida de acompanhamento, a generalidade dos direitos de personalidade”, entre os quais se encontra o direito à integridade física e psíquica, em que radica a exigência do consentimento para qualquer intervenção do domínio da saúde, incluindo a prestação de cuidados de enfermagem.

Consoante a necessidade do acompanhado, o tribunal atribuirá ao acompanhante os poderes adequados à salvaguarda do bem-estar, da recuperação, do pleno exercício dos direitos e do cumprimento dos deveres do acompanhado que esteja impossibilitado em razão da afetação das capacidades intelectuais do acompanhado para formar e expressar a sua vontade em liberdade, por si e conscientemente. Entre eles poderá estar o poder de representar o acompanhado em questões de saúde, mas apenas quando assim ocorra a validade dos atos do acompanhado estará dependente do exercício pelo acompanhante dos poderes de representação que o tribunal tenha atribuído.

O acompanhante a quem tenham sido atribuídos tais poderes não deixa de estar vinculado a prosseguir o interesse superior do acompanhado. Não se entenda admissível que um acompanhante com poderes de representação possa livremente decidir sobre questões de saúde do acompanhado, independentemente daqueles que forem os seus concretos interesses. Aderimos ao entendimento de que o princípio do superior interesse do acompanhado deve guiar a atuação do [acompanhante] e/ou representante legal, sempre na perspetiva do cuidado e da proteção da pessoa concreta e com a função de suprir as limitações da sua capacidade» mediante a promoção da «autodeterminação e livre desenvolvimento da pessoa [acompanhada], concretizando a realização e proteção da

21 No mesmo sentido veja-se Cláudia Monge (2020), A proteção e a promoção da saúde da pessoa idosa in Amado Gomes, Carla e outra (coord.) Direito e Direitos dos Idosos. Lisboa: AAFDL, p. 173. A autora defende, a coberto do dever de assistência dos filhos relativamente aos pais, previsto no artigo 1874.º, n.º 1, do Código Civil, o dever de apoio na doença e de salvaguardarem o respeito pelos direitos de personalidade da pessoa.

sua dignidade. Assim, cumpre-lhe agir não conforme ao objetivamente adequado, mas sim conforme ao subjetivamente adequado, ou seja, conforme aos interesses da pessoa protegida (Ribeiro, 2010, p. 444-45).

Aferidos “por referência aos interesses, vontade e valores manifestados anteriormente ao fenómeno incapacitante (quando o hajam sido naturalmente)” (Ribeiro, 2010, p. 446). Será essencial para o respeito e tutela do seu superior interesse, que a pessoa acompanhada seja auscultada e a sua opinião seja considerada pelo acompanhante.

O acompanhante está adstrito, nos termos do artigo 146.º, n.º 1, do Código Civil (Decreto-Lei n.º 47344, 1966), a exercer as suas funções privilegiando “o bem-estar e a recuperação do acompanhado, com a diligência requerida a um bom pai de família, na concreta situação considerada”. A lei consagra mesmo o dever do acompanhante de manter um contacto permanente com o acompanhado e de o visitar, “no mínimo, com uma periodicidade mensal, ou outra periodicidade que o tribunal considere adequada” (Código Civil, Decreto-Lei n.º 47344, 1966) (cf. artigo 146.º, n.º 2).

Ao acompanhante está vedado, nos termos do artigo 150.º, n.º 1, do Código Civil, agir em conflito de interesses com o acompanhado e, em caso de necessidade, solicitar ao tribunal a autorização ou as medidas concretamente convenientes no caso (Código Civil, Decreto-Lei n.º 47344, 1966) (cf. artigo 150.º, n.º 3).

A regulação, desde 2012²², das Diretivas Antecipadas da Vontade e da nomeação de procurador de cuidados de saúde, pela Lei n.º 25/2012 (2012), de 16 de julho²³, possibilita a expressão antecipada da vontade pela pessoa e, assim, os desejos e as preferências individuais que pretendem que sejam respeitadas quando ficarem incapacitadas de os expressar de forma pessoal e autónoma, podendo determinar a sua vontade em documento escrito (“testamento vital”) e/ou designar um Procurador de Cuidados de Saúde, que decide em sua representação²⁴. Este assunto tem bastante documentação associada, em termos de ensaios (Nunes, 2020; Osswald, 2013), análises (B. Gomes et

22 Não se desconsidera que as diretivas antecipadas de vontade tinham previsão no nosso ordenamento jurídico atenta a previsão, constante no artigo 9.º da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, de que “[a] vontade anteriormente manifestada no tocante a uma intervenção médica por um paciente que, no momento da intervenção, não se encontre em condições de expressar a sua vontade, será tomada em conta” (Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001).

23 A Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, foi alterada pela Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto, no respeitante aos artigos 4.º e 14.º, pela criação do regime jurídico do maior acompanhado.

24 Um e outro instrumento jurídico são tratados em capítulos autónomos da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho. Enquanto Diretiva Antecipada de Vontade, a procuração é um instrumento de representação voluntária através do qual a pessoa confere poderes a um procurador para que este o represente nas decisões em matéria de saúde.

al., 2013; Nunes, 2018) e reflexões (CNEV, 2018).

Conforme refere Ribeiro (2014) “a natureza e efeitos das diretivas restringem-se ao âmbito dos cuidados médicos e têm em vista constituir uma forma de suprimento privado da incapacidade para prestar consentimento” (p. 112)²⁵, consentimento que, como já vimos, constitui dever do enfermeiro obter previamente à realização de quaisquer intervenções de enfermagem junto do alvo de cuidados, no caso em análise, a pessoa idosa. Através da diretiva antecipada de vontade pode a pessoa e dela resulta “a manifestação de um consentimento prospetivo que tende a exercer na plenitude o direito de autodeterminação, ou seja, decidir em sede de responsabilidade própria” (Ribeiro, 2014, p. 113); o enfermeiro, enquanto profissional cujas competências possam ser reclamadas exercer no caso, para a realização da intervenção de enfermagem que os cuidados de saúde abrangidos pela diretiva antecipada de vontade emitida pela pessoa ditem como necessária:

está obrigado, por força do dever legal prescrito no artigo 6.º, n.º 1 a respeitar a vontade do outorgante sob pena de violação do direito de autodeterminação e do dispositivo legal, resultando daquela uma actuação ilícita susceptível de gerar a obrigação de indemnização – artigo 483.º, n.º 1, do Código Civil (Ribeiro, 2014, p. 113).

A Procuração de Cuidados de Saúde, que a Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, igualmente, veio regular no ordenamento jurídico, constitui um instrumento jurídico através do qual se efetiva a representação jurídica da pessoa, identicamente às diretivas antecipadas de vontade, em questões de saúde e cuja eficácia fica condicionada a ocorrer quando a pessoa “se encontre incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente” (Lei n.º 25/2012 Da Assembleia Da República, 2012). Conforme alerta Raposo (2012):

há uma grande diferença entre o papel da pessoa quando é ouvida na pura vertente de familiar e quando é ouvida na qualidade de [procurador de cuidados de saúde], pois no primeiro caso a sua opinião é tida em conta como mero indício de qual seria a vontade do paciente (o consentimento presumido de que nos fala o artigo 156.º/2 CP), logo não é todo vinculativa; ao passo que no segundo caso, como o PCS, a sua vontade é vinculativa, pois atua em nome e por conta do paciente com base num mandado expresso que aquele lhe concedeu, ou seja, tem o mesmo valor que a vontade manifestada pelo próprio paciente. (p. 120)

25 O autor refere-se a “cuidados médicos”, o que entendemos como uma referência inespecífica, dado que as diretivas antecipadas de saúde podem abranger quaisquer cuidados de saúde, independentemente dos profissionais competentes para a respetiva realização, conforme expressamente previsto na definição legal constante do artigo 2.º, n.º 1, da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, alterada pela Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto.

Num e outro caso, sem prejuízo da obrigação de respeitar a lei, igualmente seu dever, o enfermeiro está obrigado a respeitar a vontade anteriormente manifestada pela pessoa em face do seu dever deontológico de "Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado" (EOE, alínea b) do artigo 105º), correlativo do direito da pessoa à autodeterminação.

Em 2018, foi publicada a Lei sobre os direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, ou seja, "quando padeça de doença grave, que ameace a vida, em fase avançada, incurável e irreversível e exista prognóstico vital estimado de 6 a 12 meses" (Lei n.º 31/2018 Da Assembleia Da República, 2018, artigo 2º). A referida lei consagra especificamente, entre outros e com relevo para o respeito da autodeterminação da pessoa idosa, o direito da pessoa em contexto de doença avançada e em fim de vida a, querendo, "receber informação detalhada sobre os seguintes aspetos relativos ao seu estado de saúde: (a) A natureza da sua doença; (b) O prognóstico estimado; (c) Os diferentes cenários clínicos e tratamentos disponíveis"(Lei n.º 31/2018 da Assembleia da República, 2018, nº 1 do artigo 3º), a "participar ativamente no seu plano terapêutico, explicitando as medidas que desejam receber, mediante consentimento informado" (Lei n.º 31/2018 da Assembleia da República, 2018, nº 2 do artigo 3º), a consentir livre e esclarecidamente, contemporânea ou antecipadamente (Lei n.º 31/2018 da Assembleia da República, 2018) (artigo 5.º), e a ser, caso seja essa a sua vontade, "assistidas pelos seus familiares ou cuidadores na tomada das decisões sobre o seu processo terapêutico"(Lei n.º 31/2018 da Assembleia da República, 2018, nº 1 do artº 10º)²⁶, a recusar tratamentos²⁷, a "receber tratamento rigoroso dos seus sintomas" (Lei n.º 31/2018 Da Assembleia Da República, 2018, nº 3 do artigo 3º), "à contenção química através do uso dos fármacos apropriados para o efeito, mediante prescrição médica nos casos em que seja evidente um estado confusional agudo ou a agudização de um estado prévio" (Lei n.º 31/2018 da Assembleia da República, 2018, nº 3 do artigo 3º) e que a referida medida seja proporcional ao afastamento dos riscos gerados para a pessoa ou para terceiros em razão desse estado confusional, constituindo a contenção física com recurso a imobilização e restrição física medida de caráter excecional, não prolongado, medicamente prescrito e de acordo com a decisão da equipa multidisciplinar que tenha

26 Note-se que caso a pessoa não esteja no pleno uso das suas faculdades mentais, e não tendo consentido na assistência pelos seus familiares ou cuidadores na toma de decisões, «é ao médico responsável e à equipa de saúde que as acompanham, que compete tomar decisões clínicas, ouvida a família, no exclusivo e melhor interesse do doente e de acordo com a vontade conhecida do mesmo» (cf. artigo 10.º, n.º 2).

27 A lei prevê expressamente o direito da pessoa a recusar cuidados de «suporte artificial das funções vitais e a recusar a prestação de tratamentos não proporcionais nem adequados ao seu estado clínico e tratamentos, de qualquer natureza, que não visem exclusivamente a diminuição do sofrimento e a manutenção do conforto do doente, ou que prolonguem ou agravem esse sofrimento» (cf. artigo 5.º, n.º 3) bem como, no caso da pessoa em situação de últimos dias de vida, «o direito à recusa alimentar ou à prestação de determinados cuidados de higiene pessoal, respeitando, assim, o processo natural e fisiológico da sua condição clínica» (cf. artigo 8.º, n.º 3).

a responsabilidade de acompanhamento da pessoa (Lei n.º 31/2018 da Assembleia da República, 2018) (artigo 3.º, n.º 4), igualmente, condicionada ao respeito do princípio da proporcionalidade por consubstanciar a restrição de direito fundamental.

No quadro deontológico, encontramos um artigo específico relativo aos deveres perante a “pessoa em situação de fim de vida” (EOE, artigo 108º). Neste contexto, o enfermeiro assume o dever de: “defender e promover o direito da pessoa à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem em situação de fim de vida”; “respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa, (...), pela família ou pessoas que lhe sejam próximas” e o “corpo após a morte” (EOE, alíneas a), b) e c) do artigo 108º).

Conclusão

Que tenhamos conhecimento, são poucas as fontes documentais específicas na matéria desta obra, concretamente no que diz respeito à ética e deontologia profissional bem como às questões jurídicas associadas aos cuidados de Enfermagem dirigidos à Pessoa Idosa.

Pontos-chave do enquadramento:

- o envelhecimento é um processo biológico e neurofisiológico, universal, natural a todos os seres vivos;
- o envelhecimento dos seres humanos é dotado de singularidade, de diferenças individuais, de tal forma que cada ser humano envelhece à sua maneira, tal como, em bom rigor, cada um vive de acordo com o seu estilo;
- o envelhecimento de cada pessoa constitui uma oportunidade de viver sendo a anciania uma etapa da vida.

Pontos-chave dos aspetos éticos, deontológicos e jurídicos na prestação de cuidados de Enfermagem à Pessoa Idosa:

- ancorado no princípio da dignidade humana, enunciamos como primeiros fundamentos de análise o reconhecimento da singularidade da situação da pessoa ao envelhecer, o respeito pela autonomia da pessoa no seu envelhecer e o reconhecimento das vulnerabilidades das pessoas idosas.

- desdobrámos estes fundamentos éticos e articulamos com a deontologia profissional bem como a dimensão jurídica, com relevo para a natureza jurídica dos deveres deontológicos do enfermeiro.
- a deontologia profissional enuncia os deveres do enfermeiro, na sua correlação com o direito da Pessoa cuidada, no sentido do compromisso social da enfermagem, ao qual se vinculam, por decisão, todos os seus profissionais (EOE, Lei n.o 156/2015 da Assembleia da República, 2015)
- sustentar a doutrina deontológica no assegurar do direito da Pessoa é expressão ontológica e do sentido do agir profissional, que atende à idiossincrasia de cada Pessoa, assim como às circunstâncias dos cuidados.
- analisámos os deveres relativos aos valores humanos, direito à vida e qualidade de vida, de humanização dos cuidados, aspetos da informação em saúde, os deveres de informação e de sigilo, de respeito pela intimidade da pessoa, dos deveres para com a profissão e outras profissões.
- importa frisar a possibilidade de os enfermeiros solicitarem pareceres ao Conselho Jurisdicional, no respeitante a matérias ético-deontológicas.

Pontos-chave do suporte a decisões em áreas específicas:

- recenticidade do estatuto do cuidador informal e do regime jurídico do maior acompanhado;
- relevância das diretivas antecipadas de vontade e das questões e direitos em fim de vida, que integram, igualmente, vinculações legais e deontológicas do enfermeiro no cuidado à Pessoa Idosa.

“até ao seu último momento, a vida humana está aberta ao seu futuro”

Michel Renaud

Referências Bibliográficas

Aristóteles (1981). *Metafísica* (10ª ed). Espasa-Calpe.

Baars, J. (2010) Philosophy of Aging, Time, and Finitude. In T.R. Cole, R. Ray & R.

- Kastenbaum (Eds.), *A Guide to Humanistic Studies in Aging* (pp. 105-120). John Hopkins University Press.
- Barbosa, M. M. (2018). *Maiores Acompanhados*. Gestlegal.
- Bloom, D. & Luca, D. (2016). The global demography of Ageing: facts, explanations, future. IZA Discussion Paper No. 10163. <http://ftp.iza.org/dp10163.pdf>
- Canotilho, J. J. G. & Moreira, V. (2007). *Constituição da República Portuguesa Anotada, Tomo I*. Coimbra Editora.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2014). Parecer N.º 80/CNECV/2014 sobre as vulnerabilidades das pessoas idosas, em especial das que residem em instituições. <https://www.cneqv.pt/pt/pareceres/parecer-n-o-80-cneqv-2014-sobre-as-vulnerabilidades-das-pressoas>
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2018). *Relatório e Parecer n.º 100/CNECV/2018, sobre o Estatuto do Maior Acompanhado*. <https://www.cneqv.pt/pt/pareceres/parecer-n-o-100-cneqv-2018-sobre-o-estatuto-do-maior-acompanhado>.
- Constituição da República Portuguesa. *Diário da República nº 86/1976 – I Série*. Portugal. <https://dre.pt/application/file/78725>
- Costa, J. A. (2019). O regime jurídico do maior acompanhado: uma apresentação do regime substantivo, *Revista do Ministério Público*, 40 (160), 187-210. Sindicato dos Magistrados do Ministério Público.
- Decreto-Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. Diário da República nº 171/2019 - I Série. Portugal. <https://dre.pt/application/file/a/124500807> Estatuto do Cuidador Informal
- Decreto-Lei n.º 161/1996, de 4 de setembro. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Diário da República nº 205/1996 – I Série*. Portugal. <https://dre.pt/application/file/a/241564>
- Gomes, B.; Sarmiento, V.; Ferreira, P. & Higginson, I. (2013). Estudo Epidemiológico dos Locais de Morte em Portugal em 2010 e Comparação com as Preferências da População Portuguesa. *Acta Med Port* 26(4),327-334. <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/429/3706>
- Gomes, C.A. (2020). Notas sobre a ausência da pessoa idosa no Direito Internacional. In Gomes, C. A. & Neves, A (coord.) *Direito e Direitos dos Idosos*. AAFDL.
- Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto. Cria o regime jurídico do maior acompanhado, eliminando os institutos da interdição e da inabilitação, previstos no Código Civil. *Diário da República n.º 156/2018, Série I*. Portugal. <https://dre.pt/application/file/a/179576>

- Lei n.º 31/2018 de 18 de julho. Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida. *Diário da República n.º 137/2018 – I Série*. Portugal. <https://dre.pt/application/file/a/115712608>
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.[EOE] *Diário da República n.º 181/2015, I Série*. Portugal. <https://dre.pt/application/file/a/70309872>
- Lei n.º 25/2012 de 16 de julho, Regula as diretivas antecipadas de vontade. *Diário da República n.º 136/2012, Série I*. Portugal. <https://dre.pt/application/file/a/179576>
- Lei n.º 12/2005 de 26 de janeiro, Informação genética pessoal e informação de saúde. *Diário da República n.º 18/2005 – I Série*. 2005. Portugal. <https://dre.pt/application/file/a/624477>
- Lopes, A. (2017). Envelhecimento, dependências e fragilidades: tensões e desafios no Portugal Contemporâneo. In P. M. Ferreira, M. V. Cabral, & A. Moreira (Org.) *Envelhecimento na sociedade portuguesa*. (pp.155-164). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Miranda, J. & Medeiros, R. (2010). *Constituição Portuguesa Anotada, Tomo I*. (2ª ed). Coimbra Editora.
- Monge, C. (2020). A proteção e a promoção da saúde da pessoa idosa In C.A. Gomes & A. Neves (coord.), *Direito e Direitos dos Idosos*. (pp. 133-180). AAFDL.
- Novais, J. R. (2020). *A Dignidade da Pessoa Humana – Volume I – Dignidade e Direitos Fundamentais*. (2ª ed). Almedina.
- Nunes, L. (2020) E se eu não puder decidir? Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Nunes, L. (2018). O processo de morte: diretivas antecipadas de vontade e outras questões no fim de vida. In M.C.P. Neves & J. Soares (coord.) *Éticas aplicadas. Saúde*. (pp. 355-370). Almedina.
- Nunes, L. (2015). Olhares Bioéticos para o Envelhecimento. Dos documentos produzidos pelos Conselhos de Ética. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 1(2), 234 - 260. http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/64
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Enquadramento Conceptual e enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Enunciado de Posição - Consentimento Informado. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Regulamento n.º 338/2017 de 23 de junho. Regulamento

- de Aconselhamento Deontológico para Efeitos de Divulgação de Informação Confidencial e Dispensa do Segredo Profissional. *Diário da República nº 120/2017 - II Série*. <https://dre.pt/application/file/a/107553194>
- Organização das Nações Unidas. (1985). DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. <https://dre.pt/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>
- Osswald, W. (2013). *Sobre a Morte e o Morrer*. Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Oswald, W. (2020, 28 de novembro). Envelhecimento [conferência] las Jornadas Bioética. Associação de Estudantes do ICBAS, Porto, Portugal.
- Portugal. (2017). ENEAS, Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Ramos, H. V. (2013). Viagem ao Outono da vida. *Revista Brotéria*, 176 (1), 477-490.
- Raposo, V. L. (2012). Entre a vida e a morte: Responsabilidade médica nas decisões em fim de vida. *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, 9 (18), 120.
- Resolução da Assembleia da República nº 1/2001 de 3 de janeiro. Aprova, para ratificação, a Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina. *Diário da República nº 2/2001 – I Série*. Portugal. <https://dre.pt/application/file/a/235068>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 63/2015 de 25 de agosto. Aprova a Estratégia de Proteção ao Idoso. *Diário da República nº 165/2015 – I Série*. Portugal. <https://dre.pt/application/file/a/70094318>.
- Ribeiro, G. R. (2010). *A Proteção do Incapaz Adulto no Direito Português*. (pp. 404-405) Coimbra Editora.
- Ribeiro, G. R. (2014). Direito à autodeterminação e Directivas Antecipadas: o caso Português. *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, 10 (19),112.
- United Nations. (2002). *Political Declaration and Madrid International Plan on Ageing*. https://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf
- United Nations. (2016) *Report of the Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons*. (Report No. A/HRC/33/44). <https://undocs.org/pdf?symbol=en/A/HRC/33/44>
- Vítor, P. T. (2008). O dever familiar de cuidar dos mais velhos. *Lex Familiae – Revista Portuguesa de Direito da Família*, 5 (10), 44.
- WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). What quality of life? *World Health Forum*, 17(4), 354-356. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/54358>

CAPÍTULO IV

Teorias e/ou Modelos de Enfermagem no Desenvolvimento do Cuidado Gerontogeriatrico

Helena José
Idalina Gomes

Introdução

Em Portugal, como no resto do mundo, assiste-se ao que se denomina por duplo envelhecimento, ou seja, a um aumento da população idosa e à diminuição do número de jovens. Segundo os dados da Fundação Francisco Manuel dos Santos (FFMS, 2019) dos mais de 10 milhões de indivíduos residentes em Portugal, 2244225 eram indivíduos com 65 ou mais anos, prevendo-se que a percentagem de pessoas com 80 anos de idade ou mais, na população da UE-27, aumente duas vezes e meia entre 2019 e 2100, ou seja, passe de 5,8% para 14,6%, o que torna o envelhecimento demográfico um desafio para os profissionais de saúde. O envelhecimento da população tem, de facto, associado uma crescente prevalência de doenças crónicas e síndromes geriátricas, o que contribui para um aumento da dependência física, psíquica e social, diminuição da funcionalidade e um aumento da necessidade de cuidados de saúde (FFMS, 2019). O reconhecimento destas problemáticas tem realçado a necessidade de novas respostas por parte do Estado e da sociedade pelo seu impacto no sistema financeiro, social e de saúde das populações (ESTRATÉGIA NACIONAL PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL 2017-2025, 2017). Efetivamente, o progressivo envelhecimento da população no mundo tem levado ao desenvolvimento de políticas e estratégias para dar resposta a esta realidade, tendo várias instituições realçado a necessidade das pessoas idosas terem capacidade de controlo da sua própria saúde, capacidade de intervenção e participação comunitária (World Health Organization [WHO], 2020). Para colmatar as implicações ao nível social e ao nível da saúde do envelhecimento populacional, vários países têm promovido o envelhecimento saudável e ativo, apostando nos recursos sociais, económicos e da saúde (Gobbens et al., 2017), sendo em fevereiro de 2020, durante a 73ª Assembleia Mundial da Saúde sido elaborada a proposta “Decade of Healthy Ageing (2020-2030)”. O objetivo é melhorar a vida das pessoas idosas, das suas famílias e da comunidade onde vivem, de modo a garantir que ninguém seja deixado para trás e que cada pessoa possa cumprir o seu potencial com dignidade e igualdade num ambiente saudável (WHO, 2020).

Neste contexto, os enfermeiros têm que compreender o envelhecimento como algo natural, mas que envolve perdas que vão ocorrendo ao longo da vida e de forma mais acentuadas nesta etapa o que aumenta a vulnerabilidade e fragilidade, contudo importa não esquecer que elas podem ser compensadas com uma adaptação bem-sucedida (Gomes, 2009; WHO, 2020). O processo de envelhecimento é uma fase de transição que obriga a aprendizagens, adaptações e ajudas, mas que também pode constituir uma ocasião para aproveitar os recursos adquiridos ao longo da vida.

Desenvolvimento

Os enfermeiros na prestação de cuidados precisam de assumir a pessoa idosa como um Ser único, que à semelhança de qualquer ser humano se encontra em desenvolvimento e interação com o seu contexto. Meleis (2010), a este propósito diz que o enfermeiro interage com um ser humano (cliente de enfermagem) numa situação de saúde/doença, que por sua vez é parte integrante do contexto sociocultural (ambiente) e está em transição, ou antecipando essa mesma transição. Neste processo de transição podem existir fatores dificultadores, que o enfermeiro tem que ajudar a gerir. No que concerne às pessoas idosas os enfermeiros precisam de promover intervenções que as auxiliem a adaptar-se às mudanças e continuar a desenvolver-se na medida das suas capacidades, possibilitando um envelhecimento bem-sucedido que mantenha a sua autonomia (Gomes, 2009). Por conseguinte, são necessárias teorias e modelos de cuidados de enfermagem que permitam a sustentabilidade dos cuidados de saúde, assegurando a promoção do envelhecimento ativo e da segurança das pessoas idosas e aumentando as expectativas de uma vida saudável com autonomia e independência em qualquer circunstância, ou seja, mesmo as mais frágeis com dependência e incapacidades a requerer cuidados de saúde.

Cuidar as pessoas idosas foi sempre uma missão assumida pelos enfermeiros. O cuidado a esta população emerge como uma área específica e complexa da maior relevância para a enfermagem, uma vez que os enfermeiros têm uma importância fundamental nos cuidados de prevenção, reparação e manutenção às pessoas idosas, esses cuidados são essenciais na promoção da sua saúde e vida e conservação da qualidade de vida (Gomes, 2019). É necessário que os enfermeiros sejam capazes de, em parceria com a pessoa idosa, família e cuidador, ajudá-los a usar os seus próprios recursos ou outros mobilizáveis para gerir a sua situação de saúde e promover o autocuidado. A enfermagem tem que ver a pessoa idosa como responsável pelo seu próprio projeto de vida e saúde. Projeto esse que está em inter-relação constante com o seu projeto de existência no contexto da cultura e comunidade onde a pessoa se insere (Gomes et al., 2020). Isto implica que não se olhe só para a pessoa idosa como um

ser de necessidades, mas sim como alguém que tem um potencial de desenvolvimento e que precisa de ter controlo sobre o seu projeto de vida e de saúde. A pessoa idosa como ser de projeto e cuidado necessita dos saber-fazer dos diversos cuidadores, mas esses cuidados precisam de se inscrever no seu projeto de vivência (Gomes, 2016). Assim sendo, as teorias e modelos de cuidados gerontogeriatricos precisam de ter por base uma dimensão ética que permita a primazia da preocupação pela pessoa idosa no respeito pela sua autonomia e dignidade. Outro ponto fundamental é o de que a pessoa idosa está em interação contínua com o meio social e físico. Para compreender a saúde e a doença, relativamente à pessoa idosa, é importante compreender a pessoa e a sua cultura, mas deve-se também ter atenção a situação económica e social e o ambiente que podem influenciar as suas opções (Gomes, 2016). É necessário que a pessoa idosa seja investida de poder (*empowerment*) de modo que este possa recorrer a processos de tomada de decisão sobre os assuntos que lhe dizem respeito, como os que se relacionam com os seus estilos de vida e a sua saúde. Esta relação pressupõe o consentimento e o respeito, portanto que seja dada a pessoa idosa o direito de participar nos seus cuidados ou seja que ela seja vista como parceira. A pessoa idosa mesmo quando doente não pode ser entendida como alguém que depende em absoluto de quem dele cuida, sem qualquer responsabilidade no seu processo de saúde. O cuidado de enfermagem à pessoa idosa e família precisa ser desenvolvido em parceria com estes possibilitando a construção de uma ação conjunta com partilha de poder na tomada de decisão e na ação, que permite à pessoa, família e cuidador conseguir decidir qual o melhor caminho para si, gerir a sua situação de saúde/doença e lidar com ela, ou seja, promover o Cuidado de Si (Gomes, 2016).

Neste contexto, os cuidados precisam de ser orientados por aquilo que é o projeto de vida da pessoa, o que a constitui e é essencial para ela. O que passa pelo desenvolvimento de cuidados centrados na pessoa e no seu familiar cuidador (Gobbens et al., 2017) de modo a elaborar um plano de cuidados que resulte da tomada de decisão entre a pessoa idosa e o enfermeiro, a partir de uma relação de parceria, que tenha em conta o seu projeto de vida e saúde e que promova o Cuidado de Si (Gomes, 2016). Trabalhos de autores como McCormack e McCance (2017) e McCance et al.(2020), mostram a necessidade de prestar cuidados centrados na pessoa idosa, desmistificando mitos e estereótipos que podem levar os enfermeiros a subvalorizar as capacidades destes e não os aceitar como parceiros. Estes autores desenvolveram uma estrutura de um modelo de cuidados centrado na pessoa que tem por base quatro pré requisitos que são: os atributos dos profissionais relativos à competência para tomar decisões e priorizar cuidados; o ambiente de cuidado, que diz respeito ao contexto; o processo de cuidados centrado que tem como fundamento o trabalhar com as crenças e valores da pessoa, demonstrar compromisso, assegurar a tomada de decisão partilhada e a prestação de cuidados holísticos e os resultados esperados que se referem a experiência de cuidado

dos participantes, o envolvimento da pessoa nas decisões de saúde, a sensação de bem-estar e a existência de uma cultura organizacional saudável em que colaboradores e líderes trabalham em parceria e estão atentos as transformações e inovações necessárias para a melhoria da qualidade dos cuidados (McCormack & McCance, 2017).

O conceito de cuidado centrado na pessoa é definido, segundo a WHO (2015), como uma abordagem de cuidado que adota as perspectivas das pessoas, cuidadores, famílias e comunidades como participantes e beneficiários de sistemas de saúde, vendo o de forma holística. É imprescindível que os enfermeiros desenvolvam cuidados centrados na pessoa, tendo em conta às suas necessidades fundamentais e potencialidades. Os Cuidados Fundamentais estão alicerçados em três dimensões principais: desenvolvimento de uma relação positiva e de confiança entre o enfermeiro e a pessoa; integrar e atender, em cada episódio de cuidado, as necessidades físicas, psicossociais e relacionais da pessoa; e ter consciência da influência do contexto de cuidados na qualidade desses cuidados (Kitson, 2018). É esta compreensão que transforma pequenos atos da vida quotidiana intrinsecamente ligados aos cuidados fundamentais em cuidado de enfermagem, na medida em que lhe é dado sentido quando se adequa à singularidade da pessoa, ajudando a promover o Cuidado de Si.

O cuidado de enfermagem, entendido como um Cuidado-de-Si, tem um duplo sentido: possibilitar as condições para a pessoa conseguir gerir o Cuidado-de-Si própria, tendo em conta o seu projeto de saúde e de vida, mas também assegurar o Cuidado do Outro que tem necessidade de ajuda parcial, ou total, para assumir as suas necessidades fundamentais e a realização do seu projeto de saúde e de vida no contexto cultural da sua existência e do Mundo em que se insere (Gomes, 2019). Isto implica tomar cuidado com o cuidado que a pessoa devia ter consigo própria no contexto da sua existência (Gomes, 2016). Para isto é necessário um conhecimento aprofundado das pessoas idosas e do seu projeto de vida e saúde o que passa por conhecer a narrativa da pessoa idosa, tendo em conta toda a sua experiência de vida.

Segundo Collière (1999), os cuidados de enfermagem têm de promover as condições que melhoram a saúde das pessoas (previnam e eliminem a doença), mas também a promoção das suas forças vitais, essências na promoção do seu bem-estar, saúde e qualidade de vida. Se os enfermeiros e profissionais de saúde tiverem em conta estas premissas conseguirão compreender e fazer uma avaliação multidimensional da pessoa idosa e mais facilmente elaborar um plano de cuidados centrado na pessoa e evitar atitudes de intolerância, por desconhecimento do seu projeto de vida, cultura e valores dos clientes com quem se relacionam. Contudo, existem alguns objetivos comuns no que se refere aos cuidados à pessoa idosa, pelo que de seguida iremos desenvolver alguns Standard de boas práticas com a pessoa idosa em aspetos relevantes da clínica gerontogeriatrica.

Standard de Boas Práticas com a Pessoa Idosa em Aspetos Relevantes da Clínica Gerontogeriatrica

A enfermagem gerontológica é uma especialidade de enfermagem baseada em evidências que aborda as necessidades fisiológicas, psicossociais, de desenvolvimento, económicas, culturais e espirituais relacionadas com o processo de envelhecimento e os cuidados às pessoas idosas (American Nurses Association [ANA], 2019). Os enfermeiros com competências gerontogeriatricas devem liderar equipas interprofissionais numa abordagem holística e centrada na pessoa no cuidado especializado às pessoas idosas (ANA, 2019), sendo esperado que, no âmbito da clínica gerontogeriatrica, esta equipa colabore com as pessoas idosas e familiares no sentido de promoverem a sua autonomia, o bem-estar, o funcionamento ideal, o conforto e qualidade de vida desde o envelhecimento saudável até o fim da vida.

Os cuidados gerontogeriatricos exigem que os enfermeiros tenham um amplo conhecimento sobre as alterações físicas e psicossociais que ocorrem com o envelhecimento, competências de cuidados centrados na pessoa e família que passa por um trabalho em parceria, bem como competências de relação, de trabalho de equipa e éticas em que o respeito pela iminente dignidade da pessoa é um elemento fundamental. A WHO (2020) inclui também nos objetivos a atingir nos cuidados às pessoas idosas a manutenção destas em suas casas, a prestação de ajuda aos familiares e a promoção da capacidade funcional como forma de promover preventivos de situações de acidente e/ou doença, promotores de um envelhecimento ativo a qualidade de vida destas. Assim, as boas práticas de cuidados com as pessoas idosas incluem a proteção e promoção da saúde, a identidade e a autonomia da pessoa idosa, a prevenção de complicações, o isolamento e solidão bem como a preservação das suas capacidades físicas, psicológicas espirituais e sociais (Gomes, 2009; DGS, 2017).

O envelhecimento exige um outro olhar quanto aos cuidados de saúde, seja em termos de cuidados preventivos de situações de acidente e/ou doença, promotores de um envelhecimento ativo, seja em situações de maior complexidade, como as de dependência e internamento devido a situações de doença crónica ou crónica agudizada. As perdas físicas, sociais, familiares e económicas que podem acompanhar a velhice podem provocar sentimentos de impotência e dependência, interferir na autoestima e influenciar a capacidade funcional, cognitiva e relacional. O envelhecimento saudável, é resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e aspetos económicos.

Quando hospitalizados, a pessoas idosas doentes, pela sua fragilidade, encontram-se mais suscetíveis a sofrer complicações associadas ao internamento, apresentando um risco acrescido de perda significativa das suas capacidades funcionais. Fulmer

(2007), desenvolveu um instrumento para avaliar pessoas idosas e que incide em seis condições comuns que surgem, nomeadamente, aquando do internamento: lesões da pele, problemas com alimentação, incontinência, confusão, evidência de quedas e perturbação do sono. Essas condições fornecem um instantâneo da saúde geral da pessoa idosa quando doente e da qualidade do atendimento. A avaliação SPICES²⁸, feita regularmente, pode sinalizar a necessidade de uma avaliação mais específica e levar à prevenção e ao tratamento dessas síndromes comuns nas pessoas idosas. Após a alta, em muitos casos, estas pessoas são remetidas ao domicílio, com dependência elevadas pelo que é preciso acautelar a continuidade de cuidados para evitar fenómenos de sobrecarga do cuidador e de reinternamentos sucessivos e desnecessários caso o encaminhamento após a alta fosse feito de forma adequada.

Qualquer que seja o cenário, os cuidados gerontogeriátricos implicam uma abordagem centrada na pessoa idosa e família e desenvolvidos em parceria com os mesmos para promover o envelhecimento saudável e a obtenção do bem-estar, de forma que a pessoa e seus cuidadores se adaptem às mudanças de saúde e de vida e enfrentem desafios de saúde contínuos e promovam o seu máximo potencial de desenvolvimento (ANA, 2019). Isto passa por uma avaliação que ajude a identificar compreender o impacto das alterações fisiopatológicas psicológicas e sociais na pessoa idosa e família. Importa implantar processos de cuidados de proximidade com as pessoas idosas que tenham em consideração a promoção do envelhecimento ativo e a prevenção e controlo das grandes síndromes geriátricas como são as quedas; as alterações da funcionalidade; as alterações da nutrição; as alterações da eliminação (incontinência); a fragilidade; a insuficiência cognitiva; o *delirium*; a polimedicação; a dor na pessoa idosa; o isolamento e solidão, a violência contra as pessoas idosas e a iatrogenia onde a prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde precisam de ser uma preocupação central pela morbilidade e mortalidade que causa a esta população (Boltz et al., 2020).

A concretização destes objetivos implica um cuidado holístico, com base numa abordagem interdisciplinar, em que cada profissional contribui com o seu conhecimento específico para o cuidado à pessoa idosa. Esta abordagem implica um planeamento, holístico e individualizado do cuidado que passa por uma avaliação geriátrica abrangente (Boltz et al., 2020). Entendida como um processo diagnóstico multidimensional e interdisciplinar que permita uma avaliação da situação clínica da pessoa idosa relativamente a avaliação funcional, psicoafectivo, e sociofamiliar que possibilite um conhecimento da singularidade da pessoa, do seu contexto de vida, sua situação de saúde com identificação das necessidades fundamentais, capacidade funcional e potencial de desenvolvimento.

28 **S**kin integrity, **P**roblems eating, **I**ncontinence, **C**onfusion, **E**vidence of falls, **S**leep disturbance

Uma vez que os múltiplos problemas de saúde sofridos pelas pessoas idosas são frequentemente acompanhados de manifestações de dependência funcional, é necessário fazer uma avaliação procurando em cada necessidade fundamental os sinais de independência que a pessoa retém que constitui o seu potencial de desenvolvimento. Este conhecimento vai permitir diligenciar o nível de cuidado mais adequado para cada pessoa idosa e ajudar a capacitar a pessoa transformando capacidades potenciais em reais com o objetivo de promover o Cuidado-de-Si e melhorar o seu bem-estar e qualidade de vida (Gomes, 2016). Entendido o envelhecimento como um processo de transição e sabendo-se que as pessoas idosas são seres únicos, os cuidados centrados na pessoa facilitam os processos de mudança de comportamentos.

Importa também não esquecer que o cuidado tem que ser centrado no cuidador, pelo que é necessária uma avaliação sistematizada e abrangente que os envolva para que se possa desenvolver uma intervenção também focalizada nestes. Desta forma, a relação de parceria será fundamental para se fazer uma avaliação interdisciplinar minuciosa do cuidador familiar, perceber as suas dificuldades e necessidades, bem como todo o contexto e, assim, realizar um plano de intervenção que ajude o cuidador familiar a cuidar de Si próprio, visando prevenir o stresse, a ansiedade e a sobrecarga e a promover o seu bem-estar.

Nesta abordagem interdisciplinar à pessoa idosa e família, entendemos que a contribuição explícita do enfermeiro pode ser dada pela utilização de um modelo conceptual que possibilite a operacionalização do processo de enfermagem na prática clínica, possibilitando que os enfermeiros ajudem a pessoa idosa e a família a usar os seus próprios recursos ou outros mobilizáveis para gerir as suas necessidades e projetos de vida e continuar a funcionar na comunidade. A maior parte das pessoas idosas deseja ser cuidado em casa, onde têm toda uma história de vida e laços afetivos que ajudam a energizar o seu quotidiano de vida. De facto, as Nações Unidas e a Organização Mundial de Saúde reconhecem que o melhor lugar para a pessoa idosa ser cuidada é no seu próprio ambiente (Gomes, 2009). Os cuidados de proximidade revestem-se assim de especial importância, devendo-se dar especial atenção aos cuidados domiciliários, à continuidade e à integração de cuidados, os quais precisam de possuir características amigas das pessoas idosas.

Cuidados Integrados e Continuados para a Pessoa Idosa

Em Portugal, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCI) criada em 2006, com a publicação do Decreto-Lei n.º 101/2006 do Ministério da Saúde (2006) objetivava, essencialmente, ações próximas das pessoas com dependência, desenvolvimento dos cuidados de longa duração, criação de serviços comunitários de proximidade e

disponibilização de respostas adequadas ao processo de envelhecimento e de perda de funcionalidade. Embora a RNCCI se destine a pessoas “que independentemente da idade se encontram em situação de dependência” mais de 85% dos seus utilizadores são idosos (Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019).

A continuidade dos cuidados é, indiscutivelmente, uma componente fundamental no suporte às pessoas idosas que lidam com várias condições crónicas de saúde, apelando ao recurso a sistemas integrados de atendimento. Neste atendimento pode apelar-se a dois tipos distintos de modelos de cuidados integrados para pessoas idosas. Um, mais circunscrito, baseado na comunidade, que depende da cooperação entre os prestadores de cuidados, com foco no atendimento domiciliário e comunitário e que desempenha um papel ativo na coordenação de cuidados sociais e de saúde. O segundo, um modelo amplo, que pode ser aplicado a nível regional ou nacional e que inclui serviços comunitários/domiciliários e estruturas residenciais, sendo que a prestação de cuidados integrados é conseguida através de uma coordenação eficaz de cuidados, serviços e organizações no sentido de garantir a continuidade dos cuidados às pessoas idosas.

Assumem-se os cuidados integrados e continuados como os cuidados de convalescença, recuperação e reintegração das pessoas em situação crónica e/ou de dependência (Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019). Neste sentido, a enfermagem tem aqui uma responsabilidade vital no sentido de contribuir e possibilitar intervenções integradas de saúde e apoio social que visem a recuperação global, promoção da autonomia e melhoria da funcionalidade da pessoa dependente, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

É indubitável que enfermeiros são cruciais para garantir a saúde e o bem-estar das pessoas idosas, para que possam viver as suas vidas de acordo com seu potencial, e intervêm de modo relevante no diagnóstico e tratamento de variadas alterações da situação de saúde por estas experienciadas (International Council of Nurses [ICN], sem data).

A pessoa idosa dependente apresenta internamentos hospitalares frequentes, que podem levar a um regresso a casa que revele um agravamento da situação de dependência. É, pois, essencial, um cuidado integrado, subsequente. A menor integralidade e continuidade do atendimento tem sido associada a maiores taxas de efeitos adversos em pessoas com múltiplas condições crónicas de saúde, pelo que as pessoas idosas beneficiam, claramente, da continuidade de cuidados adequados às suas necessidades. Além das implicações económicas, as transições subótimas de cuidados aumentam o risco de eventos adversos resultantes da má coordenação do cuidado, entre os prestadores e as unidades de saúde, sendo que as hospitalizações repetidas estão ligadas a transições deficientes de cuidados (Powers et al., 2021).

O Conselho Internacional de Enfermeiros, (sem data), assume que os enfermeiros, em parceria com as famílias e outros profissionais de saúde, têm um papel fundamental a desempenhar no cuidado de pessoas mais velhas, especialmente se estas se encontram hospitalizadas e/ou dependentes de outros, para o Cuidado de Si. No regresso a casa, uma adequada e fluente comunicação entre hospital, cuidados de saúde primários e estruturas residenciais promove a qualidade do cuidado e facilita uma resposta global e dirigida a cada pessoa.

Os enfermeiros, responsáveis pela gestão dos cuidados, devem assumir essa responsabilidade na transição de cuidados e cuidados dirigidos às necessidades de cada pessoa e uma adequada gestão de pessoas e recursos, podem diminuir os próprios custos económicos dos cuidados, reduzindo o número de consultas, o consumo de medicamentos, as readmissões hospitalares e melhorando a qualidade de vida das pessoas idosas dependentes e das suas famílias. Pressões económicas e complexidade no cuidado às pessoas idosas requerem maior eficácia e eficiência no processo de transferência de informações. Para abordar as pessoas idosas com condição crónica e complexa de saúde e os seus cuidadores, surgem, em diferentes países e em diferentes épocas, diferentes modelos de atendimento. O modelo conhecido como “Modelo de Gestor de Casos”, assume-se consensualmente como um modelo com valor acrescentado no cuidado transicional²⁹, e tem como principal suporte a enfermagem. O enfermeiro gestor de caso, objetiva proporcionar resultados de qualidade no cuidado a estas pessoas e, através dele, a comunicação entre as diferentes disciplinas é clara e todos os prestadores de cuidados têm um melhor conhecimento da saúde global de cada pessoa (Yap et al., 2016).

A informação de saúde do cidadão, acessível e partilhada pela internet, integra as pessoas na rede. Na realidade, neste modelo, existe uma “porta de entrada” para a pessoa entrar no sistema, acompanhada de uma triagem do risco, seja risco de fragilidade ou risco de hospitalização repetida, bem como existe uma avaliação funcional abrangente para orientar o plano de cuidados, sendo que o gestor de caso é o “administrador” da pessoa na rede de cuidados de saúde e sociais. Os principais itens encontrados na estrutura dos programas de cuidados integrados e continuados são os serviços hospitalares, serviços sociais, atendimento domiciliário, atendimento telefónico, instituições de longa duração e transporte de pessoas (Balard et al., 2016).

Oito componentes e estratégias operacionais, podem considerar-se para melhorar o cuidado transicional: (1) envolvimento da pessoa idosa, (2) envolvimento do cuidador, (3) complexidade/gestão do regime medicamentoso, (4) educação da pessoa idosa/

29 Cuidado disponibilizado perante eventos de transição (Zagonel, 1999)

cuidador e respeito pelo papel do cuidador, (5) bem-estar da pessoa idosa e do cuidador, (6) continuidade do cuidado, (7) responsabilidade da equipa de saúde e cuidador e (8) organização da equipa. Estas estratégias são relevantes para melhorar os modelos de cuidados clínicos e incluem avaliação abrangente e cuidado centrado na pessoa, monitorização de pessoas idosas de alto risco, redução da polimedicação, abordagem da literacia em saúde, comunicação da equipe e colaboração aprimorada com entidades e pessoas de referência (Powers et al., 2021).

Melhorar a qualidade do cuidado disponibilizado às pessoas idosas, através de um cuidado integrado e continuado, tem um impacto decisivo na redução da prevalência de perda funcional e na melhoria da satisfação e qualidade de vida da pessoa idosa e da sua família, permitindo, não só diminuir custos económicos a curto prazo, mas, também, podendo significar uma redução nos custos a longo prazo, devido à prevenção de complicações da doença e da diminuição de internamentos hospitalares.

Os enfermeiros precisam refletir sobre a importância desta gestão de cuidados e exercer de forma determinada a sua responsabilidade, direcionando o cuidado às necessidades das pessoas. A transição de cuidados pode ser fortalecida ainda em ambiente hospitalar e similarmente na área da enfermagem comunitária, no sentido de obter conhecimento, planeamento, implementação, monitorização e avaliação, que permitam garantir que os cuidados continuam em casa (Khanassov & Vedel, 2016). Esta assunção envolve conhecimento científico, perícia técnica, cordialidade, negociação e comunicação assertiva, num processo intencional e bidirecional de ensino-aprendizagem, entre pessoas idosas e cuidadores.

O enfermeiro tem que assumir de modo presente e efetivo a liderança na gestão de cuidados já que os planos de cuidados e a gestão de casos são elementos-chave no cuidado integrado e continuado.

O cuidado integrado surge, na atualidade, como uma prioridade no cuidado à pessoa idosa e que assume particular relevo com as pessoas a necessitar de cuidados paliativos.

Cuidados Gerontopaliativos

Os cuidados paliativos podem ser uma importante resposta de saúde pública devido ao envelhecimento da população, ao crescente número de pessoas mais velhas na maioria das sociedades e à insuficiente resposta às suas complexas necessidades (WHO, 2011). Estes cuidados envolvem equipas multiprofissionais e ações de saúde e de apoio social, que se revestem de particular importância numa fase avançada da vida.

Os cuidados paliativos referem-se aos cuidados prestados a pessoas que não podem ser curadas de uma doença que limita a sua vida; no entanto, o momento da morte não pode ser definido exatamente. Nesse processo, a morte é vista como parte normal da vida e, portanto, o objetivo dos cuidados paliativos não é influenciar o tempo de vida, mas promover a dignidade da pessoa, bem como o cuidado e apoio às suas famílias e amigos (WHO, 2011).

No passado estes cuidados eram oferecidos principalmente a pessoas com cancro, contudo, atualmente, assume-se que devem ser oferecidos de forma ampla e integrada nos serviços de saúde. Existem cada vez mais pessoas idosas a morrer de condição crónica, como doença cardiovascular, doença pulmonar obstrutiva crónica, diabetes, cancro e demência. Dado que várias dessas doenças, muitas vezes ocorrem juntas nas pessoas idosas, este grupo frequentemente experimenta múltiplos problemas de saúde e incapacidades.

Efetivamente, as pessoas idosas necessitam de um cuidado dirigido às vulnerabilidades que surgem com o envelhecer, contudo para além destas vulnerabilidades, associadas ao avançar da idade, as pessoas idosas experimentam, frequentemente, deterioração da saúde após uma doença crítica, com habitual ameaça à sua independência, predisposição para reinternamentos hospitalares não planeados e até morte prematura (Roque et al., 2020).

Os cuidados paliativos são, por excelência, os cuidados capazes de responder às complexas necessidades das pessoas idosas concentrando-se em gerir os sintomas e melhorar a dignidade e qualidade de vida das pessoas que se aproximam do fim das suas vidas, bem como no cuidado e apoio às suas famílias e amigos, tópico que embora seja relevante para todos, é frequentemente negligenciado (WHO, 2011).

Tomar a decisão de cuidados paliativos faz parte de um plano de cuidados avançados e a decisão sobre cuidados paliativos deve ser tomada em conjunto com a pessoa e com o seu cuidador. Quando a decisão de cuidados paliativos é tomada, todos os tratamentos desnecessários são encerrados e o foco do cuidado passa a ser a qualidade de vida da pessoa e do cuidador (Saarelainen et al., 2020).

As pessoas idosas necessitam de um cuidado dirigido às vulnerabilidades que surgem com o envelhecer, bem como necessitam que sejam consideradas os determinantes sociais, económicos e culturais na tomada de decisão relativamente aos cuidados paliativos.

Uma intervenção abrangente de cuidados paliativos domiciliários é desejável e viável, em pessoas idosas com várias comorbilidades bem como em pessoas idosas sobreviventes de doenças críticas, podendo resultar num melhor funcionamento físico, numa melhor

qualidade de vida e em menos atendimentos em serviço de urgência (Mayr et al., 2021).

O cuidado domiciliário é uma alternativa atraente após o regresso a casa, quando as pessoas idosas estão mais vulneráveis e os cuidadores estão pouco preparados e sobrecarregados. A investigação mostra que o número de horas de cuidado informal aumenta à medida que as pessoas se aproximam da morte (Mayr et al., 2021) e que serviços de apoio suplementar que forneçam suporte em necessidades práticas da vida em cuidados paliativos para pessoas idosas são cada vez mais comuns e necessários.

Quando se pensam os cuidados paliativos à pessoa idosa, de novo ressalta a necessidade de um cuidado integrado, continuado, onde todos os atores, de saúde e sociais, se unam em torno das respostas adequadas a dar às necessidades das pessoas. Continuam, ainda, a ser necessárias políticas públicas direcionadas às pessoas idosas com vista à promoção da saúde e prevenção da doença, bem como a possibilidade de minimizar a sobrecarga e melhorar a sua qualidade de vida, melhoria esta a que a tecnologia pode fornecer importante suporte às pessoas idosas e cuidadores.

Gerontotecnologia como Recurso

A Gerontotecnologia é entendida como a inovação tecnológica em produtos e serviços, dirigidos às aspirações e necessidades das pessoas idosas e desenhados com base no conhecimento científico sobre processos de envelhecimento, incluindo diferenças culturais e individuais (International Society for Gerontechnology [ISG] Council, 2008).

O envelhecimento populacional, a que se associam as iniquidades de acesso aos cuidados de saúde e as comorbilidades, impele à procura de novas soluções que permitam fornecer respostas adequadas às pessoas nos seus processos de saúde/doença. A *telessaúde* e a *eSaúde* surgem, assim, no mundo em geral e atual, como uma possibilidade ímpar de responder às necessidades individuais e globais das pessoas e de facilitar as transições de cuidados.

Quando se fala de pessoas idosas a tecnologia inovadora deve contribuir para (i) Manter sua independência e igualdade, incluindo considerações sobre a residência, mobilidade, segurança, proteção, comunicação, atividades e qualidade de vida; (ii) Apoiar o seu bem-estar e saúde tal como definido pela WHO; (lii) Perceber as suas ambições e necessidades, quer individuais quer coletivas; (iv) Manter as pessoas idosas integradas quando fazem transição de ambiente sociocultural; (v) Valorizar sua dignidade; (vi) Apoiar os seus cuidadores (ISG Council, 2008).

Os recursos de *eSaúde* oferecem, pois, novas oportunidades para que as pessoas

acedam a informações de saúde online, se conectem com outras pessoas com interesses comuns de saúde e giram, controlem a sua saúde. No entanto, as pessoas idosas muitas vezes não têm conhecimentos suficientes de tecnologia em geral e de tecnologia digital em particular, para maximizar os benefícios desses recursos(Watkins & Xie, 2014).

Se outrora a chamada telefónica era a intervenção comumente usada para melhorar a transição dos clientes do contexto hospitalar para o ambulatorial, hoje representa apenas um dos muitos recursos disponíveis, mas elementar.

Em Portugal, a teleconsulta, a teletriagem, a telemonitorização, o telediagnóstico, o telerastreio, entre outros, trouxeram novos modos de agir e relacionar com o cidadão (Plano estratégico nacional para a telessaúde [PENTS] 2019-2022, sem data).

Neste domínio, muitas estratégias surgem mundialmente e que são de uma indubitável utilidade para os cidadãos em geral e para as pessoas idosas em particular, estas últimas não raras vezes mais distantes da informação e com o acesso aos cuidados mais dificultado.

Um sistema de telemonitorização, como o Diário de Saúde - uma intervenção no domínio da telessaúde -, foi descrita por Lyth et al. (2021). Esta intervenção permite que as pessoas relatem o seu estado de saúde diário, como sintomas, valores de medição e ingestão de medicamentos, através do uso de uma caneta digital e um formulário de diário de saúde. Esta intervenção ajuda os profissionais de saúde na deteção de sinais precoces de deterioração do estado de saúde e, combinado com atendimento domiciliário especializado, diminui a necessidade de cuidados hospitalares sem aumentar os custos totais de saúde.

Para responder a necessidades de ferramentas simples, de baixo custo e amplamente aplicáveis na telemonitorização da adesão à medicação Capranzano e colegas, também em 2021, propõem um método que consiste em enviar um feedback digital da ingestão de medicamentos lendo um código de resposta rápida (QR) predefinido e anexado à caixa de comprimidos. Este estudo, intitulado Use-App mostrou a facilidade de execução de uma tarefa digital que consiste no envio de um feedback baseado em código QR sobre a ingestão de medicamentos entre uma população idosa com doenças crónicas. Esta boa adequação para uma população desafiante, juntamente com características técnicas favoráveis do código QR, sugere a potencial aplicabilidade clínica em grande escala desta ferramenta *mobile Health*, simples e de baixo custo, bem como a necessidade de programas clínicos para aumentar a alfabetização digital de pacientes idosos (Capranzano et al., 2021).

O acompanhamento domiciliário pós-alta das pessoas idosas, através de um meio proativo de comunicação, inserido na telessaúde (conexão por telefone e vídeo) e do gestor

de caso, enfermeiro, evita possíveis lacunas no atendimento às pessoas, ao abordar a reconciliação da medicação, o encaminhamento e consultas de acompanhamento, os objetivos de atendimento, a decisão sobre diretivas antecipadas de vontade, os recursos domiciliários e comunitários e as preocupações do cuidador (Powers et al., 2021).

As intervenções com tecnologia móvel ou eSaúde são também particularmente relevantes na promoção da atividade física, no aumento da aptidão física, na diminuição do tempo sedentário e na quebra de isolamento social das pessoas idosas (McGarrigle & Todd, 2020).

Percebe-se, então, como a *eSaúde* enfatiza o papel crescente das tecnologias de informação e comunicação, na informação em saúde e no cuidado com a saúde global. Têm-se, como exemplos relevantes, para a gestão da saúde dos indivíduos, os portais de clientes, os sistemas de telessaúde e os sistemas de suporte online (Powers et al., 2021).

Uma consideração importante para intervenções de eSaúde diz respeito aos aspectos práticos da implementação de soluções tecnológicas, especialmente quando os utilizadores têm pouca experiência no uso de tais dispositivos, sobretudo em populações idosas e desfavorecidas, pois o fosso que a utilização restrita do digital pode causar, resultante do status socioeconómico, idade, localização geográfica e cultura, não pode ser desprezado. As tecnologias precisam fornecer intervenções que se adaptem aos estilos de vida e expectativas das pessoas mais velhas e oferecer intervenções personalizadas, levando em consideração as preferências e capacidades e necessidades individuais (McGarrigle & Todd, 2020).

A literacia em *eSaúde* requer uma combinação de educação em saúde, informação, ciência, mídia, informática e Internet. Dado o rápido desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação, as habilidades, e conhecimento, que constituem a educação em saúde, evoluem continuamente e, por tal facto, as pessoas devem desenvolver, de modo continuado, as suas habilidades e conhecimentos para manter a sua literacia em *eSaúde* (Watkins & Xie, 2014).

Fatores relacionados com as atitudes dos adultos mais velhos relativamente às tecnologias, e centradas em controlo, independência e necessidade ou exigência percebida de segurança, facilidade de uso e custo, são todos importantes para a motivação para usar as tecnologias (McGarrigle & Todd, 2020). As tecnologias precisam ser percebidas como confiáveis e eficazes e por isso, por vezes, para a pessoas idosas usarem tecnologias, precisam ser realçados os benefícios positivos e claramente reconhecíveis, incluindo como o modo como a tecnologia promove a independência, o controlo e o Cuidado de Si.

Importa ainda deixar uma breve nota acerca da utilização das redes sociais. A utilização

de plataformas como o *Facebook*, *WhatsApp*, *Face Time* e outros, apresentam-se hoje como úteis e particularmente relevantes na diminuição do isolamento, na quebra da solidão e na manutenção de redes de afetos, sobretudo para a comunicação com familiares distantes. Deve, assim, ser considerada a promoção do domínio deste tipo de recursos pela pessoa idosa, com vista à promoção de um envelhecimento ativo, bem como da melhoria da sua qualidade de vida e bem-estar. Sendo que a tecnologia se pode assumir como uma barreira para as pessoas idosas, com pouca ou nenhuma experiência com computadores, *tablets*, *smartphones* e outros, importa aumentar a literacia digital para que estas pessoas tenham acesso, quer à informação, quer a um conjunto de aplicações móveis e similares, que podem dar suporte à gestão dos processos saúde/doença.

Conclusão

Os enfermeiros têm uma importância fundamental nos cuidados às pessoas idosas e na promoção da máxima funcionalidade e saúde, pelo que é fundamental o desenvolvimento de teorias e/ou modelos de enfermagem como suporte do seu agir nos cuidados gerontogeriátricos, nomeadamente nos Standards de boas práticas com a pessoa idosa que promovam a saúde, dignidade e qualidade de vida, preferencialmente em cuidados de proximidade, em casa.

Neste sentido, deve dar-se especial atenção aos cuidados domiciliários, à continuidade e integração de cuidados como uma componente fundamental no suporte às pessoas idosas, famílias e cuidadores familiares que lidam com várias condições crónicas de saúde. O “modelo de Gestor de Casos”, com especial relevo para o enfermeiro gestor de caso, responde adequadamente a esta prerrogativa. Os cuidados continuados e integrados devem, indubitavelmente, englobar os cuidados paliativos, sendo que estes permitem responder à complexidade das necessidades que as pessoas idosas e família apresentam, bem como promover a sua dignidade e qualidade de vida.

Considerando aumentar a qualidade de vida destas pessoas é também incontestável a relevância da tecnologia e do digital em saúde, contudo, e embora o potencial da tecnologia para as pessoas idosas seja grande, muito há ainda a desenvolver para que ela seja capaz de contribuir verdadeira e globalmente, para a sua autonomia e bem-estar.

Pontos-Chave

A complexidade dos cuidados gerontogerítricos exige:

- Utilizar teorias e/ou modelos de Enfermagem no desenvolvimento do cuidado gerontogerítrico, que promovam cuidados centrados na pessoa idosa, família e ou cuidadores.
- Capacitar a pessoa idosa e o cuidador informal para o cuidado de Si. Adotar standards de boas práticas com as pessoas idosas em aspetos relevantes da clínica gerontogerítrica, realizando avaliação geriátrica global, bem como identificando e gerindo síndromes geriátricas e doenças mais comuns nas pessoas idosas.
- Advogar a necessidade de cuidados integrados e continuados apropriados para as pessoas idosas/cuidadores e garanti-los.
- Identificar precocemente as pessoas idosas, famílias e/ou cuidadores informais com necessidades de cuidados paliativos utilizando a filosofia e os princípios dos cuidados paliativos com as pessoas idosas, famílias e/ou cuidadores informais com doença crónica avançada e progressiva.
- Usar a gerontotecnologia para promover a independência e a segurança das pessoas idosas.

Referências Bibliográficas

- American Nurses Association. (2019). Gerontological nursing : scope and standards of practice. In *Gerontological nursing : scope and standards of practice* (2nd ed.). American Nurses Association.
- Balard, F., Gely-Nargeot, M.-C., Corvol, A., Saint-Jean, O., & Somme, D. (2016). Case management for the elderly with complex needs: cross-linking the views of their role held by elderly people, their informal caregivers and the case managers. *BMC Health Services Research*, 16(1), 635. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1892-6>
- Boltz, M., Capezuti, E. A., Zwicker, D., & Fulmer, T. (2020). *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*. Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826188267>
- Capranzano, P., Francaviglia, B., Sardone, A., Agnello, F., Valenti, N., Frazzetto, M., Legnazzi, M., Occhipinti, G., Scalia, L., Calvi, V., Capodanno, D., & Tamburino, C. (2021). Suitability for elderly with heart disease of a QR code-based feedback of drug intake: Overcoming limitations of current medication adherence telemonitoring systems. *International Journal of Cardiology*, 327, 209–216. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2020.12.008>
- Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Portugal: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses
- Decreto-Lei n.º 101/2006 do Ministério da Saúde, Diário da República n.º 109/2006, Série I-A 3856 (2006).
- Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. (2017). Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial. Ministério da Saúde, Portugal.
- FFMS. (2019). *População residente, estimativas a 31 de Dezembro: total e por grupo etário*. PORDATA.
- Fulmer, T. (2007). How to Try This. *AJN, American Journal of Nursing*, 107(10), 40–48. <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000292197.76076.e1>
- Gobbens, R. J., Schols, J. M., & van Assen, M. A. (2017). Exploring the efficiency of the Tilburg Frailty Indicator: a review. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 1739–1752. <https://doi.org/10.2147/CIA.S130686>
- Gomes, I. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa: A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Novas Edições Acadêmicas.

- Gomes, I. (2019). Promover o cuidado-de-si: património da enfermagem para o desenvolvimento sustentado, bem-estar e saúde das populações. *Pensar Enfermagem*, 23(2).
- Gomes, I., Mela, M., Guerreiro, D., Lopes, M. P., & Gomes, B. (2020). A Script for Nursing Intervention on Elderly People with Chronic Pain by Telephone Consultation. In *Gerontechnology* (pp. 213–218). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-41494-8_21
- International Council of Nurses. (n.d.). *Ageing*.
- International Society for Gerontechnology Council. (2008). Declaration of the International Society for Gerontechnology (ISG). *Gerontechnology*, 7(4). <https://doi.org/10.4017/gt.2008.07.04.003.00>
- Khanassov, V., & Vedel, I. (2016). Family Physician-Case Manager Collaboration and Needs of Patients With Dementia and Their Caregivers: A Systematic Mixed Studies Review. *Annals of Family Medicine*, 14(2), 166–177. <https://doi.org/10.1370/afm.1898>
- Kitson, A. L. (2018). The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nursing Research*, 67(2), 99–107. <https://doi.org/10.1097/nnr.0000000000000271>
- Lyth, J., Lind, L., Persson, H. L., & Wiréhn, A.-B. (2021). Can a telemonitoring system lead to decreased hospitalization in elderly patients? *Journal of Telemedicine and Telecare*, 27(1), 46–53. <https://doi.org/10.1177/1357633X19858178>
- Mayr, F. B., Plowman, J. L., Blakowski, S., Sell-Shemansky, K., Young, J. M., & Yende, S. (2021). Feasibility of a Home-Based Palliative Care Intervention for Elderly Multimorbid Survivors of Critical Illness. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 30(1), e12–e31. <https://doi.org/10.4037/ajcc2021117>
- McCance, T., McCormack, B., Slater, P., & McConnell, D. (2020). *Examining the theoretical relationships between constructs in the person-centred practice framework: a structural equation model*. Research Square. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-22586/v1>
- McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice* (2nd.). John Wiley & Sons.
- McGarrigle, L., & Todd, C. (2020). Promotion of Physical Activity in Older People Using mHealth and eHealth Technologies: Rapid Review of Reviews. *Journal of Medical Internet Research*, 22(12), e22201–e22201. <https://doi.org/10.2196/22201>

- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019. Ministério do Trabalho e Solidariedade Social e Ministério da Saúde, Portugal.
- Plano estratégico nacional para a telessaúde (PENTS) 2019-2022*. (n.d.).
- Powers, J. S., Abraham, L., Parker, R., Azubike, N., & Habermann, R. (2021). The GeriPACT Initiative to Prevent All-Cause 30-Day Readmission in High Risk Elderly. *Geriatrics (Basel, Switzerland)*, 6(1), 4. <https://doi.org/10.3390/geriatrics6010004>
- Roque, T. da S., Silva, B. T. da, Santos, C. S., Sousa, J. I. dos S., & Perim, L. F. (2020). Cuidados paliativos em pessoas idosas: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 9(4), e188943010. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i4.3010>
- Saarelainen, S.-M., Vähäkangas, A., & Anttonen, M. S. (2020). Religious Experiences of Older People Receiving Palliative Care at Home. *Religions*, 11(7), 336. <https://doi.org/10.3390/rel11070336>
- Watkins, I., & Xie, B. (2014). eHealth literacy interventions for older adults: a systematic review of the literature. *Journal of Medical Internet Research*, 16(11), e225–e225. <https://doi.org/10.2196/jmir.3318>
- World Health Organization. (2011). *Palliative care for older people: better practices* (S. Hall, H. Petkova, A. D. Tsouros, M. C. Higginson, & I. J. (Eds.)). World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on integrated people - centred health services 2016-2026. Executive Summary: Placing people and communities at the center of health services*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). *Decade of Healthy Ageing 2020-2030* (p. 26).
- Yap, A. F., Thirumoorthy, T., & Kwan, Y. H. (2016). Medication adherence in the elderly. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 7(2), 64–67. <https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2015.05.001>
- Zagonel, I. P. S. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(3), 25–32. <https://doi.org/10.1590/s0104-11691999000300005>

CAPÍTULO V

Segurança, Qualidade e Gestão do Risco no Cuidado Gerontogeriatrico

Luís Sousa
Cristina Baixinho
Ana Marinho Diniz
Maria Marques

Introdução

A organização do Sistema de Saúde (SS) em Portugal assenta num sistema misto, em que as bases estruturantes emergiram na década de 1970, originando a reforma dos serviços de saúde, com a qual se concebeu um sistema de saúde nacional, organizado a nível governamental, central e local. Neste modelo, o Estado é o responsável e garante do padrão de saúde nacional, reconhecendo aos indivíduos e comunidades o usufruto do direito à saúde aos indivíduos e comunidades. Estes princípios estão ancorados no artº. 64 da Constituição (de 1976 e dos anos seguintes) e permitiu operacionalizá-lo com a criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal e geral, que desde 1979 - Lei nº 56/79- criação do SNS (Nossa, 2020).

Nas últimas décadas verificou-se um aumento contínuo do número de pessoas idosas, o que tornou as sociedades mais envelhecidas. A diminuição acentuada da fecundidade e o aumento da esperança média de vida, associados à emigração das décadas de 1960 e 1970, estão na égide do aumento absoluto e relativo da população com mais de 65 anos na sociedade portuguesa (Cabral & Ferreira, 2014).

O princípio que o envelhecimento é um fenómeno positivo, quer para as pessoas, quer para as sociedades, e tendo em consideração os progressos realizados pela humanidade em termos económicos, sociais e biomédicos, permitiram assim, o desenvolvimento das políticas públicas de acesso generalizado da população aos cuidados de saúde (Dias, 2018).

Todavia, a maioria dos modelos assistenciais vigentes tem a limitação de apresentarem o foco exclusivo na doença e nos défices, sendo além disso, caracterizados por apresentarem

uma organização rígida, práticas uniformizadas e procedimentos padronizados (World Health Organization [WHO], 2015). Aliás, quando esses programas são oferecidos visam a antecipação das complicações e são principalmente, focados na redução de determinada doença, não considerando que numa doença crónica previamente estabelecida o objetivo não deve ser a cura, mas sim, a procura da estabilização do quadro clínico e a monitorização constante, de modo a impedir ou reduzir o declínio funcional (Veras & Amorim, 2015).

Por outro lado, a qualidade dos serviços começou a ganhar importância crescente no seio das organizações que apostam na evolução e na rentabilização. Também as reações e o comportamento dos utentes, estão essencialmente alicerçados nas suas necessidades e expectativas, sendo conseqüentemente, influenciadas e dependentes de um vasto conjunto de fatores internos e externos. Neste contexto, o impacto da qualidade é global e, na generalidade, os utilizadores procuram cumulativamente, serviços de elevada qualidade técnica, com excelência de serviço e a baixos custos (Dias, 2018).

Posto isto, é essencial fazer uma síntese e em simultâneo uma reflexão sobre os fundamentos da prestação e gestão de cuidados de qualidade; a qualidade e segurança do cuidado de Enfermagem à pessoa idosa, família e/ou cuidador informal; transição ou transições seguras e indicadores clínicos; e ainda sobre a violência e maus-tratos à pessoa idosa.

Desenvolvimento

Fundamentos de Prestação e Gestão de Cuidados de Qualidade

Globalmente, a preocupação na construção de modelos de cuidados dirigido a pessoas idosas pretende alcançar uma maior qualidade e um serviço mais efetivo. A procura da excelência e de práticas inovadoras deve ser constante e constitui um desafio que ultrapassa as fronteiras do conhecimento das ciências biológicas e da saúde, sendo essencial a interligação com as ciências sociais e económicas de modo a manter modelos assistenciais mais eficientes, resolutivos, de melhor qualidade e com custos mais baixos, que permitam a redução de riscos (Oliveira et al., 2018). Os métodos e procedimentos tradicionais de prestação de cuidados às pessoas idosas têm apresentado sinais de baixa sustentabilidade relativamente ao respeito pelos direitos humanos e à promoção de cuidados de qualidade superior (WHO, 2015). Tendo por base esta premissa, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2015), tem alertado para a necessidade de uma mudança de paradigma e para a importância de adotar um novo foco, os Cuidados Centrados na Pessoa Idosa.

Os Cuidados Centrados na Pessoa Idosa congregam aspetos biológicos, e psicossociais e promovem uma visão holística e integradora. Deste modo, pretendem uma satisfação plena dos direitos humanos, enfatizando a autodeterminação, a valorização das características, das expectativas e das potencialidades individuais, enfatizando a qualidade da relação na prestação de cuidados. Esta abordagem permite que a pessoa seja o centro das atenções e motor do processo de cuidados, conferindo-lhe um papel ativo enquanto decisor e agente causal da sua própria existência (Barbosa et al., 2020).

Os cuidados centrados na pessoa são assentes em 10 princípios:

1. Todos os membros da equipe são considerados cuidadores;
2. O cuidado é baseado em relacionamentos de restabelecimento contínuo;
3. A pessoa cuidada é a fonte de controlo;
4. O atendimento é personalizado e reflete as necessidades, valores e escolhas da pessoa cuidada;
5. Famílias e amigos da pessoa cuidada são considerados uma parte essencial da equipe de cuidados;
6. O cuidado é prestado num ambiente de restabelecimento, de conforto e suporte;
7. Conhecimento e informação são livremente partilhados entre a equipe de saúde e a pessoa cuidada;
8. Transparência é a regra no cuidado da pessoa cuidada;
9. A segurança da pessoa cuidada é uma prioridade visível;
10. Todos os cuidadores cooperam uns com os outros por meio de um enfoque comum nos melhores interesses e objetivos pessoais da pessoa cuidada (Mountain States Healthcare Alliance [MSHA], 2012).

Os estudos referentes à utilização de cuidados centrados nas pessoas, tem demonstrado resultados muito positivos para a pessoa e para o sistema de saúde, nomeadamente, cuidados eficientes, seguros e de qualidade, a integração da pessoa e família no processo de tomada de decisão, diminuição do tempo de internamento, aumento da qualidade de vida, maior adesão ao regime terapêutico, boa relação custo-benefício, e diminuição do stresse dos cuidadores (Pereira, D'Oliveira, & Nunes, 2018).

Qualidade e Segurança do Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa, Família e/ou Cuidador Informal

Os principais conceitos associados à segurança do doente, como sejam o erro, o dano, os fatores contribuintes e até as soluções ou medidas de melhoria para a sua resolução ou mitigação (Direcção-Geral da Saúde [DGS], 2011), desenvolveram-se sobretudo no contexto hospitalar (Mesquita et al., 2016; Sousa et al., 2018; Vincent & Amalberti, 2016). No entanto, a noção de que a segurança nos cuidados de saúde é um alvo em constante movimento (Vincent & Amalberti, 2015), tem progressivamente aumentado o seu perímetro muito para além dos muros destas organizações de saúde.

A dependência da pessoa idosa, associada frequentemente a doenças crónicas incapacitantes, implica a necessidade de apoio alargado e externo ao âmbito hospitalar. O domicílio surge assim como um dos contextos mais importantes para a prestação de cuidados, realizados não só por profissionais de saúde, onde se destaca o papel da Enfermagem, mas sobretudo por familiares e/ou cuidadores informais. Os diferentes atores assumem aqui papéis e responsabilidades significativamente distintas.

Um estudo desenvolvido por Backman & Cho-Young (2019), que incidiu sobre as perceções das pessoas doentes e cuidadores informais para melhorar o processo de transição do hospital para casa, evidenciou algumas estratégias para reduzir eventuais problemas associados. Assim, uma comunicação mais eficaz com as pessoas doentes e cuidadores informais sobre informações relevantes e adequadas à continuidade de cuidados, fornecendo-lhes recursos apropriados e aumentando o seu envolvimento durante todo o processo, surgiram como pontos fulcrais.

No mesmo sentido, uma revisão de literatura realizada por Marchon e Mendes Junior (2014), revelou que os tipos de incidentes mais identificados nos cuidados da ou de saúde primários estavam associados à medicação e diagnóstico, sendo os fatores contribuintes mais relevantes, as falhas de comunicação interprofissional e com as próprias pessoas doentes.

A segurança do cuidado no contexto domiciliário poderá assim exigir diferentes conceitos, abordagens e soluções (Vincent & Amalberti, 2016). Como exemplo, surge uma revisão sistemática que revelou que os eventos adversos mais frequentemente identificados no contexto de cuidados de saúde no domicílio são: as infeções associadas aos cuidados de saúde, as quedas e as úlceras por pressão (Schildmeijer et al., 2018). Contudo, a polimedicação, resultado da presença de inúmeras comorbilidades associadas a doenças crónicas, em especial na pessoa idosa doente, aumenta o risco da ocorrência de erros e eventos adversos. Estes poderão estar relacionados, entre outros fatores, com: a complexidade dos esquemas terapêuticos instituídos, interações

medicamentosas, existência de medicamentos LASA, toma de medicamentos de alerta máximo, dificuldade na adesão à terapêutica, bem como falhas na reconciliação da terapêutica (Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde, 2015).

A identificação e avaliação de fatores de risco assume assim um papel crucial em todo este complexo processo de cuidados à pessoa idosa nos diferentes contextos. Contudo, o principal desafio poderá ser a definição e implementação de estratégias que visem o seu controlo, mais difíceis de estabelecer “em casa de alguém”, nas situações de isolamento e/ou em meios desfavorecidos. Salienta-se ainda que também os cuidadores têm um risco acrescido de *burnout*, fadiga e depressão (Vincent & Amalberti, 2016), fator que deve ser considerado e incluído no processo de intervenção, acompanhamento e monitorização realizada pelos profissionais de saúde.

É necessário investir na formação, envolvimento e suporte das pessoas doentes, familiares e cuidadores informais. Tal como (Ramos, 2020) alerta: quando uma pessoa é convidada a participar ativamente nos seus cuidados e tratamentos, deixando de ser um mero e passivo recetor de cuidados e pode contribuir para um atendimento mais seguro.

O papel fulcral das pessoas doentes, familiares e cuidadores informais, na garantia de uma maior qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde, assumiu destaque na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Desta forma, o projeto-piloto «Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde» concretizou o apelo efetivo ao seu envolvimento e participação, através do aumento da sua literacia na segurança dos cuidados de saúde, nas áreas consideradas prioritárias, nomeadamente: a) Promoção da higiene das mãos; b) Segurança cirúrgica; c) Segurança na utilização da medicação; d) Prevenção de quedas; e) Prevenção de úlceras de pressão; f) Prevenção de infeções e de resistência aos antibióticos (Despacho n.º 6430/2017 do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, 2017) .

A literacia em saúde requer o desenvolvimento de técnicas que facilitem o acesso e compreensão da informação pela pessoa cuidada, podendo assim utilizar a mesma, no sentido de tomar as melhores decisões, obtendo melhores resultados em saúde (Almeida, Moraes & Brasil, 2020).

As intervenções promotoras da segurança da pessoa idosa devem incidir na melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde e pessoa idosa, família e cuidadores informais. É ainda fundamental melhorar os sistemas de apoio, no sentido de detetar e resolver problemas precocemente, reduzindo assim as admissões hospitalares, centrando o cuidado nas reais necessidades dos doentes, bem como dos seus familiares e cuidadores. Também a criação de ambientes físicos adaptados às necessidades e limitações da pessoa idosa, são essenciais para a sua autonomia e segurança. Por outro

lado, a identificação, sinalização e suporte, em situação de risco/vulnerabilidade, deve ser promovida (DGS, 2017).

Torna-se, assim, essencial desenvolver intervenções que reduzam a vulnerabilidade das pessoas idosas. Seja no âmbito da promoção da sua saúde, seja na mitigação, controlo e/ou eliminação de fatores de risco, é importante reforçar a sua capacidade e dos seus cuidadores em contribuir para a segurança dos cuidados de saúde.

Transição Segura e Indicadores Clínicos

A transição entre níveis de cuidados continua a ser um desafio para as pessoas idosas e respetivos cuidadores. As dificuldades de comunicação e de articulação entre hospital e cuidados de saúde primários são agravadas nos casos em que a pessoa opta por ser seguida num hospital ou clínica fora do Sistema Nacional de Saúde: No mesmo sentido, também a utilização de diferentes sistemas informáticos de apoio à prática clínica, com pouca informação sobre o autocuidado, funcionalidade, adesão ao regime terapêutico e competência da pessoa idosa e cuidador, nestas dimensões, são alguns problemas da não integração das diferentes respostas de saúde e sociais a este grupo populacional.

No momento da alta hospitalar a pessoa idosa pode apresentar um grau de dependência mais elevado do que no internamento, nem sempre como consequência da situação clínica, mas associado a síndromes geriátricas e às repercussões da imobilidade durante o período de hospitalização. Esta situação poderá traduzir-se no aumento da dependência, em alterações cognitivas e na própria motivação para aderir ao regime terapêutico proposta e/ou ao programa de reabilitação (Ferreira et al., 2019; Pereira, Santana, Morais, Soares & Silva, 2016). Acresce que a não continuidade de cuidados contribui para o aumento dos custos, não sendo uma estratégia adequada, nem uma política a seguir pelos serviços de saúde (Paniagua et al., 2018).

Esta questão está identificada na literatura e é reconhecida pelos profissionais de saúde como um verdadeiro *'tsunami'* para a saúde da população idosa, pelas repercussões que a desfragmentação dos cuidados pode ter em termos de readmissões; perda de funcionalidade, de anos potenciais e de qualidade de vida; com aumento da necessidade de os cuidados serem assegurados por um cuidador informal, com o risco de sobrecarga para o mesmo (Ferreira, Gomes, Baixinho & Ferreira, 2020; Ulin et al., 2015; Weber et al., 2017).

O impasse que medeia o 'conhecer o problema' e a operacionalização da sua resolução diz respeito a todos os profissionais de saúde, sendo consensual que os enfermeiros assumem um papel crucial na continuidade de cuidados entre os diferentes níveis de

cuidados, até por as dificuldades existentes serem focos da sua intervenção clínica, que possibilitam mitigar os efeitos colaterais e incapacidades secundárias ao internamento (Ferreira et al., 2020; Ferreira et al., 2019; Guerrero et al., 2014; Pereira et al., 2016). Têm assim um papel preponderante na promoção do o conhecimento e as competências da pessoa idosa e do cuidador informal para se adaptarem à nova condição de saúde e terem capacidade para manterem os cuidados iniciados no hospital (Baixinho & Ferreira, 2019, 2020).

Indubitavelmente as transições de saúde-doença que não são bem sucedidas tanto do ponto de vista da mestria, como da reconfiguração da identidade, geram dependência, não permitindo a recuperação funcional para os níveis pré-hospitalização (Ferreira et al., 2020). A mobilização das equipas de enfermagem para a ação na antecipação do regresso a casa deve ser uma preocupação central no planeamento dos cuidados, para garantir a segurança, evitar quebras na continuidade e como medida efetiva para evitar as readmissões no período pós-alta imediata (Ferreira et al., 2020).

Pensar em criar condições para garantir a transição segura entre níveis de cuidados não é simples, implica uma mudança do paradigma na prestação de cuidados às pessoas, sobretudo às mais vulneráveis, com reconfiguração do papel e competências dos enfermeiros para a apreciação multidimensional geriátrica e para a gestão de programas de continuidade de cuidados individualizados a iniciar no hospital e a manter no regresso a casa (Ulin et al., 2015; Weber et al., 2017). Identicamente, é a necessidade de manter um elevado número de intervenções por um período temporal alargado, que aliado às dificuldades de comunicação, à não avaliação da efetividade da intervenção, à falta de registo, à inexistência ou sistematização dos protocolos utilizados (Baixinho & Ferreira, 2020) e a falta de definição de indicadores que condiciona a sua aplicabilidade na clínica.

Concomitantemente, não só as pessoas que foram hospitalizadas são vulneráveis a experiências de perda de continuidade de cuidados quando há alterações do estado de saúde ou quando se deslocam entre as organizações de cuidados, também os cuidadores o são, e isso tem traduções na sua saúde, na sobrecarga emocional, física e social associada ao papel de cuidador (Ferreira et al., 2020; Paniagua et al., 2018) e influencia a qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa (Ferreira et al., 2020).

Menezes et al. (2019) reforçam a ideia de que este cuidado transicional é complexo e com intervenções que possibilitem a transição do cuidado do hospital para o domicílio a acontecer em três momentos: 1) iniciando antes de a pessoa sair do hospital, 2) no momento da alta hospitalar e por último, no prazo de 48 horas e até 30 dias após a alta.

Os resultados de duas revisões integrativas evidenciam que as principais atividades dos enfermeiros na transição do cuidado do hospital para a comunidade são o planeamento de cuidados para a alta; o auxílio na reabilitação; a educação em saúde; a articulação com os diferentes serviços e o acompanhamento pós-alta (Ferreira et al., 2019; Weber et al., 2017).

Perante o supracitado emerge como um desafio claro aos sistemas de saúde o garantirem um conjunto de ações que visem assegurar a continuidade de assistência entre diferentes níveis de cuidados (Menezes et al., 2019), com uma intervenção individualizada e a participação deste binómio (pessoa idosa e seu cuidador), auxiliando-o na adaptação à nova realidade de cuidados (Ferreira et al., 2019; Menezes et al., 2019; Paniagua et al., 2018).

Um estudo de investigação-ação, cujos participantes foram profissionais e clientes de um serviço de ortopedia, observa a necessidade de se definirem critérios para a continuidade de cuidados associados não só à condição clínica da pessoa, mas também do seu cuidador (Ferreira et al., 2019). Esta indicação é reforçada pelos resultados de um estudo, cujo objetivo foi identificar evidências da produção científica sobre os cuidados de transição hospitalar prestado à pessoa idosa e que conclui que este cuidado é benéfico para as pessoas idosas com condições crónicas e/ou terapêuticas complexas, bem como para os seus familiares que, muitas vezes, se tornam vulneráveis a um desarranjo ou falhas no cuidado por falta de orientação (Menezes et al., 2019).

Em relação aos critérios para o cuidado transicional às pessoas idosas emergem na literatura: a necessidade de educação, treino de marcha e treino de atividades de vida diária, estratégias adaptativas no autocuidado (McDonald et al., 2014), compromisso da mobilidade do utente, gestão do regime terapêutico e da dor (Ferreira et al., 2019) e o controlo de riscos tais como: risco de gestão ineficaz do regime terapêutico, risco de queda, risco de úlcera por pressão, risco de não adesão ao programa de reabilitação (Ferreira et al., 2019).

No que concerne a critérios para a continuidade de cuidados associados ao conhecimento e ao nível de competência do cuidador informal surgem intervenções associadas ao diagnóstico das necessidades e à promoção da consciencialização do Cuidador na aceitação do seu papel, intervenções que satisfaçam as necessidades do Cuidador e o seu próprio autocuidado e o acesso aos cuidados de saúde (Ferreira et al., 2019). Uma RIL que teve por objetivo identificar as necessidades dos cuidadores de pessoas idosas com dependência no autocuidado na transição do hospital para casa, conclui que as necessidades dos cuidadores podem ser agrupadas em cinco categorias: necessidades no âmbito da transição para o papel de cuidador; necessidades de autocuidado sentidas pelo cuidador; necessidades de saúde; necessidades económicas; e por fim, necessidades

sociais e comunitárias (Ferreira et al., 2020). De salientar que, os familiares necessitam e apoio na transição para o novo papel de cuidador, o que implica capacitar tanto a pessoa doente como o cuidador, para readquirirem, sempre que possível, a autonomia pessoal e a independência no autocuidado (Baixinho & Ferreira, 2019; Ferreira et al., 2019).

Apesar do discurso que o foco do planeamento da saída do hospital e regresso a casa esteja também no cuidador e na avaliação das suas necessidades, de modo a garantir uma transição segura (Ferreira et al., 2019; Menezes et al., 2019; Paniagua et al., 2018), corroboramos a opinião de B. Ferreira e colaboradores (2020) ao constatarem que a maioria dos estudos, em Portugal, centram a atenção nos cuidadores em dois contextos estanques - hospital ou comunidade, sem a discussão da continuidade de cuidados relacionada com a transição para o papel de cuidador. O foco de intervenção, no cuidado transicional, em específico, e nos cuidados de saúde, em geral, continua a ser a pessoa idosa, todavia saber-se que os cuidadores são cruciais no processo de transição para o domicílio (Ewing et al., 2018).

Esta discussão estende-se aos indicadores para o cuidado transicional, desta diáde, mesmo os indicadores para avaliação do cuidado transicional na pessoa idosa têm um foco muito específico nos cuidados prestados num determinado local - como o hospital, estrutura residencial para idosos ou cuidados primários - ao invés da transição hospital-casa (Oikonomou et al., 2019). Boge et al. (2018) na determinação das propriedades psicométricas da DICARES (Discharge Care Patient Experience Survey) identificaram 3 fatores com fiabilidade para avaliar a qualidade do processo do planeamento do regresso a casa de pessoas idosas com necessidades de cuidado transicional: *Coping* após a alta, participação no planeamento de alta e adesão ao tratamento.

No protocolo de uma revisão sistemática da literatura, publicada recentemente, cujo objetivo é identificar indicadores para avaliar a qualidade do cuidado transicional do hospital para o domicílio, nas pessoas com DPOC, os autores defendem que os indicadores de qualidade devem estar associados aos resultados clínicos, para medir a eficácia das intervenções e ajudar na definição e políticas de saúde (Michael et al., 2019).

Oikonomou et al. (2019) no estudo em que apresentam o desenvolvimento e o estudo piloto da PACT-M (Partners at Care Transitions Measure) conceptualizam 8 componentes importantes para essa avaliação: envolvimento da pessoa idosa, gestão de medicação; organização da alta; coordenação com outros prestadores de cuidados; fornecimento de informações e orientações à pessoa e família; provimento de apoio psicológico e social; antecipação e preparação para emergências/deterioração e sensação de segurança.

Em Portugal, estes indicadores não estão definidos, nem do ponto de vista da pessoa

idosa, nem do cuidador. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados podem ser um ponto de partida para um estudo consistente para a definição desses critérios.

Aleixo et al. (2011) sugerem um conjunto de Indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, apesar de serem para um contexto muito específico, cruzando com o acima descrito, há alguns com interesse para esta discussão. Salientamos: Idas às urgências hospitalares e número de dias de internamento; Função sensorial (incidência de depressão, demência), comunicação, relações sociais, participação da família; Presença de cateteres urinários, incontinência; Perda de funcionalidade e atividades de vida diárias; Uso controlado de medicamentos (antipsicóticos, controlo de medicamentos – número e modo de administração); Nutrição (perda de peso, obstipação, desidratação); Controlo de infeção (pneumonias, infeções urinárias); Prevalência do número de úlceras por pressão; Controlo da dor; Prevalência de quedas.

Em suma, há necessidade de um trabalho consistente para a definição de indicadores, de processo e resultado, que permitam a avaliação de todo o cuidado transicional, e não somente de uma parte e que englobe a pessoa idosa e o cuidador.

Violência e Maus-Tratos

O envelhecimento da população mundial em especial das sociedades ditas desenvolvidas é atualmente uma realidade e uma preocupação. A violência nas pessoas idosas constitui uma violação dos direitos humanos, podendo apresentar-se de várias formas e implicar a prática de vários crimes que levam a sequelas físicas e psicológicas na pessoa idosa (Anes et al., 2019).

O reconhecimento de que as pessoas idosas são vítimas de violência na família e em contexto institucional foi tardio. Só no final dos anos 1970, início dos anos 1980, é que foi reconhecido como um grave problema social, ao ponto de recentemente ser considerado, de igual modo, como um problema de saúde pública e uma violação de direitos humanos (Dias et al., 2019).

Muitas organizações internacionais adotam o conceito mais amplo da violência, como sinónimo de abuso e maus-tratos. A Organização Mundial da Saúde, define a violência contra o idoso como um ato único ou repetido, ou a falta de medidas adequadas, acontecendo no contexto de um relacionamento onde há uma expectativa de confiança, que cause dano ou sofrimento a uma pessoa idosa. Trata-se de um ato que tem graves consequências para a saúde e o bem-estar das pessoas idosas e pode caracterizar-

se de vários modos: física, psicológica/emocional, sexual, financeira, ou simplesmente negligência intencional ou não intencional (Lima et al., 2018).

Os fatores associados à violência contra as pessoas idosas identificados numa revisão de 27 artigos foram idade, sexo, estado civil, nível de educação, renda, configuração familiar, suporte social, solidão, doença mental, depressão, tentativa de suicídio, dependência para atividades da vida diária básicas e instrumentais, função cognitiva, doenças crônicas, abuso de álcool ou drogas, entre outros. A violência contra as pessoas idosas apresentou-se como um fenômeno multifatorial e complexo, por isso não pode ser vista de modo parcial, unidimensional, mas tendo em atenção todas as dimensões e perceber que existe uma interdependência entre elas (Santos et al., 2020).

Num estudo realizado em Bragança, constatou-se que a pessoa idosa agredida é maioritariamente do sexo feminino, tem mais de 70, viúva(o) ou solteira(o), com baixa escolaridade e apresenta dependência física, emocional ou financeira por parte do agressor. E os agressores são filhos e cônjuges (Anes et al., 2019).

Num estudo realizado no conselho de Évora a violência estava associada a injustiça, tristeza, falta de respeito, maldade e abandono. E foram identificados como motivos da violência: a maldade, a falta de respeito, a droga, o álcool, o dinheiro e a falta de educação (Mendes et al., 2018). Os fatores de risco de violência encontrado foram: ser mulher, o isolamento social e o baixo rendimento (Mendes et al., 2019). O que vem corroborar os estudos anteriores.

A violência contra a pessoa idosa configura-se como um problema de saúde pública que precisa de espaço nas reflexões no âmbito dos profissionais de saúde e em especial dos enfermeiros de modo a tenham plena consciência das repercussões deste fenômeno e deem ênfase a um novo modo pensar e agir (Moreira, 2017). Neste sentido é fundamental desenvolver e aperfeiçoar instrumentos que detetem o risco de violências sobre as pessoas idosas para que todos os profissionais de saúde e profissionais de outros setores possam agir precoce e preventivamente no combate à violência sobre as pessoas idosas (Mendes et al., 2019).

A Escala de Avaliação do Risco de Violência para Idosos (EARVI) apresenta quatro fatores: confiança/segurança nas relações próximas, isolamento social, dependência funcional e segurança financeira e apresentou boa precisão, com uma sensibilidade e especificidade de 88%. Este instrumento poderá ser útil na identificação de pessoas idosas em risco de violência, permitindo ajudar na tomada de decisão por profissionais de saúde (Lima et al., 2018).

Porém, as instituições de ensino têm aqui um papel importante na preparação dos profissionais de saúde, nomeadamente os estudantes de enfermagem e no ensino pós

graduado dos enfermeiros, uma vez que a evidência global tem demonstrado uma falta de preparação académica e prática dos profissionais de saúde no sentido de identificar, abordar, notificar e trabalhar os casos de violência (Barreto et al., 2020).

Conclusão

Com o envelhecimento da população novos desafios se colocam à sociedade em geral e à saúde em particular. Neste sentido são necessários modelos de prestação de cuidados centrados na pessoa idosa e seu cuidador de modo que seja alcançada a excelência e segurança no cuidado a estas pessoas.

Com os cuidados centrados nas pessoas pretende-se transições seguras entre os vários níveis de cuidados, e que se assegure o respeito pelos direitos humanos, garantindo níveis superiores de autonomia, independência e menores níveis de violência a estas pessoas que se encontram frequentemente vulneráveis.

Pontos-Chave

- A maioria dos modelos assistenciais são focados na doença, rígidos, assentes em procedimentos padronizados e com baixa sustentabilidade relativamente ao respeito pelos direitos das pessoas idosas.
- A progressiva relevância da qualidade e segurança dos cuidados nas organizações de saúde, tem impelido a uma mudança de paradigma, reforçando a importância de adotar um novo foco, os Cuidados Centrados na Pessoa Idosa.
- Uma comunicação eficaz com as pessoas doentes e com os cuidadores informais deve incidir em informações relevantes e adequadas à continuidade de cuidados, bem como na disponibilização de recursos apropriados, promovendo assim o seu envolvimento durante todo o processo.
- A mobilização das equipas de enfermagem para a ação na antecipação do regresso a casa deve ser uma preocupação central no planeamento dos cuidados: os familiares necessitam de apoio na transição para o novo papel de cuidador, sendo necessário capacitar tanto a pessoa doente como o cuidador, para readquirirem, sempre que possível, a autonomia pessoal e a independência no autocuidado.
- Há necessidade de um trabalho consistente para a definição de indicadores, de

estrutura, processo e resultado, que permitam a avaliação de todo o cuidado transicional, e não somente de uma parte, englobando a pessoa idosa e o cuidador.

- A violência contra a pessoa idosa configura-se como um problema de saúde pública que requer espaço de reflexão pela sociedade civil, pelos profissionais de saúde e em especial dos enfermeiros.
- As intervenções promotoras da segurança da pessoa idosa devem incluir a melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde e pessoa idosa, família e cuidadores informais.
- As instituições de ensino têm um papel importante na preparação dos profissionais de saúde, nomeadamente os estudantes de enfermagem e no ensino pós-graduado dos enfermeiros.

Referencias Bibliográficas

- Aleixo, T., Escoval, A., Fontes, R., & Fonseca, C. (2011). Indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem em lares de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, III(no3), 141–149. <https://doi.org/10.12707/rrii1019>
- Almeida, C. V., Moraes, K. L., & Brasil, V. V. (2020). Introdução. Em C. V. Almeida, K. L. Moraes, & V. V. Brasil (Eds.), *50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde* (pp. 8–12). Novas Edições Académicas.
- Anes, E. M. G. J., Brás, M. A. M., Antão, C. D. C. M., & Anastácio, Z. C. (2019). Violência e maus tratos em idosos portugueses: 2000–2017. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de psicologia*, 5(1), 363–368. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v5.1610>
- Backman, C., & Cho-Young, D. (2019). Engaging patients and informal caregivers to improve safety and facilitate person- and family-centered care during transitions from hospital to home - a qualitative descriptive study. *Patient Preference and Adherence, Volume 13*, 617–626. <https://doi.org/10.2147/ppa.s201054>
- Baixinho, C., & Ferreira, Ó. (2019). From the hospital to the community: the (un)safe transition. *Revista Baiana de Enfermagem*, 33. <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.35797>
- Baixinho, C., & Ferreira, Ó. (2020). Defragment or integrate care? A challenge for the international year of the nurse. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.35856>
- Barbosa, M. M., Afonso, R. M., Paúl, C., & Lezaun, J. Y. (2020). Cuidados centrados na pessoa idosa em Portugal: abordagens e instrumentos de avaliação. *13o Congresso Nacional de Psicologia da Saúde-Actas*, 305–312.
- Barreto, A. M. M. A., de Abrantes, G. G., Vasconcelos, S. C., Bezerra, V. P., & Moreira, M. A. S. P. (2020). Concepção de profissionais da saúde sobre violência contra idosos: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*, 6(7), 54165–54180. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-896>
- Boge, R. M., Haugen, A. S., Nilsen, R. M., & Harthug, S. (2018). Elderly patients' (≥65 years) experiences associated with discharge; development, validity and reliability of the discharge care experiences survey. *PLOS ONE*, 13(11), e0206904. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206904>
- Cabral, M. V., & Ferreira, P. M. (2014). *O Envelhecimento Activo em Portugal: trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/23416>

- Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde, Diário da República n.º 28/2015, 1.º Suplemento, Série II 3882 (2015). <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?!=1>
- Despacho n.º 6430/2017 do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, Diário da República n.º 142/2017, Série II 15407 (2017). <https://dre.pt/pesquisa/-/search/107744170/details/normal?!=1>
- Dias, I. (2018). Avaliação da qualidade percebida dos programas municipais de atividade física para idosos nos municípios portugueses. *Rev. Intercon. Gest. Desport.*, 8(1), 14–29. <http://www.revista.universo.edu.br/index.php?journal=gestaoesportiva&page=article&op=view&path%5B%5D=5299&path%5B%5D=3124>
- Dias, M. I., Lopes, A., & Lemos, R. (2019). Violência contra pessoas idosas: um olhar sobre o fenómeno em Portugal. *Tendências Sociais. Revista de Sociologia*, 0(4), 42–56. <https://doi.org/10.5944/ts.4.2019.25256>
- Direcção-Geral da Saúde. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (p. 52). Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Ewing, G., Austin, L., Jones, D., & Grande, G. (2018). Who cares for the carers at hospital discharge at the end of life? A qualitative study of current practice in discharge planning and the potential value of using The Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) Approach. *Palliative Medicine*, 32(5), 939–949. <https://doi.org/10.1177/0269216318756259>
- Ferreira, B., Gomes, T. J. B., Baixinho, C. R. S. L., & Ferreira, Ó. M. R. (2020). Transitional care to caregivers of dependent older people: an integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(suppl 3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0394>
- Ferreira, E., Lourenço, O. M., da Costa, P. V., Pinto, S. C., Gomes, C., Oliveira, A. P., Ferreira, Ó., & Baixinho, C. L. (2019). Active Life: a project for a safe hospital-community transition after arthroplasty. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1), 147–153. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0615>
- Guerrero, K. S., Puls, S. E., & Andrew, D. A. (2014). Transition of care and the impact on the environment of care. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(6). <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n6p30>

- Lima, F. D. M., Lopes, M. J., & Lima, T. J. S. (2018). Desenvolvimento e validação da escala de avaliação do risco de violência para idosos (EARVI). *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 4(1), 1241. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2018.4\(1\).1241](https://doi.org/10.24902/r.riase.2018.4(1).1241)
- Marchon, S. G., & Mendes Junior, W. V. (2014). Patient safety in primary health care: a systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(9), 1815–1835. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00114113>
- McDonald, S., Page, M. J., Beringer, K., Wasiak, J., & Sprowson, A. (2014). Preoperative education for hip or knee replacement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003526.pub3>
- Mendes, F. P., Pereira, J. A., Mestre, T. F., Gemito, L. P., Zangão, O. B., & Chora, M. A. (2019). Risco de violência sobre pessoas idosas - teste da escala ARVINI. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 5(1), 1641. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2019.5\(1\).1641](https://doi.org/10.24902/r.riase.2019.5(1).1641)
- Mendes, F. R., Zangão, O. B., & Mestre, T. S. (2018). Representações sociais da violência sobre idosos: Idadismo, Esteriótipos e Discriminação. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(3), 1104. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2017.3\(3\).1104](https://doi.org/10.24902/r.riase.2017.3(3).1104)
- Menezes, T. M. de O., de Oliveira, A. L. B., Santos, L. B., de Freitas, R. A., Pedreira, L. C., & Veras, S. M. C. B. (2019). Hospital transition care for the elderly: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(suppl 2), 294–301. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0286>
- Mesquita, K. O. De, Silva, L. C. C. Da, Lira, R. C. M., Freitas, C. S. L., & Lira, G. V. (2016). Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 21(2). <https://doi.org/10.5380/ce.v21i2.45665>
- Michael, F., Whitelaw, S., & Spall, H. G. C. Van. (2019). Transitional care quality indicators to assess quality of care following hospitalisation for chronic obstructive pulmonary disease and heart failure: a systematic review protocol. *BMJ Open*, 9(12), e032764. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032764>
- Moreira, W. C. (2017). Violência contra o idoso: uma questão de saúde pública. *Revista Ciência & Saberes-UniFacema*, 3(1), 434–439.
- Mountain States Healthcare Alliance (MSHA). (2012). Top 10 Patient-Centered Care Guiding Principles. <https://www.healthcareglobal.com/hospitals/top-10-patient-centered-care-guiding-principles>
- Nossa, P. N. (2020). Envelhecimento, financiamento e inovação nos sistemas de saúde: uma discussão necessária para a manutenção do direito à saúde. *Saúde e*

Sociedade, 29(2). <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020200081>

- Oikonomou, E., Chatburn, E., Higham, H., Murray, J., Lawton, R., & Vincent, C. (2019). Developing a measure to assess the quality of care transitions for older people. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4306-8>
- Olveira, M. R. de, Veras, R. P., & Cordeiro, H. D. A. (2018). A importância da porta de entrada no sistema: o modelo integral de cuidado para o idoso. *Physis*, 28(4). <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280411>
- Paniagua, D. V., Ribeiro, M. P. H., Correia, A. M., e Cunha, C. R. F., Baixinho, C. L., & Ferreira, Ó. (2018). Project K: Training for hospital-community safe transition. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl 5), 2264–2271. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0190>
- Pereira, M. C., D'Oliveira, S. E., & Nunes, L. (2018). Benefícios do plano de cuidados centrado na pessoa com doença crónica em equipa multidisciplinar. Revisão sistemática. *Percursos*, Ano XII(41), 53–64. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per_num_41.pdf
- Pereira, S. K., Santana, R. F., Morais, V. S. C., Soares, T. S., & Silva, D. M. (2016). Planejamento da alta hospitalar no pós-operatório de idosos: estudo de casos múltiplos. *Discharge planning in post-operative of elderly: multiple cases study. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 8(4), 4949–4955. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4949-4955>
- Ramos, S. (2020). Segurança do Doente e Literacia em Saúde. Em C. Almeida, K. Moraes, & V. Brasil (Eds.), *50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde* (Vol. 2, pp. 167–173). Novas Edições Académicas.
- Santos, M. A. B. dos, da Silveira Moreira, R., Faccio, P. F., Gomes, G. C., & de Lima Silva, V. (2020). Fatores associados à violência contra o idoso: uma revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(6), 2153–2175. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.25112018>
- Schildmeijer, K. G. I., Unbeck, M., Ekstedt, M., Lindblad, M., & Nilsson, L. (2018). Adverse events in patients in home healthcare: a retrospective record review using trigger tool methodology. *BMJ Open*, 8(1), e019267. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019267>
- Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Uva, M. S., & Nunes, C. (2018). Patient and hospital characteristics that influence incidence of adverse events in acute public hospitals in Portugal: a retrospective cohort study. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(2), 132–137. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx190>

- Ulin, K., Olsson, L.-E., Wolf, A., & Ekman, I. (2015). Person-centred care – An approach that improves the discharge process. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(3), e19--e26. <https://doi.org/10.1177/1474515115569945>
- Veras, R., & Amorim, A. E. de. (2015). Modelo de Atenção à Saúde do Idoso - a ênfase sobre o primeiro nível de atenção. Em Organização Pan-Americana da Saúde & Agencia Nacional de Saude Suplementar (Eds.), *Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar* (pp. 73–84). Série Cooperação em Saúde Suplementar no Brasilicana da Saúde.
- Vincent, C., & Amalberti, R. (2015). Safety in healthcare is a moving target. *BMJ Quality & Safety*, 24(9), 539–540. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004403>
- Vincent, C., & Amalberti, R. (2016). Safety Strategies for Care in the Home. Em C. Vincent & R. Amalberti (Eds.), *Safer Healthcare* (pp. 93–111). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-25559-0_8
- Weber, L. A. F., da Silva Lima, M. A. D., Acosta, A. M., & Marques, G. Q. (2017). Care transition from hospital to home: integrative review. *Cogitare Enfermagem*, 22(3). <https://doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>

CAPÍTULO VI

Trabalho Interdisciplinar no Cuidado à Pessoa Idosa, Família e/ou Cuidador Informal

Raul Cordeiro

Helena Reis do Arco

José Carlos Carvalho

Introdução

Os sempre renovados desafios de um mundo global parecem desafiar a necessidade de um processo de convergência entre as múltiplas áreas científicas.

Para Mateus (2015) esta complementaridade, resultante em sinergia, torna-se particularmente importante nas áreas da saúde que apresentam um discurso próprio (por vezes hermético), técnico e que toma como referências as linguagens e códigos dos vários profissionais de diferentes áreas.

Desde 1937, quando Louis Wirtz a apelidou como tal, que a temática da interdisciplinaridade tem uma importância crescente (Mateus, 2015).

Definida como a qualidade daquilo que é interdisciplinar, é ainda considerado um processo dinâmico, onde o objeto de estudo é abordado de forma integral com base numa conceção multidimensional dos fenómenos. A própria palavra que pode ser dividida em duas partes, “inter” (entre) e “disciplinar” (disciplina do latim, que significa ensino e conhecimento), ilustra o anteriormente explicitado.

Existem quatro conceitos que se relacionam entre si e que todas delimitam uma abordagem científica e educacional: pluridisciplinaridade, multidisciplinaridade, transdisciplinaridade e a interdisciplinaridade. Na prática a interdisciplinaridade constitui um esforço e um contributo para superar e reduzir a fragmentação do conhecimento em determinada área.

Esta preocupação é particularmente relevante na área da saúde, uma vez que para intervir com qualidade no cuidado ao idoso, será necessária a conjugação dos múltiplos olhares profissionais e de todos os intervenientes neste processo, sejam familiares

cuidadores e/ou cuidadores informais.

A troca de saberes, será vital para o atendimento a esta franja da população, cada vez mais crescente na nossa sociedade.

A interdisciplinaridade e as redes interprofissionais são ainda bases importantes para uma investigação inovadora, sendo que as tendências demográficas globais exigem a integração dos serviços de saúde e sociais (Velikonja, 2020).

Por tudo isto a reflexão sobre a interdisciplinaridade no cuidado ao idoso, é hoje um desafio ao qual os profissionais não podem ser alheios.

Desenvolvimento

O Cuidado ao Idoso e os Reptos na Atualidade

Pela explanação do conceito, verificamos que interdisciplinaridade e interação emergem de um fundamento teórico de conjugação. Quando falamos do cuidado ao idoso, centramo-nos também num sistema de ação onde as práticas são coproduzidas, numa lógica interdisciplinar cujas dinâmicas estão hoje sustentadas no perfil de competências dos membros envolvidos. A relevância das mesmas tem lugar num quadro onde este cuidado terá que ser centrado na pessoa, tendo em conta não só as necessidades imediatas, mas também a sua história. Este conhecimento é primordial ao nível dos possíveis défices de autocuidado e limitações do idoso, integrando em simultâneo as suas crenças, valores e expetativas.

Defende-se aqui o cuidado interdisciplinar indo além do multidisciplinar. Pretendemos ultrapassar os contributos individuais sem interligação, para passarmos ao planeamento de um sistema de cuidados integrados, com contributos de diversas áreas disciplinares conectadas entre si, respondendo de forma centrada no idoso, à complexidade dos cuidados que este necessita.

Valorizamos esta perspetiva porque no mundo de hoje a complexidade e a interconetividade estão presentes nos quotidianos, quer sejam de trabalho, de ensino, de cuidados, no lúdico e em todo o lado. Tal realidade, face às necessidades atuais, abre espaço para a interdisciplinaridade nas mais diversas áreas (Alves et al., 2019; Chen & Luetz, 2020; Zuo & Zhao, 2018).

Por outro lado, não podemos deixar de salientar o papel preponderante dos cuidadores familiares e/ou informais, integrados nestas equipas interdisciplinares.

A realidade de Portugal mostra-nos, em 2019, um país envelhecido: em 2019, 22% da população tinha 65 e mais anos e cerca de 7%, 80 anos e mais (Moreira, 2020).

Segundo a Alzheimer Portugal (2020), um inquérito demonstrou que o número de cuidadores informais em Portugal é mais elevado do que os 8% a 10% que se estimava e que esse aumento está relacionado com a pandemia e à consequente falta de respostas sociais.

O número de cuidadores informais em Portugal deverá rondar os 1,4 milhões de pessoas (Alzheimer Portugal, 2020).

Em 2019 foi aprovado o Estatuto do Cuidador Informal, aprovado pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro (Instituto da Segurança Social, 2021). Este Estatuto conjuga um conjunto de normas que regula os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada estabelecendo ainda as respetivas medidas de apoio. A Lei n.º 100/2019 da Assembleia da República (2019), de 6 de setembro prevê o desenvolvimento de projetos-piloto que apliquem de forma experimental as medidas de apoio ao cuidador informal, enquadrados nas condições previstas no Estatuto.

A atualidade, devido ao envelhecimento populacional e à desertificação das regiões do arco interior do país já lançava vários reptos e desafios no âmbito dos cuidados ao idoso e à mobilização de cuidadores informais, consequência da fuga da população jovem para as zonas costeiras e centrais, mais apelativas em termos de mercado de trabalho.

Na pós-pandemia perspetivamos, desafios ainda maiores, pela dificuldade de resposta por parte dos serviços de saúde e do setor económico. Pensamos que a resposta poderá estar na cooperação e interdisciplinaridade entre a saúde, o setor social e a sociedade civil. Aqui a enfermagem, pela abordagem intraorganizacional, mas também pela intervenção comunitária articulada, terá certamente um papel importante a desempenhar no seio destas equipas.

Intervenções de Enfermagem e a Abordagem Interdisciplinar no Cuidado ao Idoso, Família e/ou Cuidador Informal

Os enfermeiros incorporam os sistemas de cuidados aos idosos, centrando a sua intervenção no benefício tangível e na individualização deste mesmo cuidado, integrando ainda a observância das alterações produzidas pela situação de risco, de doença ou até de dependência, seja esta *física, psicológica/cognitiva ou social*.

As diferentes tipologias de dependência determinam as respostas e as dimensões

do cuidado. Adotando o conceito de autocuidado, não descurando o seu défice e os sistemas de ação onde estes se inscrevem (Orem, 2001) , podemos situar-nos num sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou educativo de apoio. No primeiro, *totalmente compensatório* o idoso irá necessitar que a totalidade dos cuidados sejam prestados pelo enfermeiro, no sistema *parcialmente compensatório* as atividades de autocuidado serão partilhadas entre o idoso e o enfermeiro compensando as limitações do primeiro com a ajuda necessária. Já no sistema educativo, embora o idoso consiga realizar o autocuidado, necessita de apoio com informação, orientação ou supervisão por parte do enfermeiro. É também aqui que tem um papel significativo junto da família e cuidadores informais.

O enfermeiro é ainda o profissional de saúde que em diversas situações se encontra mais próximo e permanece mais tempo junto do idoso, contudo, para que possa construir o cuidado holístico, centrado na pessoa e capaz de responder às reais necessidades, terá que se interconectar com outros técnicos. A junção de saberes e competências através da mobilização dos diversos profissionais da equipa, integrando ainda o idoso, a família e/ou o cuidador informal, será essencial para que se dê início a um processo que se quer virtuoso e que conduza à construção de um plano integrado e individualizado de cuidados conducente à estruturação de uma relação terapêutica sólida. Esta deverá ser iniciada o mais precocemente possível, com vista à promoção da saúde do idoso e família, à prevenção do agravamento precoce das diversas dependências e ao acompanhamento progressivo incluindo a necessidade de palição.

O recurso ao cuidado interdisciplinar é hoje aludido em diversas áreas e publicações científicas. Quando por exemplo falamos de alterações físicas ao nível da mobilidade, eliminação, entre outros, o cuidado interdisciplinar e a mobilização de saberes interconectados, integram as recomendações assistenciais em diversas partes do globo. Podemos destacar o referido por Spencer et al., (2017), quando se debruçaram sobre o papel da equipa multidisciplinar no controlo da incontinência urinária, bem como outros que se focaram no papel do enfermeiro enquanto ator chave, mas que necessariamente aludem à articulação com outros membros da equipa, uma vez que os cuidados envolviam terapêutica farmacológica e reabilitação (Arco & Costa, 2020; Arkan et al., 2018; Nazarko, 2015, 2017).

Sempre que os modos e as formas de ação de construção de cuidados estão alicerçados em estratégias que visam, estimular, reabilitar e / ou reforçar capacidades, o envolvimento do idoso enquanto parceiro na equipa é também essencial, tendo no horizonte a recuperação das rotinas prévias à doença ou o retardamento de complicações.

Por outro lado, não podemos deixar de lado a família e/ou cuidador informal. Também aqui o enfermeiro em articulação com a equipa interdisciplinar tem um papel significativo,

seja em contexto comunitário ou de internamento. Por ser ele que permanece de forma contínua nos serviços, é também o profissional que faz a ponte entre o idoso, a família e outros técnicos. Já na comunidade, sempre que se desloca ao domicílio, é também o enfermeiro que efetua o primeiro diagnóstico das necessidades do idoso e família, englobando aqui as sociais.

Quando falamos da população idosa, não podemos ignorar que estão mais expostos e mais vulneráveis a problemas físicos decorrentes do fator idade, mas com particular significado, para os problemas, dificuldades e perdas das *funções cognitivas*, que estão associados à degenerescência natural do ciclo de vida.

Quando de fala de perda cognitiva, podemos falar do conjunto de sinais e sintomas associados às dificuldades no processamento de informações e às tarefas mentais, como atenção, raciocínio e a memória.

Nos défices cognitivos e nos processos demenciais existe a possibilidade de ocorrência de um número alargado de problemas, sendo necessária a mobilização de um conjunto alargado de técnicos, de recursos, pelo que a interdisciplinaridade e a existência de uma rede de suporte, serão fundamentais.

Neste percurso, deverá haver um conjunto de boas práticas de promoção da saúde mental, de programas de deteção precoce de défices cognitivos, associados à necessidade de envolvimento da família e dos cuidadores informais, melhoria da comunicação e dos conhecimentos sobre como cuidar dos idosos, assim como a necessidade de adquirir conhecimentos sobre as alterações físicas, psicológicas e comportamentais, que são esperadas para esta faixa etária.

Dotar os familiares e os cuidadores informais, de melhor formação/informação, será uma mais-valia em todo o processo terapêutico.

Conclusão

O idoso, principalmente em situação de dependência, carece de cuidados inadiáveis.

Contudo, sempre que a capacidade para a realização do autocuidado não está presente, é necessário proceder à sua delegação no intuito de compensar o défice. Face à diversidade de carências que podem emergir, ligadas a aspetos físicos, mentais ou sociais, o plano individual de intervenção, deverá ser centrado no idoso, integrando os aspetos individuais, contextuais e culturais.

A meta do cuidado holístico, individualizado e de qualidade prestado ao idoso, família

e/ou cuidador, apenas será alcançada se integrar o alvo também enquanto parceiro, desde o diagnóstico, passando pela intervenção até à avaliação, incluindo ainda no plano individualizado de intervenção, os contributos dos diferentes membros da equipa, interconectados numa lógica interdisciplinar.

O atual contexto deixou a descoberto (se não era ainda clara) a necessidade evidente desta lógica de trabalho interdisciplinar que se transformará, no futuro próximo, numa maior qualidade dos contextos, de contextos e equipas mais capacitadoras, de contextos mais seguros para cuidadores e pessoas cuidadas desde o nível da segurança dos cuidados ao nível da qualidade e construção dos contextos domiciliários ou institucionais.

Tal desiderato tornar-se-á um desafio desde a conceção de um espaço de cuidados a idosos (envolvendo arquitetos) até à tecnologia incorporada passando necessariamente pelo cuidado em si (cada vez mais qualificado e interdisciplinar).

Pontos-Chave

- Identificar de forma estruturada e sustentada em instrumentos de diagnóstico em articulação com a equipa interdisciplinar, as necessidades do idoso, família e / cuidador informal.
- Envolver o idoso, família e/ou cuidador informal, enquanto parceiros na construção do plano individualizado de intervenção, com vista à prevenção, reabilitação ou adaptação à situação.
- Construir o plano individualizado de intervenção, identificando as dinâmicas interdisciplinares, sustentado em intervenções consensualizadas através da partilha de informação, tendo em conta as condições físicas, psicológicas, ambientais, sociais do idoso, família e/ou cuidador informal.
- Implementar os cuidados de enfermagem para a implementação do acompanhamento, reabilitação, referenciação do idoso, família/cuidador, respeitando o seu papel no seio da equipa interdisciplinar.
- Contribuir para a promoção de uma atmosfera positiva de trabalho na equipa interdisciplinar, durante a construção e implementação do plano individualizado de intervenção ao idoso, família e/ou cuidador informal.
- Adotar lógicas construtivas e de organização de espaços de cuidados promotores e capacitadores de idosos e família e/ou cuidador informal.

Referências Bibliográficas

- Alves, F. A. P., Medeiros, K. D. S., Santos, E. G., Araújo, G. K. N., Santos, L. M. de S., Souto, R. Q., Lúcio, F. P. S., Borba, A. K. de O. T., & Jardim, V. C. F. da S. (2019). A interdisciplinaridade como estratégia de ensino e aprendizagem. *Rev enferm UFPE on line*, 13. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240192>
- Alzheimer Portugal. (2020, Novembro 5). Perto de 1,4 milhões de pessoas em Portugal são cuidadores informais. https://alzheimerportugal.org/pt/news_text-78-11-1175-perto-de-14-milhoes-de-pessoas-em-portugal-sao-cuidadores-informais
- Arco, H. M., & Costa, M. A. (2020). Urinary Incontinence in the Elderly: The Importance of Self-Care Promotion. Em C. Fonseca, M. J. Lopes, D. Mendes, F. Mendes, & J. García-Alonso (Eds.), *Handbook of Research on Health Systems and Organizations for an Aging Society* (pp. 208–224). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-5225-9818-3.ch016>
- Arkan, G., Beser, A., & Ozturk, V. (2018). Experiences Related to Urinary Incontinence of Stroke Patients: A Qualitative Descriptive Study. *Journal of Neuroscience Nursing*, 50(1), 42–47. <https://doi.org/10.1097/jnn.0000000000000336>
- Chen, J. M., & Luetz, J. M. (2020). Mono-/Inter-/Multi-/Trans-/Anti-disciplinarity in Research. Em W. Leal Filho, A. M. Azul, L. Brandli, P. G. Özuyar, & T. Wall (Eds.), *Quality Education. Encyclopedia of the UN Sustainable Development Goals* (pp. 562–577). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-95870-5_33
- Instituto da Segurança Social, I. P. (2021). Guia prático estatuto do cuidador informal: cuidador informal principal e cuidador informal não principal (p. 33). [http://www.seg-social.pt/documents/10152/17650178/8004-Estatuto Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal.pdf/9f626e58-a805-42ac-b800-df65cc1630a0](http://www.seg-social.pt/documents/10152/17650178/8004-Estatuto+Cuidador+Informal+Principal+e+Cuidador+Informal+não+Principal.pdf/9f626e58-a805-42ac-b800-df65cc1630a0)
- Lei n.º 100/2019 da Assembleia da República, Diário da República n.º 171/2019, Série I 3 (2019). <https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>
- Mateus, A. (2015). A Comunicação nas ciências interdisciplinares: o compromisso de um discurso – o caso da área da Saúde. *Estudos em Comunicação*, 21, 177–188. <https://doi.org/10.20287/ec.n21.a13>
- Moreira, M. J. G. (2020). Como Envelhecem os Portugueses — envelhecimento, saúde, idadismo. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.ffms.pt/publicacoes/detalhe/5102/como-envelhecem-os-portugueses>
- Nazarko, L. (2015). Use of continence pads to manage urinary incontinence in older

- people. *British Journal of Community Nursing*, 20(8), 378–384. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.8.378>
- Nazarko, L. (2017). Beyond the bladder: holistic care when urinary incontinence develops. *British Journal of Community Nursing*, 22(1), 662–666. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2017.22.1.662>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing : concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Spencer, M., McManus, K., & Sabourin, J. (2017). Incontinence in older adults: The role of the geriatric multidisciplinary team. *British Columbia Medical Journal*, 59(2), 99–105. <https://www.bcmj.org/articles/incontinence-older-adults-role-geriatric-multidisciplinary-team>
- Velikonja, N. K. (2020). Interdisciplinarity of research in nursing: the crossing of health, biomedical and social sciences. *Pielęgniarstwo XXI wieku / Nursing in the 21st Century*, 18(3), 169–173. <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2019-0018>
- Zuo, Z., & Zhao, K. (2018). The more multidisciplinary the better? – The prevalence and interdisciplinarity of research collaborations in multidisciplinary institutions. *Journal of Informetrics*, 12(3), 736–756. <https://doi.org/10.1016/j.joi.2018.06.006>

CAPÍTULO VII

Promoção da Saúde e Prevenção da Doença na Pessoa Idosa

Rogério Ferreira
Ana Clara Nunes
Cristina Lavareda Baixinho
Luís Sousa

Introdução

O fenómeno do envelhecimento demográfico implica profundas mudanças e desafios para os sistemas de saúde (Maia et al., 2020). O envelhecimento individual é um processo caracterizado por múltiplas alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que contribuem para a vulnerabilidade da pessoa e aparecimento de doenças crónicas (Cardoso et al., 2017). Estes processos que são parte integrante e natural do ciclo de vida (Marques-Vieira et al., 2017), tendem a repercutir-se na funcionalidade e na qualidade de vida da pessoa, para além de ser gerador de elevados custos para o sistema de saúde (Maia et al., 2020). A pessoa idosa tende a utilizar os serviços de saúde de forma mais acentuada, face à prevalência de doenças crónicas e incapacidades.

É fundamental que as pessoas idosas se mantenham com autonomia e independência funcional, evidenciando capacidade de assegurar a gestão das suas atividades de lazer, de convívio social e trabalho, independentemente da presença ou não de comorbilidades (Maia et al., 2020).

A abordagem às questões da promoção de saúde e prevenção de doenças na pessoa idosa deve ter em conta que envelhecer de forma saudável, ativa e bem-sucedida pressupõe um processo de transição e adaptação às alterações que ocorrem associadas à idade, ao aparecimento de doenças crónicas e ao declínio funcional. A adoção de estilos de vida saudáveis, a educação como processo de moderação do envelhecimento e a manutenção da pessoa idosa no seu contexto social são eixos estruturantes e intimamente interligados neste processo, mas que nesta abordagem serão abordados em separado.

Definiu-se como objetivo central: refletir sobre as estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença na pessoa idosa.

Promoção da Saúde e a Prevenção da Doença na Pessoa Idosa

A interação da pessoa idosa com o seu ambiente, suportada na sua autonomia e independência devem constituir-se como o alicerce para a abordagem da sua saúde (Beard et al., 2016). Esta interação entre a independência funcional das pessoas idosas e os ambientes favoráveis é geradora de uma melhor percepção da vida, de satisfação e êxito no seu envolvimento social (Canêdo et al., 2018). É seguindo estes pressupostos que chegamos aos conceitos de envelhecimento ativo, envelhecimento bem-sucedido e, mais recentemente, envelhecimento saudável.

A OMS (2015) define, no Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde o “Envelhecimento Saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada” (p. 13).

O envelhecimento saudável caracteriza-se, assim, por um percurso de vida livre de doenças, permitindo à pessoa idosa participar ativamente na sociedade, com independência funcional e qualidade de vida (Canhestro, 2018). A interação de fatores como a saúde física e mental, a capacidade funcional, a integração social, a capacidade económica e o suporte familiar são determinantes no envelhecimento saudável (Canhestro, 2018).

O envelhecimento ativo envolve a manutenção da independência funcional da pessoa idosa pelo máximo tempo possível. Esta condição é determinante para a participação social, cultural, espiritual e económica da pessoa (Canhestro, 2018). A esta conceção de envelhecimento está implícita, a independência, a autonomia, a qualidade de vida e uma expectativa de vida saudável, mesmo nas situações em que estão associadas algumas limitações na sua capacidade funcional (Canhestro, 2018).

O envelhecimento bem-sucedido está relacionado com a manutenção da função física e mental, de forma a garantir que a pessoa tenha reservas físicas e psicológicas que lhe permitam suportar e gerir as experiências de stresse associadas ao envelhecimento e declínio da funcionalidade (Canhestro, 2018). Um compromisso ativo com a vida, a manutenção das capacidades funcionais a nível físico, cognitivo e social, para além da adoção de hábitos saudáveis são fatores determinantes num envelhecimento bem-sucedido. Os processos de adaptação às alterações físicas e psicológicas são determinantes para que a pessoa idosa possa viver de forma satisfatória, mesmo em presença de comorbidades e alterações da sua funcionalidade (Canhestro, 2018).

Tendo por referência a pessoa ou o cuidador, os conhecimentos são os saberes de cada um que foram construídos e suportados nos valores da pessoa, com alterações ao longo da vida e influenciados por fatores de natureza social, cultural e religiosa (Sousa et al., 2020). O conceito de empoderamento está ligado ao conhecimento e autonomia na tomada de decisão, entendendo-se a autonomia como a liberdade da pessoa em gerir a sua vida e efetuar as escolhas de forma racional. Permite a emancipação da pessoa, através da promoção da sua autonomia e da utilização de medidas terapêuticas apropriadas (Sousa et al., 2020) à sua saúde, sobre os fatores que interferem na sua saúde e sobre decisões importantes relacionadas com as suas vidas (Canhestro, 2018).

Nesta abordagem assumem-se os seguintes eixos estruturantes:

- i. A adoção de estilos de vida saudáveis;
- ii. A educação como processo de moderação do envelhecimento;
- iii. A manutenção da pessoa idosa no seu contexto social.

A Adoção de Estilos de Vida Saudáveis

A promoção de saúde e a prevenção de doenças crónicas na pessoa idosa pressupõe igualmente uma atuação centrada nos fatores de risco que lhe são comuns às mesmas, como o tabagismo e consumo excessivo do álcool e pelo reforço de estilos de vida saudáveis (Canhestro, 2018). Esta abordagem preventiva assume-se como uma estratégia ao nível dos cuidados de saúde primários e exige a participação e envolvimento significativo da comunidade, com o envolvimento de múltiplos parceiros através de mecanismos que permitem melhorar o nível de literacia das pessoas e a criação de ambientes favoráveis à promoção e proteção de saúde das pessoas (Canhestro, 2018).

Envolve um conjunto de ações que tem por finalidade a prevenção da exposição a fatores condicionantes de doenças, contribuindo para a adoção de comportamentos mais ajustados a estilos de vida saudáveis e potenciadoras da qualidade de vida da pessoa idosa (Cardoso et al., 2017). Deve envolver a articulação entre as instituições de saúde e parceiros da comunidade, através de programas favoráveis a um envelhecimento saudável e bem-sucedido e que permitam:

- i. a promoção da interação social e da saúde mental;
- ii. a promoção da atividade física;
- iii. a promoção de hábitos alimentares saudáveis;

- iv. a prevenção e autovigilância de doenças crónicas;
- v. a promoção de um regime medicamentoso ajustado às necessidades das pessoas idosas;
- vi. a promoção de medidas de segurança (Cardoso et al., 2017).

Estas ações devem ser adequadas às necessidades das pessoas idosas e justificam-se face à existência de fatores de risco. Devem contribuir para que sejam capazes de gerir a sua vida com independência funcional, que tenham uma perceção otimista da vida, associada à sua participação em atividades sociais e de lazer (Canêdo et al., 2018; Maia et al., 2020). No estudo realizado por Cardoso et al. (2017), sobre os ganhos em saúde decorrentes da implementação de programas de promoção da saúde, destaca-se o aumento da capacidade funcional, da qualidade de vida e participação social, a melhoria do conhecimento e consciencialização sobre os estilos de vida e o impacto na saúde da pessoa idosa, os ganhos ao nível da saúde mental e a diminuição do número de consultas médicas e internamento.

A promoção de um envelhecimento ativo, preservando as capacidades da pessoa idosa é uma das finalidades da intervenção dos profissionais de saúde e muito em particular do enfermeiro. A diminuição da interação social durante a velhice pode levar à ansiedade e depressão na pessoa (Andrade et al., 2012). Os grupos de convivência são uma estratégia de intervenção fundamental para a socialização das pessoas idosas, para a construção de amizades, conferindo sentido e expectativas à vida destas (Andrade et al., 2012). O projeto *Conviver*, desenvolvido numa comunidade no Brasil é um exemplo, envolvendo a realização de oficinas e de encontros sobre temas relacionados com a saúde foram determinantes para a interação entre pessoas idosas, para a melhoria da sua saúde mental e autoestima, para a promoção de intercâmbio de conhecimentos e adoção de hábitos de vida saudáveis (Andrade et al., 2012). Este projeto *Conviver* integrou oficinas sobre atividade física, música e dança, jogos alternativos (jogos de damas, cartas e dominó, entre outros), palestras sobre ansiedade e depressão e alimentação saudável, para algumas festas definidas com um calendário anual que contribuíram para a promoção da convivência social (Andrade et al., 2012).

As relações interpessoais com pessoas da família, com os vizinhos e amigos são determinantes no apoio instrumental e emocional à pessoa idosa. São fundamentais para a sua qualidade de vida (Marques et al., 2014). A promoção de saúde na pessoa idosa passa por se fomentar as relações com estes intervenientes, face à importância que assumem no apoio, na sua participação social e qualidade de vida.

A prática da atividade física é determinante na capacidade funcional das pessoas idosas (Ferreira et al., 2020). No estudo de Brito et al. (2016), verificou-se que as pessoas idosas que não praticavam atividade física apresentavam maior prevalência de incapacidade do que as que não praticavam. Estes dados reforçam a importância da atividade física regular na prevenção de doenças, na promoção das atividades diárias e qualidade de vida da pessoa idosa. Neste sentido, estas devem ser estimuladas a manter a prática da atividade física, evitando o sedentarismo e os efeitos que decorrem da inatividade física (Mendes, 2019). Devem frequentar espaços públicos seguros, que lhe permitam o desenvolvimento de atividades com supervisão profissional (Brito et al., 2016) ou em alternativa, o desenvolvimento de atividades compatíveis com os seus gostos e preferências.

A atividade física contribui para um aumento da massa muscular e melhoria da capacidade cardiorrespiratória, levando a um melhor desempenho nas atividades de vida diária (Oliveira et al., 2020). A prática da atividade física tem reflexos na qualidade de vida da pessoa idosa, levando a um menor número de quedas e na manutenção ou melhoria da sua capacidade funcional (Mendes, 2019). Releva-se ainda a sua importância na gestão dos sintomas das alterações do humor, na prevenção de doenças físicas e mentais pelo favorecimento da interação social em atividades de grupo e adaptação ao meio ambiente (Mendes, 2019; Oliveira et al., 2020). Algumas pessoas idosas apresentam limitações e necessidades específicas decorrentes de algumas situações patológicas (Ex: hipertensão arterial e diabetes), problemas de flexibilidade e da capacidade aeróbica e nestes casos, a caminhada revela-se apropriada e prática para manter a atividade física e melhorar a sua qualidade de vida.

É essencial que a pessoa idosa consiga manter a funcionalidade física e cognitiva, de forma a manter as suas capacidades de autocuidado, de se movimentar no seu contexto social e de interagir com outras pessoas. A importância da atividade física na capacidade funcional da pessoa idosa é evidente no estudo de Mendes (2019). Trata-se de um estudo quase-experimental, com uma amostra de 20 pessoas idosas divididas em dois grupos idênticos (grupo experimental e de controlo), vivendo numa estrutura residencial para pessoas idosas e cujo objetivo foi comparar a independência funcional de dois grupos de pessoas idosas, sedentários, sendo um submetido a um programa de exercício físico. Este programa envolveu treino de força muscular e treino aeróbico durante 12 semanas, 5 dias por semana a uma intensidade moderada. Decorrente da sua aplicação, verificou-se que o grupo experimental evidenciou uma melhor independência funcional que o grupo controlo nos subníveis “banho”, “banheira e duche” e “escadas” (Mendes, 2019).

O manter a atividade para a pessoa idosa pode ser sinónimo de desenvolver outras atividades que lhe permitam estar ocupada e que contribuam para a sua qualidade de

vida. As atividades livremente escolhidas pelas pessoas idosas, como o ócio, o manter o trabalho e o desenvolver atividades de voluntariado são fundamentais na promoção de um envelhecimento ativo. No estudo realizado por Marques et al. (2014), a percepção de qualidade de vida de um grupo de pessoas idosas envolveu esta dimensão de ocupação, de trabalho e voluntariado, fundamental para que estas se mantenham ativos e com saúde.

O estado nutricional inadequado é determinante na incapacidade funcional da pessoa idosa. Esta inadequação nutricional pode estar associada a uma deficiência de calorias e nutrientes ou pelo excesso calórico, com repercussões no bem-estar da pessoa idosa e na sua capacidade funcional (Brito et al., 2016). No estudo de realizado por Focchesatto et al. (2015), foram destacados o consumo excessivo de gordura saturada, o excesso de peso e a elevada circunferência da cintura como fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crónicas. A este nível, de entre os fatores de proteção releva-se o consumo regular de frutas e verduras, o baixo sedentarismo e tabagismo, o consumo com moderação de vinho. É necessário estimular as pessoas idosas com medidas de promoção da saúde, que promovam a manutenção de um peso adequado (Brito et al., 2016) e de uma alimentação saudável.

Relativamente à prevenção e autovigilância de doenças crónicas, o número de doenças crónicas é considerado um fator que está associado à incapacidade funcional. No estudo de Brito et al. (2016), as pessoas idosas que afirmavam ter quatro ou mais doenças crónicas não transmissíveis apresentavam maior prevalência de incapacidade funcional, quando comparados com os que manifestaram uma só doença. Isto justifica a necessidade de se adotarem medidas de prevenção de complicações e de promoção da saúde. Os principais fatores de risco são os hábitos tabágicos, uma alimentação não saudável, o consumo excessivo de álcool e a inatividade física. As atividades de prevenção de doenças devem centrar-se nestas variáveis e em outras que sejam condicionantes das situações de doença crónica (Brito et al., 2016). A realização de exames preventivos, para além da baixa incidência de doenças cerebrovasculares e cardiovasculares foram destacados no estudo de Focchesatto et al. (2015), como fatores de proteção.

A autoperceção de saúde é um importante indicador das condições de saúde e da capacidade funcional das pessoas idosas. A percepção positiva de saúde nas pessoas idosas está associada à independência funcional, manutenção das relações interpessoais pela participação em grupos, a prática de atividades físicas, cognitivas e sociais, um estado nutricional adequado, uma alimentação equilibrada e adoção de comportamentos preventivos (Oliveira et al., 2020, Brito et al., 2016). Provavelmente, nas pessoas idosas que apresentam incapacidade funcional têm uma percepção de saúde pior da sua condição de saúde.

No estudo realizado por Borges e Seidl (2014), que teve como objetivo investigar as percepções de saúde e de envelhecimento ativo em homens idosos, após intervenção psicoeducativa em grupo com a finalidade de promover o autocuidado, constatou-se que na sua maioria, estes idosos mantinham estilos de vida ativos e avaliaram positivamente o estado de saúde, concebendo a sua saúde numa perspetiva biopsicossocial.

Educação para a Saúde da Pessoa Idosa

A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosa e nos Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas: independência, participação dignidade, cuidados e autorrealização (WHO, 2002). Neste alinhamento, é recomendado na proposta da “Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025” um conjunto de ações com vista à promoção da participação social da pessoa idosa. A nível individual, é recomendada a promoção da educação e formação ao longo do ciclo de vida, incluindo estratégias de promoção de literacia em saúde (Direcção-Geral da Saúde [DGS], 2017). A aprendizagem ao longo do ciclo de vida deve incidir sobre várias esferas da vida, entre elas, a literacia em saúde e autocuidados (DGS, 2017).

A promoção de saúde e prevenção da doença na pessoa idosa exige competências para:

- I. O desenho, a implementação e a avaliação de programas de promoção para um envelhecimento ativo e saudável
- II. Intervir na redução do impacto da doença crónica sobre a funcionalidade e qualidade de vida
- III. Suportar a mudança comportamental para a adoção de estilos de vida saudáveis.

Assim, a promoção da saúde, bem como a prevenção da doença, estão intimamente relacionadas com o conhecimento e, conseqüentemente, com a literacia em saúde, entre outras variáveis.

Como já referido, a promoção da saúde dá ênfase aos indivíduos enquanto agentes ativos, com poder e capacitação que lhes permita controlar e tomar decisões sobre a sua própria saúde. Neste seguimento, o fortalecimento do conhecimento por parte dos indivíduos é primordial para a tomada de medidas e de opções mais assertivas e

mais salutogénicas. De forma mais ou menos generalizada, a Educação para a Saúde apresenta-se como a “estratégia mãe” para a capacitação de pessoas, grupos ou comunidades. Neste sentido, o fortalecimento do conhecimento por parte dos indivíduos, de forma a serem tomadas medidas mais assertivas é de primordial importância. A educação para a saúde pretende aumentar os conhecimentos dos indivíduos, dotando-os de ferramentas que lhes permitam uma melhor aprendizagem, ampliando os seus conhecimentos e desenvolvendo competências que favoreçam a sua própria saúde e a da comunidade envolvente.

Quando a aprendizagem e respetiva utilização do conhecimento recai sobre a população idosa, entramos em peculiaridades que não podemos ignorar ou descartar.

Tendo em conta o aumento da esperança de vida, torna-se premente a promoção da aprendizagem ao longo da vida, o que significa a aprendizagem também “para” e “com” as pessoas idosas (Gil, 2016). Ao abordar-se o tema da formação ou educação dirigida preferencialmente às pessoas idosas, falamos, inevitavelmente, em *gerontagogia*, expressão defendida por Lemieux, em 1997, que em linhas gerais se define como uma disciplina educativa interdisciplinar que tem por objeto o estudo da pessoa idosa em situação educativa (Martínez, 2001).

Assim, quando falamos em educação para a saúde como processo que visa a promoção da saúde e a prevenção da doença na pessoa idosa deveremos estar alinhados com a gerontagogia que, para Martínez (2001) ao visitar o conceito de gerontagogia proposto por Lemieux avança que, embora não podendo ser considerada uma nova ciência, mas um âmbito híbrido que combina duas especialidades, ou seja, a pedagogia e a gerontologia, a gerontagogia é uma categoria que aposta na renovação dos modos de pensar a educação e o envelhecimento. Para o mesmo autor, a “*gerontagogia constitui, antes de mais, um paradigma, uma forma concreta (...) de apostar na educação das pessoas idosas, com dependências ou não*” (Martínez, 2001, p.247). Atribui-lhe quatro características:

- I. adoção de uma epistemologia da descoberta, ou seja, não pretende definir o grupo, objeto de trabalho, mas deixa a cargo do “educador”, descobrir quem e como são as pessoas idosas, e, com elas e a partir delas, adotar estratégias aplicáveis;
- II. Perspetivar a educação como um processo de comunicação, no qual os participantes trocam informações e significados acerca do objeto de estudo;
- III. Possibilitar que a intervenção educativa seja uma fonte de acessibilidade para a construção da pessoa humana (dos educadores

e das pessoas idosas);

- IV. Valorização da experiência acumulada por cada pessoa, ao longo de sua vida, evidenciando a capacidade reflexiva das pessoas idosas.

O Enfermeiro, aquando da sua função de “educador” da população idosa, deve ter sempre presente, não apenas que se trata de uma pedagogia especial porque dirigida a uma população com características peculiares (a gerontagogia) mas, deve também repensar e ajustar os métodos de ensino que devem ser o mais participativo possível, com o desempenho de um papel ativo e de protagonismo por parte da pessoa idosa. Por seu turno, o educador deverá desempenhar a função de orientador ou facilitador do processo de ensino-aprendizagem. É necessário ter presente que a pessoa idosa tem o direito de conhecer, ser ouvida, receber respostas, discrepar e decidir sobre a sua própria saúde (Quesada et al., 2018).

A Manutenção da Pessoa Idosa no seu Contexto Social

Por último, vale a pena voltar à proposta da “Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025” onde, no âmbito das ações com vista à promoção da participação social da pessoa idosa, desta feita, ao nível contextual, a criação de ambientes físicos e sociais potenciadores da integração e participação das pessoas idosas são fortemente recomendados (DGS, 2017). A este propósito convém recordar que a preferência dos mais velhos é continuar a viver no seu bairro e na sua casa à medida que envelhecem. A prestação de cuidados de saúde, de proximidade, no contexto social em que a pessoa idosa vive deve constituir uma resposta que fomente um envelhecimento saudável, ativo e bem-sucedido, com a qualidade de vida que lhe está implícita (Cardoso et al., 2017). As políticas sociais e de saúde devem ser promotoras de ajudar a pessoa idosa a viver nas suas habitações, na sua comunidade, com qualidade de vida e autonomia pelo máximo tempo possível (Ferreira et al., 2019; Marques-Vieira et al., 2017). O princípio do envelhecimento no local suporta estas políticas de promoção de saúde da pessoa idosa. Defende-se que a pessoa idosa deve permanecer no próprio local, nas suas casas e no contexto social que contribui para a sua autonomia, de acordo com as suas preferências (Ferreira et al., 2019). As dificuldades e limitações que vão surgindo com o avanço do tempo poderão ser minimizadas com as respostas sociais e de saúde, compatíveis com políticas de cuidados à pessoa idosa no domicílio e que são promotoras de um envelhecimento ativo e bem-sucedido (Ferreira et al., 2019).

A promoção de cuidados à pessoa idosa no domicílio pressupõe a existência de apoio dos cuidadores informais. Estes são vistos como determinantes no apoio e nos cuidados

às pessoas idosas que permanecem no seu habitat e no contexto social, apesar de socialmente ser assumido como uma responsabilidade da família (Ferreira et al., 2019). A responsabilidade dos cuidadores familiares aplica-se também a pessoas idosas com algum nível de independência que permanecem nas suas próprias casas, enquadradas com o conceito de envelhecimento no local (Vreugdenhil, 2014). Na realidade australiana de cuidados à pessoa idosa, aos cuidadores é aplicada a terminologia de geração sanduíche aos filhos das pessoas idosas, que para além de assumirem a responsabilidade social de cuidadores informais dos seus pais, também se assumem como os cuidadores na sua família, envolvendo cônjuge ou parceiros, filhos e até os netos (Vreugdenhil, 2014). As políticas de apoio e promoção da saúde e dos cuidados à pessoa idosa no domicílio envolvem vários serviços de apoio domiciliário, relacionados com a preparação de refeições, a limpeza do domicílio, a assistência às diferentes atividades diárias, o transporte do idoso, para além de outras atividades. Estes serviços são fundamentais para diminuir a sobrecarga dos cuidadores principais e no apoio às famílias (Ferreira et al., 2019; Vreugdenhil, 2014).

Estes cuidados têm por centralidade a pessoa idosa e família. Daí, a necessidade de se envolver, responsabilizar, capacitar e apoiar as pessoas e suas famílias em prol de uma participação ativa nos cuidados e com autonomia nas tomadas de decisão. O estabelecimento de uma relação de confiança e de relações terapêuticas entre os profissionais de saúde e as pessoas idosas e suas famílias são a chave para a sua capacitação dos intervenientes no processo de cuidados (Ferreira et al., 2019; Kuluski et al., 2017).

Conclusão

A promoção de saúde e prevenção da doença na pessoa idosa deve envolver a utilização de estratégias promotoras de um envelhecimento ativo, participativo e saudável na sua própria casa (envelhecimento no seu local/ habitat) que favoreçam a aprendizagem e o desenvolvimento de competências favoráveis à sua saúde.

A promoção de saúde e a prevenção da doença na pessoa idosa exige competências para:

- i. Desenhar, implementar e avaliar programas de promoção para um envelhecimento ativo e saudável;
- ii. Intervir na redução do impacto da doença crónica sobre a funcionalidade e qualidade de vida;

- iii. Suportar a mudança comportamental para a adoção de estilos de vida saudáveis.

A adoção de estilos de vida saudáveis pressupõe o desenvolvimento de estratégias de intervenção que sejam promotoras da atividade física e de hábitos alimentares saudáveis, da promoção da interação social e da saúde mental, da promoção de medidas de segurança, da prevenção e autovigilância de doenças crônicas e de um regime medicamentoso ajustado às necessidades das pessoas idosas, entre outros aspectos. A estas estratégias está implícita a promoção da literária em saúde, enquadradas com políticas potenciadoras da manutenção da pessoa idosa no seu contexto familiar e social.

Referências Bibliográficas

- Andrade, T. P., Mendonça, B. P. C. K., Lima, D. C. de, Alfenas, I. do C., & Bonolo, P. de F. (2012). Projeto conviver: estímulo à convivência entre idosos do Catete, Ouro Preto, MG. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(1 suppl 1), 81–85. <https://doi.org/10.1590/s0100-55022012000200011>
- Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J.-P., Lloyd-Sherlock, P., Epping-Jordan, J. E., Peeters, G. M. E., Mahanani, W. R., Thiyagarajan, J. A., & Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet (London, England)*, 387(10033), 2145–2154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)
- Borges, L. M., & Seidl, E. M. F. (2014). Saúde autopercebida e qualidade de vida de homens participantes de intervenção psicoeducativa para idosos. *Psico-USF*, 19(3), 421–431. <https://doi.org/10.1590/1413-82712014019003005>
- Brito, K. Q. D., Menezes, T. N. & Olinda, R. A. (2016). Incapacidade funcional: condições de saúde e prática de atividade física em idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 825-832. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690502>
- Canêdo, A. C., Lopes, C. S., & Lourenço, R. A. (2018). Prevalence of and factors associated with successful aging in Brazilian older adults: Frailty in Brazilian older people Study (FIBRA RJ). *Geriatrics & Gerontology International*, 18(8), 1280–1285. <https://doi.org/10.1111/ggi.13334>
- Canhestro, A. S. (2018). Envelhecer com saúde: promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo [Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa, Repositório da Universidade de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10451/34565>
- Cardoso, T., Martins, M., & Monteiro, M. (2017). Unidade de cuidados na comunidade e promoção da saúde do idoso: um programa de intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (13), 103–114. <https://doi.org/10.12707/riv16071>
- Direcção-Geral da Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025* (p. 52). Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Ferreira, R. F., Nunes, A. C., & Canhestro, A. M. (2019). Models and Politics of Cares of the Elderly in the Home. Em J. García-Alonso & C. Fonseca (Eds.), *Gerontechnology. IWoG 2018. Communications in Computer and Information Science*, vol 1016. (pp.

- 257–268). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-16028-9_23
- Ferreira, R. F., Ribeiro, L. A., & Fonseca, C. J. (2020). Rehabilitation Nursing Program for Elderly Functional Independence. Em C. Fonseca, M. J. Lopes, D. Mendes, F. Mendes, & J. García-Alonso (Eds.), *Handbook of Research on Health Systems and Organizations for an Aging Society* (pp. 102–114). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-5225-9818-3.ch008>
- Focchesatto, A., Rockett, F. C., & Perry, I. D. S. (2015). Fatores de risco e proteção em população idosa rural do Rio Grande do Sul. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 18(4), 779–795. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14150>
- Gil, H. (2016). Educação gerontológica na contemporaneidade: a gerontagogia, as universidades de terceira idade e os nativos digitais. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 12(3). <https://doi.org/10.5335/rbceh.v12i3.6005>
- Kuluski, K., Ho, J. W., Hans, P. K., & Nelson, M. L. A. (2017). Community Care for People with Complex Care Needs: Bridging the Gap between Health and Social Care. *International Journal of Integrated Care*, 17(4), 2. <https://doi.org/10.5334/ijic.2944>
- Maia, L., Colares, T., Moraes, E., Costa, S., & Caldeira, A. (2020). Idosos robustos na atenção primária: fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido. *Revista de Saúde Pública*, 54, 35. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001735>
- Marques-Vieira, C., Amaral, T., & Pontífice-Sousa, L. (2017). Contributos para um Envelhecimento ativo. Em C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida*. (pp. 525–534). Lusodidacta.
- Marques, E., Sánchez, C., & Vicario, B. (2014). Percepção da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(1), 75–84. <https://doi.org/10.12707/riii1314>
- Martínez, M. S. (2001). Haciendo avanzar la gerontagogía. Aprendiendo de la experiencia canadiense. *Pedagogía social: revista interuniversitaria*, 6-7 segunda época. dezembro 2000-junho 2001, 243–262. https://www.researchgate.net/publication/28221576_Haciendo_avanzar_la_gerontagogia_aprendiendo_de_la_experiencia_canadiense
- Mendes, C. (2019). Promotion of functional independence institutionalized elderly. *Millenium*, 2(8), 103–111. <https://doi.org/10.29352/mill0208.09.00224>
- Organização Mundial da Saúde (2015). *Resumo Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Autor
- Oliveira, C., Felipe, S., Silva, C., Carvalho, D., Silva-Júnior, F., Figueiredo, M. do, Santos,

- A., & Gouveia, M. (2020). Vulnerabilidade clínico-funcional de idosos em um centro de convivência. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao0172>
- Quesada, M. Y., Hernández, J. C., Calero, T. M. G., González, A. I. C., Ledesma, L. P., García, P. H., & Quesada, M. A. Y. (2018). Educación terapéutica sobre diabetes a adultos mayores. *Revista Cubana de Endocrinología*, 29(3), 1–10. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532018000300010&nrm=iso
- Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 63–68. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>
- Vreugdenhil, A. (2014). 'Ageing-in-place': Frontline experiences of intergenerational family carers of people with dementia. *Health Sociology Review*, 23(1), 43–52. <https://doi.org/10.5172/hesr.2014.23.1.43>
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Active ageing : a policy framework*. Geneva: WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>

CAPÍTULO VIII

Desenvolvimento Profissional Contínuo no Contexto da Enfermagem Gerontogeriatrica

Cármem Queirós
Olga Fernandes

Introdução

Portugal é um dos países mais envelhecido do mundo, estimando-se que em 2050 ocupe a sexta posição no compêndio internacional (United Nations [UN], Department of Economic and Social Affairs, 2020). O Instituto Nacional de Estatística (INE) (2020) projeta que o índice de envelhecimento em 2080, passará dos atuais 159 idosos para os 300 idosos por cada 100 jovens. Incontestavelmente, o crescimento da população idosa em todo o mundo, trará novos desafios a toda a sociedade, incluindo as políticas sociais e da saúde (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2015).

O envelhecimento, é um fenómeno global que se traduz num aumento da longevidade das pessoas, trazendo oportunidades para o ser humano, mas há que garantir que esta longevidade não é pautada por declínios na capacidade física e mental da pessoa idosa e pelo agravamento da sua qualidade de vida e dos familiares próximos. Apesar de toda a evolução científica e tecnológica, há pouca evidência sobre a melhor saúde dos idosos de hoje comparativamente à dos seus pais com a mesma idade (OMS, 2015).

Em Portugal a esperança média de vida é superior à média dos restantes países da OCDE (Ministério da Saúde, 2018). Todavia no que diz respeito ao indicador “número de anos de vida saudáveis vividos depois dos 65 anos”, Portugal é um dos países com o registo mais baixo deste indicador. É um facto que se vivem mais anos, mas com mais comorbilidades durante os últimos anos de vida, nomeadamente com diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, obesidade e doenças oncológicas (Ministério da Saúde, 2018).

Na Europa, Portugal é, a seguir à Itália, o país com maior rácio de idosos com dependência (UN Department of Economic and Social Affairs, 2020). Estes representam um dos maiores grupos de utilizadores do sistema nacional de saúde, quer ao nível dos cuidados

hospitalares, quer ao nível dos cuidados na comunidade, pelas suas características de fragilidade e vulnerabilidade.

A fragilidade é, no envelhecimento, compreendida como um declínio progressivo, dos sistemas fisiológicos com uma conseqüente diminuição das reservas, o que confere extrema vulnerabilidade ao stresse e aumenta o risco de uma série de resultados adversos à saúde (Martin & Ranhoff, 2021). A sarcopenia processo de perda da massa muscular, um dos principais componentes da fragilidade que ocorre com o envelhecimento (Rosenberg, 2011), afeta o movimento no idoso. O músculo desempenha um papel fundamental na regulação da temperatura corporal e no metabolismo, sendo que a baixa massa muscular está associada a piores resultados em contexto de doenças agudas, provavelmente relacionado com uma reduzida reserva metabólica (Martin & Ranhoff, 2021). Para além destas circunstâncias intrínsecas ao processo de envelhecimento, num contexto de hospitalização, os cuidados prestados ao idoso são centrados nos aspetos da agudização da doença, mais do que propriamente numa avaliação compreensiva das suas necessidades efetivas (Baumbusch et al., 2016; Dahlke et al., 2019). Como consequência, o idoso fica, geralmente, exposto a situações de menor mobilidade física, confinado ao leito ou à cadeira o que contribui sobremaneira para o declínio funcional – “A pessoa entra a caminhar no hospital e depois não se consegue mais erguer” (Dahlke et al., 2019). Os estudos recomendam rever as políticas de saúde, as políticas de educação e o treino dos profissionais de saúde na área da gerontogeriatría.

Desenvolvimento Profissional Contínuo em Enfermagem Gerontogeriatría

Estima-se que no mundo existam 43,5 milhões de profissionais de saúde, dos quais 20,7 são enfermeiros (WHO, 2016). Os enfermeiros são reconhecidos como profissionais essenciais para os serviços de saúde e para o fortalecimento do mesmo, por via das suas competências profissionais ao nível básico e especializado, e considerados os profissionais de charneira, que podem contribuir para a melhoria dos resultados em saúde e do binómio custo-eficácia dos cuidados (WHO, 2016). Individualmente ou enquanto coordenadores de projetos multiprofissionais, conduzem cuidados centrados na pessoa quer para promoverem, quer para manterem a saúde e bem-estar das populações idosas dentro de uma comunidade e em linha com o envelhecimento ativo (WHO, 2016). Contudo, pareceu-nos importante refletir sobre o desenvolvimento profissional da enfermagem na área gerontogeriatría.

Um estudo realizado em Portugal, na última década, explorando o conhecimento e as atitudes dos enfermeiros face a quatro síndromes comuns nos idosos hospitalizados

(privação do sono, úlceras por pressão, incontinência urinária e restrição física da mobilidade), revelou conhecimento insuficiente e atitudes para com os comportamentos dos idosos nos cuidados, na generalidade negativos (Tavares et al., 2015). Os resultados deste estudo suportam a necessidade de os enfermeiros melhorarem o seu conhecimento sobre os cuidados aos idosos, e ainda as suas atitudes face aos idosos hospitalizados. O mesmo estudo concluiu da necessidade de se implementarem diretrizes para estes cuidados clínicos, baseadas em evidência científica.

O conhecimento da área gerontogeriatrica, o desenvolvimento de cuidados centrados na pessoa idosa e a prática colaborativa interdisciplinar foram alguns dos temas identificados em vinte e duas equipas de enfermagem, cuidadoras de idosos hospitalizados, concluindo-se necessidades de aprendizagem de respostas dos enfermeiros aos comportamentos dos idosos com alterações cognitivas, restrição química e física da mobilidade, mobilidade do idoso e incontinência, necessidades de aprendizagem identificadas pelas equipas cuidadoras de idosos hospitalizados (Baumbusch et al., 2017; Danlke et al, 2019;). Um outro estudo avaliou o conhecimento de equipas de enfermagem com várias qualificações, vários anos de exercício profissional e de estudantes de enfermagem dos últimos anos da sua formação académica, integrados nessas equipas. Os resultados concluíram a importância da formação curricular académica, mas ainda assim, da aprendizagem pela experiência. Esta última é fundamental na transferência e aplicação do conhecimento, e na reflexão em contexto clínico. O mesmo estudo analisa a mentoria por enfermeiros especializados ou a procura de um bom desenvolvimento experiencial, das suas competências clínicas. Neste realçou-se a relevância dos programas educativos na formação de enfermagem, da educação contínua, sobretudo os programas formativos desenvolvidos pelos hospitais, em contexto clínico, dando seguimento ao paradigma da formação contínua para a qualificação e melhoria da competência no contexto de trabalho (Dikken et al, 2018).

Uma outra investigação demonstra como, desconhecendo-se as síndromes geriátricas, as práticas clínicas podem prejudicar o idoso, colocando-o em risco de declínio funcional, favorecendo as complicações iatrogénicas. Por exemplo, quando um idoso se apresenta numa situação de delirium (uma emergência médica), o enfermeiro com desconhecimento da incidência deste fenómeno nos idosos, irá restringir a atividade física da pessoa, o que favorecerá eventos adversos como resposta, prolongando a sua hospitalização (Fox & Reeves, 2015).

Se os dados epidemiológicos da população demonstram um anual e progressivo crescimento do envelhecimento populacional, e se os sistemas de saúde cuidam dos idosos, justifica-se, a necessidade de desenvolver cuidados, de qualidade e de alto impacto nos doentes idosos e nos seus outcomes. Projetando esta ideia para a formação dos

enfermeiros, verifica-se uma absoluta necessidade de incluir nos currícula a formação gerontogeriátrica, quer para a formação do 1º ciclo (Tavares et al., 2021), quer para a de segundo ciclo. O desenvolvimento profissional ao nível da formação, tem um impacto positivo nos cuidados diretos aos doentes; nos profissionais e na própria instituição constitui um dever e uma responsabilidade profissional. Investigadores demonstraram um impacto positivo na qualidade, tomada de decisão e quantidade de trabalho, ao nível das equipas, nomeadamente das equipas de enfermagem, relacionado com as políticas de desenvolvimento, satisfação e formação contínua dos seus profissionais (Bogaert et al., 2018).

Em Portugal, o desenvolvimento profissional regula-se pela certificação de um perfil de competências, do enfermeiro de cuidados gerais, ao especializado. A Ordem dos Enfermeiros, órgão regulador da profissão, considera que deve ser o enfermeiro que deve contribuir para a sua valorização profissional, desenvolvendo-se profissionalmente através da formação e certificação das suas competências regulamentadas. No particular, a promoção da sua formação contínua, consigna a ideia de que o enfermeiro deve adotar uma atitude proactiva procurando o seu desenvolvimento profissional, adotando uma postura reflexiva sobre a sua prática de cuidados, identificando as necessidades de formação contínua, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados e do seu próprio desenvolvimento profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A formação contínua é um processo recomendado internacionalmente pelas associações profissionais, um percurso de aprendizagem ao longo da vida, para mediar as lacunas do conhecimento deixadas pela formação académica e naturalmente pela necessidade de obtenção de conhecimento novo, gerado pelo desenvolvimento científico e tecnológico progressivo e constante no contexto e especificidade dos cuidados (Dewing & Dijk, 2016; Vázquez-Calatayud et al., 2021). Os processos identificados na evidência, característicos da formação contínua, apontam desde logo para os programas académicos seguindo-se programas de formação para melhorar as atitudes dos enfermeiros relativamente aos comportamentos dos idosos (Courtney et al., 2000); programas para melhorar a eficácia dos cuidados, a qualidade, a segurança, ajudando os idosos a obter os outcomes mais adequados (Baumbusch et al., 2017). A formação contínua possibilita o empowerment do enfermeiro, a construção e robustez da sua autonomia profissional, permitindo-lhe pensar a sua própria formação através de experiências de aprendizagem planeadas, que podem ser divulgadas de forma diversa através de seminários, workshops e conferências (Eslamian et al., 2015).

O estudo de Vázquez-Calatayud et al. (2021) conclui alguns aspetos sobre o desenvolvimento profissional, considerados por esta autora como desenvolvimento profissional contínuo. Os resultados tendo em conta as necessidades expressas dos

enfermeiros participantes, foram categorizados em três grupos - relevância da formação contínua para os enfermeiros, a motivação para a formação contínua e as necessidades que levam à participação dos enfermeiros nos programas de formação continua. Sobre a relevância da formação contínua, os resultados deste estudo, concluem a vantagem da formação continua para o desenvolvimento do conhecimento e de capacidades, maior satisfação profissional, desenvolvimento dos cuidados e maior segurança da pessoa. Contudo assinalam constrangimentos como as políticas institucionais sobre formação contínua e o custo da formação. Quem paga o curso e a forma como o serviço clínico gere os recursos humanos para dispensar o profissional para a formação é um dos fatores que pode influenciar a adesão ou não, aos programas de formação continua. Para além das questões colocadas por Vázquez-Calatayud et al. (2021) outro dos desafios que se coloca à formação contínua pode estar relacionado com o próprio enfermeiro, como o cansaço decorrente da sua atividade profissional e/ou vida pessoal. Por outra perspectiva também podem surgir barreiras relacionadas com os formadores, em que estes utilizam estratégias demasiado expositivas ou quando não se verifica feedback positivo e construtivo na continuidade da formação, ou se denota a falta de domínio dos formadores na área específica (Eslamian et al., 2015).

Em Portugal, é esperado que os enfermeiros especialistas dinamizem e desenvolvam iniciativas estratégicas e práticas de qualidade, que garantam um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.o 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019). E que para além disso, sustentem a sua prática clínica em evidência científica, façam a gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde, visando a garantia da qualidade de cuidados (Regulamento n.o 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019). Nesta linha os enfermeiros especialistas poderiam assumir um papel pivot, quer na “educação” por pares, como na “comunicação dentro da equipa”, “avaliação das necessidades do idoso e forma de as resolver” (Dahlke et al., 2019). Todavia, no contexto nacional não se identificam modelos de cuidados geriátricos, ou mesmo programas de formação que promovam a formação contínua dos enfermeiros (Tavares et al., 2015). O programa NICHE (Nurses Improving Care for Healthsystem Elders), com início em 1992, é um programa de educação e consultadoria de enfermagem geronogerátrica, desenhado para melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos idosos (Capezuti et al., 2012). As organizações de saúde que desenvolvam este programa têm acesso a educação e recursos clínicos baseada na evidência, assim como a orientações clínicas e modelos de cuidados desenhados para melhorar o conhecimento, as habilidades e as competências dos enfermeiros, para prestar cuidados centrados no idoso (Nurses Improving Care for Health System Elders, 2021).

Em virtude dos factos apresentados, é indiscutível a relevância da certificação de competências dos enfermeiros, na área gerontogerátrica, para a garantia da segurança

e da qualidade dos cuidados prestados aos idosos. O processo de certificação de competências, de acordo com o modelo de desenvolvimento profissional, registado pela Ordem dos Enfermeiros, em que as mesmas se desenvolvem em contextos clínicos acreditados, e onde a formação contínua surge como processo de desenvolvimento de conhecimentos, capacidades, habilidades e atitudes conduzirá/potenciará um maior investimento numa área tão iminente e urgente como a enfermagem gerontogeriatrica.

É expectável que o enfermeiro desenvolva autonomia, seja responsável e honesto no desenvolvimento da sua formação contínua, apesar de todos os desafios que se colocam à mesma. Nestes processos formativos podem ser elegíveis os meios de comunicação à distância, nomeadamente plataformas que permitam aceder a conteúdos, discuti-los com especialistas no domínio da gerontogeriatrica, ou ainda cursos online (Fulmer, 2020). Ferramentas educacionais do tipo vídeos, que promovem a resolução de problemas podem ser também de extrema utilidade, na medida em que possibilitam o treino da tomada de decisão em ambientes realistas, onde não há riscos para os idosos, como no estudo desenvolvido por Habes et al. (2020).

Não obstante a relevância da autonomia dos enfermeiros na sua formação contínua esta deve ser promovida, também, pelos enfermeiros gestores, investigadores, docentes e associações da sociedade civil (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Conclusão

Pelos resultados dos estudos já citados, percebe-se o escasso investimento que os enfermeiros em Portugal e no mundo têm realizado relativamente ao seu desenvolvimento profissional nesta área dos cuidados. As políticas educativas devem investir na formação de base, na especialização, eventualmente na competência acrescida e no desenvolvimento e aprimoramento das competências clínicas. Dahlke et al.(2019) refere que há interesse dos enfermeiros em aprender mais sobre esta área. Contudo apesar da necessidade evidente da formação específica, verifica-se pouco investimento na formação de base, na formação contínua e no treino de competências gerontogeriatricas (Garbrah et al., 2017; Tavares et al., 2015, 2021). De qualquer das formas, as políticas institucionais e a gestão das instituições e dos serviços têm um papel preponderante no desenvolvimento educacional dos seus profissionais, por exemplo através do recurso à tecnologia (Habes et al.,2020).

Deste modo, é esclarecedor o investimento ainda a fazer no desenvolvimento profissional contínuo da enfermagem gerontogeriatrica no país.

Pontos-Chave

- O desenvolvimento profissional é impactante para o conhecimento, motivação, satisfação profissional e prestígio dos enfermeiros e da instituição de saúde.
- A formação contínua constitui um dever e uma responsabilidade profissional.
- A formação contínua é um processo de aprendizagem ao longo da vida, para mediar as lacunas do conhecimento deixadas pela formação académica e naturalmente pela necessidade de ir adquirindo conhecimento novo, gerado pela investigação científica e tecnológica no contexto de cuidados.
- O desconhecimento das síndromes geriátricas conduz a práticas clínicas, dissociadas da realidade que podem prejudicar o idoso, colocando-o em risco de declínio funcional e favorecendo as complicações iatrogénicas.
- As estratégias que podem ser adotadas para acesso a especialistas na área gerontogeriatrica, podem ser, por exemplo, o uso de meios de comunicação à distância, nomeadamente plataformas que permitam aceder a conteúdos, e sua discussão com os especialistas ou ainda cursos online.
- Os enfermeiros com competência na área gerontogeriatrica podem assumir um papel pivot, quer na “educação” por pares, quer na comunicação dentro da equipa sobre as necessidades do idoso e melhor forma de as atender.

Referências Bibliográficas

- Baumbusch, J., Leblanc, M. E., Shaw, M., & Kjørven, M. (2016). Factors influencing nurses' readiness to care for hospitalised older people. *International Journal of Older People Nursing*, 11(2), 149-159. <https://doi.org/10.1111/opn.12109>
- Baumbusch, J., Shaw, M., Leblanc, M. E., Kjørven, M., Kwon, J. Y., Blackburn, L., Lawrie, B., Shamatutu, M., & Wolff, A. C. (2017). Workplace continuing education for nurses caring for hospitalised older people. *International Journal of Older People Nursing*, 12(4). <https://doi.org/10.1111/opn.12161>
- Bogaert, P. V., Heusden, D. V., Sloomans, S., Roosen, I., Aken, P. V., Hans, G. H., & Franck, E. (2018). Staff empowerment and engagement in a magnet® recognized and joint commission international accredited academic centre in Belgium: a cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, 18(1), 756. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3562-3>
- Capezuti, E., Boltz, M., Cline, D., Dickson, V. V., Rosenberg, M. C., Wagner, L., Shuluk, J., & Nigolian, C. (2012). Nurses Improving Care for Healthsystem Elders - a model for optimising the geriatric nursing practice environment. *Journal of Clinical Nursing*, 21(21-22), 3117-3125. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04259.x>
- Courtney, M., Tong, S., & Walsh, A. (2000). Acute-care nurses' attitudes towards older patients: a literature review. *International Journal of Nursing Practice*, 6(2), 62-69. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.2000.00192.x>
- Dahlke, S., Hunter, K. F., Negrin, K., Reshef Kalogirou, M., Fox, M., & Wagg, A. (2019). The educational needs of nursing staff when working with hospitalised older people. *Journal of Clinical Nursing*, 28(1-2), 221-234. <https://doi.org/10.1111/jocn.14631>
- Dikken, J., Bakker, A., Hoogerduijn, J. G., & Schuurmans, M. J. (2018). Comparisons of Knowledge of Dutch Nursing Students and Hospital Nurses on Aging. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 49(2), 84-90. <https://doi.org/10.3928/00220124-20180116-08>
- de Almeida Tavares, J. P., da Silva, A. L., Sá-Couto, P., Boltz, M., & Capezuti, E. (2015). Portuguese nurses' knowledge of and attitudes toward hospitalized older adults. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 51-61. <https://doi.org/10.1111/scs.12124>
- Dewing, J., & Dijk, S. (2016). What is the current state of care for older people with dementia in general hospitals? A literature review. *Dementia (London)*, 15(1), 106-124. <https://doi.org/10.1177/1471301213520172>

- Eslamian, J., Moeini, M., & Soleimani, M. (2015). Challenges in nursing continuing education: A qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 20(3), 378-386.
- Fox, A., & Reeves, S. (2015). Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. *J Interprof Care*, 29(2), 113-118. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.954284>
- Garbrah, W., Välimäki, T., Palovaara, M., & Kankkunen, P. (2017). Nursing curriculums may hinder a career in gerontological nursing: An integrative review. *International Journal of Older People Nursing*, 12(3). <https://doi.org/10.1111/opn.12152>
- Habes, E. V., Jepma, P., Parlevliet, J. L., Bakker, A., & Buurman, B. M. (2020). Video-based tools to enhance nurses' geriatric knowledge: A development and pilot study. *Nurse Education Today*, 90, 104425. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104425>
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). Projeções de População Residente 2018-2080 https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Martin, F. C., & Ranhoff, A. H. (2021). Frailty and Sarcopenia. In P. Falaschi & D. Marsh (Eds.), *Orthogeriatrics: The Management of Older Patients with Fragility Fractures* (pp. 53-65). Springer, Cham. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-030-48126-1>
- Ministério da Saúde. (2018). Retrato da Saúde. Portugal.
- Nurses Improving Care for Health System Elders. (2021). Nurses Improving Care for Health System Elders. <https://nicheprogram.org>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). II Curso da AEPOT. Retrieved 04 março from <https://www.ordemenfermeiros.pt/norte/noticias/conteudos/ii-curso-da-aepot/>
- Rosenberg, I. H. (2011). Sarcopenia: origins and clinical relevance. *Clinics in Geriatric Medicine*, 27(3), 337-339. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2011.03.003>
- Tavares, J., de Lurdes Almeida, M., Duarte, S. F. C., & Apóstolo, J. (2021). Older adult care in nursing education: How have curricula been developed? *Nurse Education in Practice*, 50, 102947. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102947>
- United Nations. (2020). World Population Ageing 2019 <https://www.un.org/development/>

desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_worldpopulationageing_report.pdf

Vázquez-Calatayud, M., Errasti-Ibarrondo, B., & Choperena, A. (2021). Nurses' continuing professional development: A systematic literature review. *Nurse Education in Practice*, 50, 102963. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102963>

World Health Organization. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Suíça, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (2016). *Global strategic direction for strengthening nursing and midwifery 2016-2020*. Geneve. https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/global-strategic-midwifery2016-2020.pdf?ua=1

CAPÍTULO IX

Políticas Associadas ao Envelhecimento

Cristina Lavareda Baixinho

Luís Sousa

Tiago Nascimento

Rogério Ferreira

Introdução

O relatório conjunto «A Good Life in Old Age» da Organização da Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e da Comissão Europeia (CE), divulgado em junho de 2013, explicita que o número de pessoas com mais de 80 anos representava 3,9% da população nos países da organização e vai aumentar para os 10% em 2050, e que nos 27 Estados da União Europeia (UE) era de 4,7% e que será de 11,3% em 2050.

Esta transição demográfica configura uma alteração clara nos problemas de saúde pública, nos desafios sociais, económicos e políticos. Em termos de saúde a emergência de novos perfis etiológicos de morbilidade e mortalidade, é um claro desafio não só para a prestação de cuidados de enfermagem, mas também para a organização da oferta de cuidados de saúde e mudança de paradigma no âmbito da promoção da independência e autonomia da pessoa idosa. Apesar do envelhecimento humano ser um processo gradual, irreversível e incontrolável de declínio das funções fisiológicas, que não resulta, necessariamente, em incapacidade, à medida que envelhecemos aumenta o risco de acidente, doença e incapacidade. As previsões apontam para que entre um quarto e metade desta população precise de ajuda diária (OCDE/CE, 2013).

O tema envelhecimento tem sido uma área de interesse, produtiva nas últimas três décadas, para as políticas sociais e de saúde. O resultado dessa produtividade mede-se não só pelo elevado número de legislação, mas igualmente pelas recomendações, guias orientadores de boas práticas e debates públicos sobre este problema, entre outras iniciativas.

Não podemos deixar de observar que no discurso escrito e oral há uma tendência para uma visão estereotipada, da pessoa idosa, como um grupo homogéneo, quando não o

são. São um grupo diversificado, com idades diferentes, com uma experiência única de envelhecimento e, por isso, a abordagem na elaboração e políticas também deve ser adequada a essa diversidade. Acresce-nos mencionar que muitos dos documentos produzidos e debates realizados não envolvem este grupo populacional, enviesando a abordagem centrada no cidadão idoso.

Por outro lado, corroboramos a visão de que não sendo o aumento da esperança média de vida propriamente uma novidade, a sociedade e os governos lutam por conseguir cuidados de qualidade a quem tem uma redução das capacidades funcionais e cognitivas (OCDE/CE, 2013), e que ainda estão longe de suprir todas as necessidades numa população mais vulnerável e com baixa literacia em saúde.

Face ao exposto é objetivo deste capítulo discutir as políticas de envelhecimento, o contributo os indicadores dos cuidados de enfermagem para as mesmas e debater a participação dos enfermeiros na elaboração e consecução de políticas locais na comunidade, no exercício das suas funções clínicas, e de políticas globais de saúde e sociais de apoio às pessoas idosas, família e/ou cuidador informal, a partir das instituições que representam o grupo profissional.

Políticas Internacionais para o Envelhecimento

A Organização Mundial de Saúde (OMS), a OCDE e a CE tem contribuído para o planeamento de estratégias de envelhecimento ativo fazendo uma articulação multinível e multisectorial, com base num processo de responsabilidade individual e coletiva que implica atividades produtivas, a nível económicas, sociais, tendo em conta o bem-estar físico e mental (José & Teixeira, 2014). O envelhecimento ativo tem sido perspetivado como um objetivo e como um conceito político, uma vez que abrange, no mesmo espaço semântico, o envelhecimento saudável, bem-sucedido e produtivo. Apesar das políticas de “envelhecimento ativo” estarem presentes nas orientações da CE, não são sinónimo de que estas políticas pensadas e delineadas estejam a ser postas em prática, isto é, se se considerar o intervalo de tempo entre a formulação e implementação dessas políticas e vasto campo de ação que guia o envelhecimento, assim como as questões referentes às políticas de emprego (Fernandes et al., 2020).

Numa revisão bibliométrica, as perceções mais comuns de envelhecimento ativo encontradas nos estudos são a manutenção da saúde física e do funcionamento corporal, atividades de lazer, contatos sociais, saúde mental, o ato de trabalhar, capacidade funcional, independência, mobilidade, suporte ambiental e capacidade de realizar atividades básicas e instrumentais de vida diária de forma independente. Foram

ainda referidos cuidados relacionados com alimentação saudável, com evicção de álcool, tabaco e automedicação. Estes determinantes refletem assim a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas idosas (Tomasi et al., 2021).

As variáveis com maior evidência de associação com envelhecimento bem-sucedido são idade, doenças articulares, audição, atividades de vida diária e tabagismo (Canedo & Lourenço, 2017).

Outro paradigma emergente nas políticas de envelhecimento é o *aging in place* que se centra essencialmente na compreensão das alterações ao longo do envelhecimento, tendo em consideração o meio em que a pessoa está inserida. Esta perspetiva permite obter uma compreensão de mudanças que ocorrem no envelhecimento, considerando o ambiente envolvente, privilegiando a manutenção da pessoa quer em sua própria habitação, quer noutras situações estruturadas na comunidade (Bárrios et al., 2020).

Neste contexto, surge um novo conceito, o Deslocamento Residencial Evitável (DRE) que pode ser definido como a prestação de cuidados que possibilita os idosos optem por permanecer em suas casas o maior tempo possível, quando isso for do seu interesse. O DRE oferece uma estrutura abrangente e holística para prestar cuidados de saúde e sociais como um único sistema, examinando as relações entre os diferentes ambientes de cuidados. Combina as preferências individuais e as organizações do sistema de saúde, tendo em consideração modelos centrados na pessoa de cuidados geriátricos, cuidado integrado, envelhecimento no lugar e continuidade do cuidado de modo a promover os seguintes resultados em saúde:

- (Re) admissões em hospitais que poderiam ser razoavelmente evitadas.
- Internamentos hospitalares desnecessariamente longas, devido à alta tardia.
- Admissões desnecessárias em lares de idosos (Lloyd-Sherlock et al., 2020).

As Políticas Nacionais para o Envelhecimento dos Portugueses

O aumento do número de idosos tem colocado vários desafios às políticas públicas em a vários níveis (Fernandes et al., 2020).

Além disso, o Memorando da Troika (2011-2015), interferiu substancialmente nas políticas de saúde em Portugal com impacto na agenda política, empresarial e organizacional reorientando-a para princípios de privatização, desregulação e subfinanciamento dos serviços públicos pelo Estado. Neste sentido, as repercussões da crise financeira e das políticas de austeridade criaram uma extensa tendência de subfinanciamento e

privatização que caracteriza os países do Sul da Europa (Marques & Macedo, 2018).

Em Portugal, o setor da saúde é confrontado com tensões e desafios, nomeadamente, a emergência de novos padrões de cuidados relacionados com condições crónicas do envelhecimento das pessoas (Marques & Macedo, 2018), que se expressa pela perda progressiva de funcionalidade tanto física como cognitiva, e que se traduzem por limitações e incapacidade que podem resultando em situações de dependência. Assim, quando o prolongamento da vida não acompanha a qualidade de vida, as pessoas vêem-se perante situações que as leva a recorrer a cuidados e serviços para satisfazer as necessidades expressas. Tendo em consideração que a família assume frequentemente o papel de cuidador principal, levando a que o envelhecimento demográfico esteja associado à própria estrutura e funcionamento das famílias em Portugal. Porém, tem-se verificado uma diminuição da capacidade das respostas ao nível da família, implicando um aumento da procura por serviços formais, com consequente aumento do número de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e de Serviços de Apoio Domiciliário (SAD), assim como da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (Bárrios, et al., 2020).

Contudo, as orientações internacionais e nacionais estão alicerçadas na promoção de um envelhecimento mais ativo e na concepção dos meios necessários para que os decisores e demais atores relevantes intervirem de modo articulado na implementação de políticas locais neste âmbito (Fernandes et al., 2020).

Nas últimas décadas têm emergido paradigmas cada vez mais positivos dirigidos às políticas públicas e à sociedade em geral, com vista à alteração da forma como pessoas mais velhas são encaradas assim como o seu processo de envelhecimento. O conceito de *aging in place* está ancorado em orientações mais positivas, que ressignificam o envelhecimento das pessoas. Nesta perspectiva, devem ser criadas as condições para que a pessoa idosa se mantenha a viver em casa e na comunidade, de modo seguro e independente, à medida que o processo de envelhecimento acontece. Assim, todos os esforços devem objetivar a permanência da pessoa idosa no seu *habitat* o maior tempo possível, mesmo que apresente alguma doença ou declínio, seja a nível funcional ou cognitivo. Neste sentido, este paradigma perspectiva a casa e a comunidade envolvente como locais mais adequados para que o envelhecimento ocorra (Bárrios et al., 2020).

Todavia, têm de se considerar o contexto português quando se planeiam políticas neste âmbito, dado que as pessoas são confrontadas com alguns desafios e questões determinantes que podem por em causa a implimentações do *aging in place* nomeadamente, a qualidade das habitações das pessoas que envelhecem, no que se refere ao isolamento, aquecimento/arrefecimento, dimensão assim como, design/ acessibilidades (Bárrios et al., 2020).

Apesar dos esforços na valorização desta política de envelhecimento no habitat da pessoa idosa, não se deve menosprezar a necessidade de aceder a instituições de saúde e do setor social sempre que se considere necessário, especialmente quando se está perante situações de fragilidade e doença grave, caracterizadas por necessidade de cuidados de saúde, ou em contextos em que a habitação não está ajustada às limitações da funcionalidade. Todavia, e mesmo nestas situações, as pessoas colocam essa possibilidade como último recurso, priorizando os familiares, frequentemente os filhos, assim como a procura deserviços de cuidados informais para apoiar na satisfação das necessidades de vida diária (Bárrios et al., 2020).

Em suma, no atual contexto, pretente-se a conceção e implementação de políticas de envelhecimento ativo, de forma a melhorar o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa idosa, criando as condições para a manter no seu habitat, ou seja, no seu contexto familiar e comunitário, de modo a diminuir os internamentos hospitalares ou ERPI ou a procura de outras instituições intergradadas na RNCCI.

Influências das Políticas de Envelhecimento no Cuidado de Enfermagem

As políticas devem enquadrar aquelas que são as necessidades de uma população. Quando se perspetivam políticas, pensamos nas várias dimensões de intervenção, especialmente aos 5 níveis: primordial (promoção da saúde), primária, secundária, terciária e quaternária (prevenção do sofrimento/iatrogenia/excesso de medicalização) (Terra et al., 2018). A intervenção dos enfermeiros é aqui transversal e a política de saúde deve assim ser orientada para que os Enfermeiros coloquem ao serviço do cidadão todas as suas competências. Este envelhecimento não se aplica apenas aos cidadãos com mais de 65 anos, mas começa muito antes, na garantia de uma adequada promoção de saúde e efetivo acompanhamento do projeto de saúde do utente, família e comunidade em que este está inserido.

É assim inegável que hoje a meta passa por ter um envelhecimento com qualidade, não obstante o aumento da esperança média de vida e as comorbilidades associadas. Idealmente este envelhecimento passaria pela manutenção da pessoa idosa na sua comunidade com o apoio necessário até, expetavelmente, à sua morte. Efetivamente não é este o paradigma em que vivemos hoje: estamos perante uma política hospitalocêntrica, que reduz a intervenção comunitária redirecionando os recursos para o contexto hospitalar, esvaziando o potencial existente em garantir um melhor aproveitamento dos recursos (OCDE/CE, 2013; Tomasi et al., 2021).

O Conselho Internacional de Enfermeiros (2020) defende que as mudanças

epidemiológicas e sociais globais atuais - particularmente doenças não transmissíveis, saúde mental e problemas associados ao envelhecimento – irão potencialmente responder bem às intervenções de Enfermagem. Assim, elencamos duas políticas de saúde de discussão atual que influenciam/irão influenciar os cuidados de Enfermagem e cuja participação dos Enfermeiros deve ser técnica, mas também ela cívica, contribuindo para o ajuste e implementação destas políticas:

1. Estatuto do Cuidador Informal

A aprovação, em 2020, (Diário da República, 2019) do Estatuto do Cuidador Informal vem trazer uma nova resposta para as necessidades dos utentes com elevada dependência e residentes no domicílio. O reconhecimento dos cuidadores traz aqui uma significativa mudança neste paradigma, garantindo que há um maior acompanhamento e apoio por parte destes. Simultaneamente coloca-se um grande desafio e que passa pela necessidade que estes cuidadores têm de, para prestarem cuidados de qualidade, terem a formação mais adequada possível para garantir a qualidade na sua abordagem ao longo do envelhecimento. Aqui, os Enfermeiros desempenham um papel fundamental trabalhando questões estruturantes como a capacitação dos cuidadores, a promoção do empoderamento e a facilitação da transição segura entre os vários níveis de cuidados. O empoderamento é “um processo através do qual as pessoas e as comunidades adquirem controlo, cada vez maior, sobre as decisões que afetam a sua saúde” (OMS, 2009, para. 1). O modelo de empoderamento surgiu com a Carta de Ottawa, na 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde em 1986, definindo-se como a capacidade do cidadão intervir no sentido de obter mais saúde. Inclui a promoção da saúde como um processo pelo qual o cliente é capacitado para ter maior controlo sobre o seu estado de saúde, conseguindo, para o efeito, mobilizar diversos recursos (Grady, 2011).

Ora, ao garantir este empoderamento, o enfermeiro está a garantir simultaneamente esta capacitação do cuidador (reduzindo o risco de sobrecarga do cuidador), sendo que a capacitação da pessoa e do cuidador centra-se na realização das atividades da vida diárias, na identificação de barreiras arquitetónicas e nas propostas de eliminação das mesmas, na manutenção de um ambiente seguro e na monitorização da condição da pessoa com limitações. As intervenções dos enfermeiros “contribuem para uma melhor efetividade na capacitação da pessoa/cuidador informal no processo de autogestão da doença, com melhoria da autonomia da pessoa e consequentes ganhos em saúde” (Martins & Santos, 2020, p. 118).

Também é importante a abordagem da doença e as suas fases, necessidades do cuidador, entre outros, com recurso à discussão dos temas e pelas técnicas de resolução

de problemas (Sousa et al., 2016).

Desta forma, o cuidado de enfermagem subsidia o completo potencial e bem-estar do cliente, pelo que “o encontro entre o cuidador e a pessoa que precisa de cuidados é, portanto, fundamental” (Andersson et al., 2015, p. 378)

2. Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

O ideal seria que, quando já não existisse capacidade para o Cuidador formal ou informal, em prestar cuidados em contexto domiciliário, ocorresse a transição para uma estrutura que conseguisse garantir a continuidade de cuidados de forma segura e com acompanhamento permanente. Neste contexto, infelizmente as ERPI afiguram-se muitas vezes como a primeira resposta ao envelhecimento e incapacidade das famílias/cuidadores em prestarem cuidados. O enquadramento destas ERPI está sustentado na Portaria nº 67/2012 de março (Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2012), o que, tendo em conta a mudança na sociodemografia portuguesa, se reveste de extrema e urgente importância a sua revisão.

Esta legislação enquadra de forma muito parca a intervenção dos Enfermeiros nestas estruturas, não garantindo a sua permanência em todos os momentos nem definindo responsabilidades acrescidas. Desta forma ainda existe assim um enorme hiato entre o contexto de saída da comunidade para estas estruturas e efetiva continuidade de cuidados. Urge repensar o atual modelo que, tendo em conta as características da população, se configura um modelo com cada vez mais impacto na dimensão saúde, complementado com a dimensão social inerente.

Importa assim que os Enfermeiros no âmbito das suas competências, trabalhem de forma cada vez mais sustentada, e com tradução académica, a sua intervenção neste tipo de estruturas. A Ordem dos Enfermeiros (OE) emanou ao longo dos últimos anos pareceres que complementam o previsto nos documentos enquadramentos da profissão e que sustentam a intervenção neste contexto cada vez mais diferenciado.

Para dar resposta a estas políticas, é importante monitorizar de forma sistemática estes cuidados e estas intervenções por parte dos enfermeiros, garantindo uma relação direta entre o investimento decorrente da alteração da política, isto é, mais enfermeiros na prestação de cuidados, garantia das dotações seguras, e os resultados em saúde, traduzidos na melhoria da qualidade de vida e do envelhecimento.

Os Indicadores dos Cuidados de Enfermagem que Devem Influenciar as Políticas

Para avaliarmos a qualidade, necessitamos que esta seja mensurável, ou seja, que a consigamos medir. As políticas em saúde atualmente são financiadas numa vertente maioritariamente médica e de produção, não considerando os cuidados prestados pelos enfermeiros na obtenção dos ganhos em saúde para a população, cuidados que se tornam assim “invisíveis” na sua perspetiva de tradução económica.

Naqueles que são os documentos estruturantes da profissão, o regulamento de competências do enfermeiro de cuidados gerais, define, no capítulo C.2 – Melhoria da qualidade, ponto 89, que o enfermeiro “utiliza indicadores válidos na avaliação da qualidade da prática de enfermagem” tal como o ponto 90 em que o enfermeiro também “participa em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade” (OE, 2004).

Os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem definem-se como as evoluções positivas ou modificações operadas no estado dos diagnósticos de enfermagem, após as intervenções (OE, 2004), logo, a mensurabilidade desse ganho é traduzida através de um indicador.

Considerando a existência de indicadores associados ao envelhecimento, na Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (Grupo de Trabalho Interministerial, 2017), foram definidos a nível Europeu indicadores macro nos quais Portugal se insere e se posiciona: Envelhecimento Ativo Global, Capacidade para o Envelhecimento, Participação Social, Vida Independente e Emprego; e nos quais Portugal está mal posicionado, ocupando posições no fundo da lista. Neste documento são definidos 4 eixos estratégicos: saúde, participação, segurança e medição, monitorização e investigação. Nestes eixos é perceptível a intervenção do enfermeiro em cada um deles, o que dá resposta aos desafios já anteriormente elencados e com recurso a ações que contêm no final esta medição e esta monitorização.

De acordo com o perspetivado, e de forma a garantir que temos indicadores que são sensíveis à intervenção autónoma do Enfermeiro, vários autores (Brand et al., 2011; Commission into Aged Care Quality, 2020; Joling et al., 2018) elencam indicadores como de maior prevalência para a influência nas práticas e, consequentemente, políticas de saúde:

- Limitações nas Atividades de Vida Diárias;
- Encaminhamento para um nível de cuidados de saúde mais complexo;

- Alterações cognitivas;
- Perda de peso;
- Quedas;
- Lesões por Pressão;
- (Re)admissões hospitalares;
- Dor;
- Incontinência.

Como é assim visível, os indicadores elencados dão resposta aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), permitindo elaborar indicadores de estrutura, processo e resultado, sustentados nas intervenções autónomas do Enfermeiro (Nascimento et al, 2021). Serão estes cuidados, e a qualidade dos mesmos, que permitirão influenciar as políticas de saúde. A responsabilidade é também ela transversal aos Enfermeiros, de Cuidados Gerais e nos vários âmbitos da Especialização inerente a cada uma das áreas.

Do Cuidado de Enfermagem à Influência das Políticas de Envelhecimento

A saúde e segurança das pessoas idosas é um problema social, económico e político que deve ser motivo de preocupação para a sociedade, pelas consequências individuais, económicas com os gastos em saúde e sociais pelo isolamento em que vivem muitos idosos face à incapacidade, doença ou no resultado de um acidente (Baixinho & Dixe, 2014).

O relatório “*A Good Life in Old Age*” (OCDE/CE, 2013), já mencionado anteriormente, considera que são necessárias reformas para melhorar os serviços de cuidados de apoio aos idosos fragilizados e para os proteger contra níveis de cuidados insuficientes. A pessoa idosa experiencia situações de transição, que quanto à sua natureza podem ser de desenvolvimento, situacionais, saúde-doença ou organizacionais. Nesta instabilidade transicional o objetivo da intervenção de enfermagem é cuidar, promovendo/criando condições para uma transição saudável, o enfermeiro interage com o ser humano em torno de uma intenção que conduz a ação para promover, restaurar ou facilitar a saúde (Meleis, 2012).

É consensual na profissão que temos um papel crucial na identificação de situações de risco bem como na análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados (OE, 2006). No entanto, a proposta de intervenções a um nível mais macro das políticas de saúde continua ‘vedada’ aos enfermeiros.

As políticas de envelhecimento devem partir das necessidades da pessoa idosa, com o seu envolvimento, desde a definição à avaliação, mas numa perspetiva colaborativa e construtiva de uma sociedade que beneficia com a pluralidade de conhecimento e intervenção multidisciplinar. Os enfermeiros têm uma área específica de atuação e um saber específico que pode beneficiar as políticas e aproximá-las das necessidades concretas de pessoas idosas e dos seus cuidadores.

O conceito de influência das políticas dos enfermeiros pode ser definido como a capacidade dos enfermeiros para ter um efeito sobre as decisões e assuntos relacionados aos cuidados de saúde usando o poder, a advocacia e a competência política, que é adquirida pela consciência de cidadão político, comunicação eficaz, trabalho em equipa e fortalecimento da imagem (Arabi et al., 2014; Wichaikhum et al., 2020). A ação política configura-se, portanto, na capacidade de emitir juízo próprio que responda às necessidades do cenário social, o que representa perspetiva de valor, atuação e posicionamento profissional (Melo et al., 2017).

Este envolvimento da enfermagem nas políticas que afetam a profissão e a sua prática é fundamental para o estabelecimento de boas políticas públicas (Wichaikhum et al., 2020). Tanto a um nível mais macro de definição de políticas de saúde, como a um nível mais micro da prestação direta de cuidados ao idoso, os enfermeiros são dos profissionais mais qualificados e bem posicionados para a identificação e estratificação do risco e o planeamento, implementação e avaliação de programas de prevenção, intervenção e reabilitação. Por isso, o seu envolvimento na definição de políticas beneficia a melhoria dos resultados dos cuidados prestados pelos enfermeiros e, em última instância, com resultados na saúde e no envelhecimento saudável (Arabi et al., 2014; Wichaikhum et al., 2020), ativo e que seja realizado no seu contexto familiar e social.

No seguimento do exposto, Arabi et al. (2014) observam que os sistemas de saúde estão em mudança rápida e os enfermeiros, como parte desse sistema, devem acompanhar e contribuir para mudanças efetivas e simultaneamente influenciar a formulação de políticas de saúde e não apenas a sua implementação. Esta afirmação é um desafio a que os enfermeiros, sejam proativos no desenvolvimento de políticas de saúde para controlarem a sua prática (Arabi et al., 2014), mas também para ajustar as políticas às necessidades das pessoas idosas e dos seus cuidadores.

Internacionalmente, nos debates globais em torno das reformas das políticas e dos

sistemas de saúde, tem havido cada vez mais pedidos para que este grupo profissional se envolva ativamente nos processos de política nacional (Juma et al., 2014). Esta aliciação às políticas de saúde e envelhecimento justifica-se por duas razões: 1) os enfermeiros são a maioria da força de trabalho global de saúde, trabalhando em estreita colaboração com as pessoas idosas e os seus cuidadores e em todos os contextos (comunidade, hospital, estruturas residenciais para idosos); 2) muitas políticas do sector de saúde têm impacto na prática profissional dos enfermeiros (Juma et al., 2014).

O contributo dos enfermeiros sobre as políticas de saúde, e até para as de um âmbito social, pode ajudar a garantir ambientes seguros para as pessoas idosas, sobretudo para as mais vulneráveis e com fragilidade acrescida. A enfermagem tem um papel central na prestação de cuidados de saúde e na garantia da sua segurança. O seu envolvimento nas mudanças de políticas no sistema é uma responsabilidade e uma obrigação moral e profissional (Juma et al., 2014). Esta participação no desenvolvimento de políticas de saúde pública é essencial para promover a segurança, aumentar a qualidade do atendimento, facilitar o acesso aos recursos necessários, promover cuidados de saúde de qualidade (Arabi et al., 2014), bem como, para o desenvolvimento e manutenção de um sistema de saúde eficiente e de alta qualidade (Juma et al., 2014; Wichaikhum et al., 2020), e deve ser mediada pela capacidade de articular os diferentes saberes e atribuições, aspecto que contribui para o fortalecimento da profissão (Melo et al., 2017).

Os estudos fornecem várias estratégias que podem ser aplicadas para aumentar o envolvimento dos enfermeiros nos processos políticos. Vários autores, enfatizam a possibilidade de envolvimento político direto, assumindo posições formais de liderança no sistema de saúde, e indireto por meio de *'lobby'*, grupos de pressão sobre os decisores de políticas, por meio de organizações profissionais (Arabi et al., 2014; Kunaviktikul, 2014; Wichaikhum et al., 2020). Sob outra perspectiva os enfermeiros com responsabilidades de liderança podem identificar questões estratégicas, trabalhar com decisores organizacionais e políticos, assim como perceber quem detém o poder nas organizações de saúde e quem controla os recursos para os cuidados de saúde a fim de influenciá-los (Arabi et al., 2014). O enfermeiro é uma figura importante no espaço social, e ocupa posições estratégicas, sendo necessário explorar e conhecer os aspectos fundamentais de sua atuação política, bem como os atributos agregados à sua competência (Melo et al., 2017).

Outros observam que a estratégia é definir e construir as competências dos enfermeiros em políticas, integrando cursos de formação em enfermagem e programas próprios (Cook, 2008; Juma et al., 2014; Shariff & Potgieter, 2012; Taft & Nanna, 2008). Exemplos de programas desenvolvidos para aumentar a competência dos enfermeiros em liderança e influenciar políticas existem principalmente em países desenvolvidos (Cook, 2008; Juma et al., 2014; Shariff & Potgieter, 2012; Taft & Nanna, 2008) e têm

demonstrado que a formação influencia os enfermeiros líderes a compreenderem como as reformas políticas afetam os cuidados de saúde, o processo de formulação de políticas e os desafios que afetam os cuidados de saúde, incluindo acesso, qualidade e equidade, bem como o papel da comunicação social (Juma et al., 2014).

O descrito traduz um hiato entre o desejável e a realidade da pouca participação dos enfermeiros na tomada de decisão política, mesmo nas situações que se referem à natureza e organização do cuidado em enfermagem. Melo e colaboradores (2017) afirmam que a enfermagem tem sido reconhecida como mera expectadora de transformações sociais e políticas, pois com frequência assume uma postura acrítica e neutra, sem contributo científico, face à sociedade, o que nos mantém colado ao modelo biomédico.

Para ultrapassar a nulificação da capacidade política e a própria subordinação, Kunaviktikul (2014) defende que as instituições académicas devem educar os estudantes, na formação pré e pós-graduada, sobre a importância do envolvimento no desenvolvimento de políticas como uma arena para a demonstração de seus pensamentos, habilidades e prática. Esta sugestão é também um apelo, do autor, para que as escolas repensem, desenvolvam e usem novas estratégias de ensino-aprendizagem que possibilitem a compreensão da importância de se envolver na política como cidadão, enfermeiro ou líder, com o desenvolvimento de competências de assertividade, pensamento crítico e criativo, tomada de decisão e negociação e gestão de conflitos.

Para Kunaviktikul (2014) este papel político estende-se à *praxis* dos académicos que devem participar em comissões de políticas nas suas instituições e serem representantes de organizações profissionais e nacionais e / ou internacionais.

O papel do enfermeiro está num processo de metamorfose, com a redefinição do mesmo face às novas necessidades da sociedade. Esta metamorfose deve-se essencialmente a uma maior ênfase na promoção da saúde e prevenção da doença, como uma medida para conter custos, aumentar a qualidade de vida e diminuir a incidência de doenças crónicas e as suas complicações. Por outro lado, uma maior atenção aos problemas sociais e psicológicos expande também o foco dos cuidados e esta transformação tem de ser acompanhada de um maior envolvimento na decisão de políticas. Consciente destas alterações, a OCDE/CE (2013) alerta que a qualidade dos cuidados de longa duração é importante por 3 razões: primeiro porque os seus utilizadores exigem um maior controlo sobre as suas vidas, segundo o gasto com este tipo de serviços vai duplicar até 2051 e terceiro os governos têm a responsabilidade de proteger as pessoas vulneráveis de possíveis abusos.

No seu dia-a-dia os enfermeiros desempenham muitos papéis em simultâneo: são

educadores de saúde, colaboradores e intermediários de cuidados, delegantes e supervisores de tarefas, peritos técnicos (e a sua perícia varia em função da área de especialização), advogados das pessoas idosas/família. São explicadores e intérpretes, substitutos quando inevitável e investigadores que procuram problemas e os tentam resolver (Magnusson & Hanson, 2005). Perante esta abrangência de papéis é imperativo, independentemente da posição hierárquica ou do contexto de cuidados, que tenham conhecimentos sobre a enfermagem, políticas de saúde e sociais, e estejam envolvidos no processo.

Para atingir o almejado, Kunaviktikul (2014) advoga que tem de ocorrer uma mudança cultural dentro da profissão para enfatizar a importância da política e valorizar o papel dos enfermeiros na sua definição, implementação e avaliação. Corroborando a ideia que a mudança cultural deve começar nas instituições de ensino, onde a integração da política na prática deve ser enfatizada na sala de aula, o autor defende que nos ambientes de saúde, os profissionais devem ser incentivados a participar na definição da política organizacional, nacional e internacional.

É fundamental este apelo à mobilização política, sobretudo pela possibilidade de uma maior integração e qualidade dos cuidados à pessoa idosa. Desde Florence Nightingale que os enfermeiros têm construído a sua história enquanto educadores para a saúde das populações, quer pela formação, quer pela prática dos cuidados. Os novos desafios sociais obrigam a uma participação ativa na comunidade onde se prestam cuidados na construção de políticas locais de apoio às pessoas idosas, família e/ou cuidador informal, mas também uma influência nas políticas globais de saúde e sociais. A enfermagem, enquanto prática social, requer o posicionamento dos enfermeiros como agentes políticos, o que vai além da técnica, implica questionar e compreender o seu poder transformador na sociedade, capacidade de emitir juízo próprio e responder a inúmeras necessidades das pessoas (Melo et al., 2017).

Considerações Finais

A transição demográfica que tem ocorrido nos últimos anos originou um conjunto de políticas nacionais e internacionais sobre o envelhecimento ativo, a promoção da saúde, o controlo das doenças crónicas e a prevenção de acidentes com a população idosa. Destarte as mesmas, o risco de doença, as complicações associadas às multimorbilidade, o risco de exclusão social, a não prevenção do declínio físico e cognitivo, são indicadores que estas políticas precisam de questionamento.

O envelhecimento enquanto fenómeno biopsicossocial não é em si mesmo um problema,

faz parte do desenvolvimento humano e é a este nível que deve ser integrado, estudado e politizado.

Urge um envolvimento da população idosa na tomada de decisão sobre essas políticas e o curso da sua vida, restituindo a autonomia que tem sido perdida na visão que as políticas lhe dão de ator social e não de participante ativo.

A saúde em geral, e os enfermeiros em particular, devem promover e apoiar políticas locais de boas práticas à inclusão da pessoa idosa na comunidade, possibilitando o sucesso nas diferentes transições que podem afetar a saúde, garantindo uma prática de cuidados promotoras da independência, da autonomia e do deslocamento residencial evitável.

Pontos-Chave

- Analisar o impacto de uma sociedade envelhecida no sistema de saúde e social.
- Analisar criticamente as políticas sobre o envelhecimento.
- Implementar medidas nos serviços de saúde e sociais que suportem, apoiem e se adequem à especificidade do cuidado às pessoas idosas, famílias e/ou cuidadores informais.
- Promover a discussão e participação na comunidade sobre as políticas locais e global de saúde e sociais de apoio às pessoas idosas, família e/ou cuidador informal.

Referências Bibliográficas

- Andersson, A., Frank, C., Willman, A. M. L., Sandman, P. O., & Hansebo, G. (2015). Adverse events in nursing: A retrospective study of reports of patient and relative experiences. *International Nursing Review*, 62(3), 377–385. <https://doi.org/10.1111/inr.12192>
- Arabi, A., Rafii, F., Cheraghi, M. A., & Ghiyasvandian, S. (2014). Nurses' policy influence: A concept analysis. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 19(3), 315–322. PMID: 24949073.
- Baixinho, C.L., & Dixe, M.^aA. (2015). Quedas nas Estruturas Residenciais para Idosos: contributos dos enfermeiros para o desenho de um protocolo de gestão do risco de queda. In: Atas CIAIQ2014 - Investigação Qualitativa em Saúde; 27-32. <https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ/article/view/434/430>
- Bárrios, M. J., Marques, R., & Fernandes, A. A. (2020). Envelhecer com saúde: estratégias de aging in place de uma população portuguesa com 65 anos ou mais. *Revista de Saúde Pública*, 54, 129. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001942>.
- Brand, C. A., Martin-Khan, M., Wright, O., Jones, R. N., Morris, J. N., Travers, C. M., ... Gray, L. C. (2011). Development of quality indicators for monitoring outcomes of frail elderly hospitalised in acute care health settings: Study Protocol. *BMC Health Services Research*, 11(1), 281. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-281>
- Canedo, A. C., & Lourenco, R. A. (2017). Determinantes do envelhecimento bem-sucedido/Determinantes do envelhecimento bem-sucedido/Determinantes del envejecimiento exitoso. *Revista HUPE*, 16(1), 51-56. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/33269>
- Commission into Aged Care Quality, R. (2020). International and National Quality and Safety Indicators for Aged Care. www.dpmc.gov.au/government/commonwealth-coat-arms
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2020). International Nurses Day 2020 Nurses: A Voice to Lead - Nursing the World to Health. https://2020.icnvoicetolead.com/wp-content/uploads/2020/03/IND_Toolkit_120320.pdf
- Cook P. (2008). Influencing health policy. *Nursing New Zealand*;14(9), 22. PMID: 18959294.
- Diário da República. (2019). Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro. Diário Da República No 171/2019 — 1ª Série, 3–16. <https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>
- Fernandes, A., Santinha, G., Forte, T., & Diogo, S. (2020). Políticas locais e envelhecimento

- ativo: a realidade portuguesa à luz da percepção de diferentes atores. *Revista de Geografia e Ordenamento do Território*, (20), 79-104. <http://dx.doi.org/10.17127/got/2020.20.004>
- Grady, P. A. (2011). Advancing the health of our aging population: a lead role for nursing science. *Nursing Outlook*, 59(4), 207–209. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2011.05.017>
- Grupo de Trabalho Interministerial. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo 2017-2025*. República Portuguesa/Serviço Nacional de Saúde.
- Joling, K. J., van Eeno, L., Vetrano, D. L., Smaardijk, V. R., Declercq, A., Onder, G., ... van der Roest, H. G. (2018). Quality indicators for community care for older people: A systematic review. *PLoS ONE*, 13(1), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190298>
- José, J., & Teixeira, A. (2014). Envelhecimento ativo: contributo para uma discussão crítica. *Análise Social*, 49(210), 28–54. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aso/n210/n210a02.pdf>
- Juma, P. A., Edwards, N., & Spitzer, D. (2014). Kenyan nurses involvement in national policy development processes. *Nursing research and practice*, 2014, 236573. <https://doi.org/10.1155/2014/236573>
- Kunaviktikul W. (2014). Moving towards the greater involvement of nurses in policy development. *Internacional Nursing Review*; 61(1), 1-2. <https://doi.org/10.1111/inr.12092>
- Lloyd-Sherlock, P., Billings, J., Aredes, J. D. S., Freire Neto, J. B., Camarano, A. A., Coelho Filho, J. M., Firmo, J. O. A., Kalache, A., Macinko, J., Sempé, L. & Giacomini, K. C. (2020). O enfrentamento do desafio complexo da prestação de serviços de saúde e sociais para populações com envelhecimento rápido: a introdução do conceito de “deslocamento residencial evitável”. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(3), e00162819. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00162819>
- Magnusson, L., & Hanson, E. (2005). Supporting frail older people and their family carers living at home using Information and Communication Technology: a Swedish case study cost analysis. *Journal of Advanced Nursing*; 51(6), 645–657. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03541.x>
- Martins, R., & Santos, C. (2020). Capacitação do cuidador informal: o papel dos enfermeiros no processo de gestão da doença. *Gestão e Desenvolvimento*, (28), 117–137. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9468>
- Marques, A. P. P., & Macedo, A. P. M. D. C. (2018). Políticas de saúde do Sul da Europa e

- desregulação das relações de trabalho: um olhar sobre Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 2253-2264. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09282018>
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins.
- Melo, W.S., Oliveira, P.J.F., Monteiro, F.P.M., Santos, F.C.D., Silva, M.J.N.D., Calderon, C.J., Fonseca, L.N.A.D., & Simão, A. C. (2017). Guide of attributes of the nurse's political competence: a methodological study. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 70(3): 526-534. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0483>.
- Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2012). Portaria n.o 67/2012. Ministério Da Solidariedade e Da Segurança Social, N.o 58, 1324-1329.
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2021). The challenges of nursing information systems: a narrative review of the literature. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 505-510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>.
- OE. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Divulgar, 24. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros
- OE. (2004). *Regulamento de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2006). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- OECD/CE. (2013). *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care*. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing.
- OMS. (2009). *Health promotion Track 1: Community empowerment*. 7th Global Conference on Health Promotion: Track Themes, 3-5.
- Shariff, N., & Potgieter, E. (2012). Extent of East-African nurse leaders' participation in health policy development. *Nursing Research Practice*; 504697. <https://doi.org/10.1155/2012/504697>.
- Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Neves, P., & Lleixà-Fortuño, M. (2016). Características de um programa de capacitação para familiares cuidadores de pessoas com demência a residir no domicílio . *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. especial 3, 33-38. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0114>
- Taft, S.H., & Nanna, K.M. What are the sources of health policy that influence nursing practice? *Policy, Politics & Nursing Practice*. 2008;9(4): 274-287. <https://doi.org/10.1177/1527154408319287>
- Terra, N. L., Mahmud, I. C., & Ianiski, V. B. (2018). *Temas de geriatria e gerontologia para*

a comunidade. Porto Alegre: EdiPUCRS.

Tomasi, A. V. R., dos Santos, S. M. A., & Valcarenghi, R. V. (2021). Active aging and health Journal Nursing UFPE on line; 15, e245188. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245188>

Wichaikhum, O., Abhicharttibutra, K., Nantsupawat, A., Kowitlawakul, Y.& Kunaviktikul, W. (2020). Developing a strategic model of participation in policy development for nurses. International Nurse Review 67, 11– 18. <https://doi.org/10.1111/inr.12571>

CAPÍTULO X

Investigação em Enfermagem Gerontogeriatrica: Produção, Transferência e Implementação de Práticas Baseadas em Evidência

Isabel Gil
Rosa Silva
Adriana Coelho

Introdução

O envelhecimento da população mundial apresenta-se como uma realidade que impõe novos desafios e novas exigências para os sistemas de saúde (World Health Organization [WHO], 2015).

Decorrente deste cenário demográfico, torna-se cada vez mais relevante atender às situações relacionadas com o processo de envelhecimento nas quais é possível intervir quer preventivamente, quer após um correto diagnóstico, sendo de destacar, a este nível, a condição de fragilidade.

A fragilidade é uma síndrome que pode ser identificada pela presença de alguns critérios de um fenótipo que, de acordo com Fried et al., (2001) incluem a perda de peso não intencional; exaustão avaliada a partir do autorrelato de fadiga; baixo nível de atividade; lentidão medida pela velocidade da marcha; diminuição da força de prensão.

As pessoas que apresentam três ou mais destes critérios são consideradas frágeis, já com um ou dois destes indicadores consideram-se pré-frágeis, sendo de destacar o maior potencial de reversibilidade nas situações de pré-fragilidade (Strandberg et al., 2011).

A condição de pessoa frágil pode também incluir várias dimensões afetadas no âmbito da saúde mental, designadamente o declínio cognitivo. Neste contexto, a fragilidade deve ser entendida como um processo dinâmico e as suas interações com a cognição devem ser tidas em consideração. Um Painel de Consenso Internacional formado por investigadores da *International Academy on Nutrition and Aging (IANA)* e *The International Association of*

Gerontology and Geriatrics (IAGG) propôs a identificação da “fragilidade cognitiva” como uma manifestação clínica do processo de redução da reserva cognitiva que é causada por fatores heterogêneos, diferentes dos processos associados ao envelhecimento fisiológico do sistema neuronal central e que se caracteriza pela presença simultânea de fragilidade física e comprometimento cognitivo ligeiro. Salienta-se que a fragilidade cognitiva pode representar um precursor dos processos neurodegenerativos, todavia, é de considerar o seu potencial de reversibilidade (Kelaiditi et al., 2013), por isso, devem ser instituídas intervenções atempadas, e adequadamente estruturadas (Feng et al., 2017).

Os desafios inerentes ao envelhecimento demográfico impõem um leque alargado e contínuo de cuidados, onde os enfermeiros são desafiados a garantir que esses cuidados sejam pautados por competências que lhes permitam satisfazer as necessidades singulares daqueles que envelhecem. Entre estas, encontra-se a competência no âmbito da Investigação em Enfermagem Gerontogeriatrica.

Sabendo que as práticas de enfermagem baseadas em evidência constituem um pré-requisito para a excelência e segurança dos cuidados, e conseqüente otimização de resultados dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2006) , assim como a promoção de ganhos em saúde nas pessoas mais velhas, torna-se crucial que o enfermeiro produza, transfira, implemente e promova a adesão a essas mesmas práticas.

O objetivo deste capítulo é sublinhar a importância destas competências para o desenvolvimento do cuidado de Enfermagem à pessoa idosa e reforçar a sua relevância na investigação, formação e prática dos(as) enfermeiros(as). Neste sentido, serão apresentados dois projetos de investigação no âmbito da *Cidadania e Promoção da Autonomia e Independência da Pessoa Idosa e dos seus cuidadores*.

Desenvolvimento

Produção, Transferência e Implementação da Evidência: ModulEn, ECOG

A enfermagem direcionada para uma prática de cuidados às pessoas mais velhas pré-frágeis e frágeis, baseada na melhor evidência, precisa de se tornar mais informada (Apóstolo, 2017). Por conseguinte, processos de investigação robustos e sólidos com o objetivo de desenvolver, aperfeiçoar e expandir o saber tornam-se cada vez mais imprescindíveis. A melhor informação em enfermagem é a que permite tomar as melhores decisões clínicas (Apóstolo, 2017). Nesta perspectiva, e querendo aproveitar

esta oportunidade para a disseminação do melhor conhecimento produzido, passamos a descrever cada um dos projetos em particular.

Projeto ModulEn: O projeto ModulEn surgiu pela necessidade de implementar e validar equipamentos tecnológicos que permitam a detecção precoce de sinais e sintomas no âmbito da fragilidade, para que possam garantir uma resposta eficiente e sustentável dos sistemas de saúde tendo em conta o aumento desta condição clínica, associada ao aumento da idade. Neste sentido, o principal objetivo deste projeto foi estabelecer um modelo preditivo de risco de fragilidade usando dados dos sensores ACM KRONOWISE® 2.0 (“relógio de pulso”), para pessoas entre os 65 e os 80 anos, a residirem na comunidade (Apóstolo, Bobrowicz-Campos, et al., 2019).

Através destes sensores de monitorização ambulatória é possível (i) avaliar os ritmos circadianos, mediante o registo da temperatura corporal periférica, atividade motora e posição; (ii) avaliar os níveis de luminosidade a que os participantes estão expostos; (iii) descrever os seus hábitos de sono e de atividade física (J Apóstolo et al., 2019; Teixeira-Santos, Bobrowicz-Campos, Parola, et al., 2020).

O recurso a este tipo de tecnologia permite que os profissionais de saúde possam monitorizar o estado de saúde das pessoas idosas e, com isto, avaliar os parâmetros de saúde para priorizar os cuidados a oferecer. Por seu lado, as pessoas idosas tornam-se mais conscientes e responsáveis pela sua saúde, aumentando a sua literacia, autonomia e bem-estar, envolvendo-se com maior frequência em atividades que promovem um envelhecimento bem-sucedido (Teixeira-Santos, Bobrowicz-Campos, Ventura, et al., 2020).

Assim, em primeira instância, foi realizado um estudo observacional descritivo e multicêntrico, na Região Centro de Portugal, entre outubro de 2018 a outubro de 2019 (Teixeira-Santos, Bobrowicz-Campos, Parola, Coelho, Gil, Almeida, & Apóstolo, 2020).

Os principais critérios de inclusão foram: (i) pessoas com 65 a 80 anos a residir na comunidade; (ii) ausência de declínio cognitivo moderado a grave e (iii) ausência de quadro clínico instável.

Todos os participantes elegíveis foram incitados a fornecer dados sociodemográficos e clínicos. Posteriormente, foi solicitado que respondessem a questionários com o intuito de avaliar:

- 1) A fragilidade física, diagnosticada com base nos critérios do modelo fenotípico de Fried (Fried et al., 2001; Guilherme et al., 2017). Ainda neste domínio, a avaliação da atividade física foi realizada com recurso à versão resumida do Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ (Ainsworth et al., 2006),

desenvolvido para idosos;

- 2) A fragilidade cognitiva, utilizando a versão portuguesa do *Six Item Cognitive Impairment Test - 6CIT* (Apóstolo et al., 2018; Brooke & Bullock, 1999);
- 3) Os hábitos de sono, avaliados com base na Escala de Sonolência de Epworth – ESS (Johns, 1991) e no Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh – PSQI (Buysse et al., 1989);
- 4) Os hábitos alimentares, através de questões sobre os tipos e horários das refeições realizadas.

Adicionalmente, os participantes foram convidados a:

- 5) Utilizar o dispositivo eletrónico não invasivo ACM KRONOWISE® 2.0 (“relógio de pulso”) durante um período de sete a 10 dias (Apóstolo, Bobrowicz-Campos, et al., 2019).
- 6) Responder a um questionário sobre a sua experiência no âmbito da utilização do dispositivo.

A amostra incluiu 160 idosos, dos quais 120 eram mulheres. A média de idade foi 71,77 anos. As conclusões preliminares indicam uma percentagem de participantes frágeis e pré-frágeis alta (18% e 43%, respetivamente) e sugerem que o perfil dos idosos frágeis é marcado principalmente pela redução da força de preensão e reduzida atividade física, associada a comportamentos sedentários. Os indivíduos frágeis também revelaram valores mais elevados de Índice de Massa Corporal (IMC). As pessoas frágeis tinham, em média, seis condições crónicas de saúde (hipertensão arterial, ansiedade, défices sensoriais, doenças cardiovasculares, distúrbios osteomusculares e perturbações mentais/comportamentais). Os participantes frágeis eram, ainda, polimedicados, sendo os fármacos mais usados os anti-hipertensores, ansiolíticos e beta-bloqueadores. É de salientar que mais de 50% das pessoas frágeis apresentaram um declínio cognitivo ligeiro.

Os dados recolhidos pelo ACM KRONOWISE® 2.0 estão em fase de análise.

No que concerne à experiência dos participantes no âmbito da utilização do dispositivo, as recomendações para manutenção/melhoria do estado de saúde dos utilizadores foram consideradas o aspeto positivo mais relevante. Como aspetos negativos foram destacados o design do sensor, a falta de utilidade no dia-a-dia e o tempo de uso. Todos os participantes robustos e pré-frágeis consideraram fácil a experiência do uso de sensores, enquanto 31% dos participantes frágeis consideraram difícil. Os resultados deste estudo revelam que a aceitabilidade das tecnologias como forma de monitorização

do estado de saúde é bastante elevada, embora alguns aspetos relacionados com o seu uso precisem de ser aprimorados.

Os dados obtidos neste projeto reforçam a necessidade de investimento na prevenção e/ou gestão da condição de fragilidade. Esse investimento deve contemplar as dimensões física, nutricional, cognitiva e psicológica do funcionamento individual. A implementação precoce de intervenções adequadas também é sugerida, uma vez que o potencial de reversibilidade é maior no estado pré-frágil.

Projeto ECOG: O projeto ECOG - Intervenção na Fragilidade Cognitiva e Promoção do Autocuidado teve como principal objetivo a promoção da cidadania ativa mediante estratégias de capacitação para a autonomia e autocuidado das pessoas mais velhas e dos seus cuidadores. Neste sentido, foram identificados quatro eixos organizacionais que integram (i) a síntese de evidências, (ii) a elaboração de programas de intervenção que foram sujeitos a processos de validação em termos de aceitabilidade, aplicabilidade, significado e eficácia e que implicaram também (iii) a adaptação e validação cultural de instrumentos de avaliação geriátrica e, por fim, (iv) a transferência de boas práticas para os diferentes contextos de cuidados (Gil, 2019; Silva, 2019). Assim, este projeto visou criar resultados e ferramentas para vários *settings* de cuidados. Um deles para as pessoas com declínio cognitivo a residir no domicílio, em que o cuidador desempenha um papel ativo na implementação das sessões de estimulação cognitiva (EC), num formato de um para um (individual); o outro contexto foi direcionado para as pessoas mais velhas que frequentam estruturas diurnas/residências e a intervenção a explorar foi no âmbito da Terapia da Reminiscência (TR), em grupo (Gil, 2019; Silva, 2019).

Deste modo, o projeto ECOG teve dois grandes objetivos gerais, um deles centrado em produzir evidência nacional sobre a aceitabilidade, aplicabilidade e impacto de um programa de EC individual (PECI) em pessoas com declínio cognitivo, implementado pelo cuidador em contexto domiciliário; e o outro, o de construir, validar e avaliar um programa de TR estruturado e com potencial para ser replicado em diferentes contextos de terapia de grupo. Estes dois objetivos gerais, foram justificados pela inexistência de programas de reminiscência e de ECI no contexto português.

Em termos de *outputs* úteis para a comunidade científica de enfermagem e para a prática de cuidados, do projeto ECOG resultaram cinco revisões sistemáticas da literatura (Gil et al., 2018; Gil, Santos-Costa, et al., 2019; Gil et al., 2020; Silva et al., 2018, 2020), dois manuais de intervenção: Fazer a diferença 3 - Terapia de Estimulação Cognitiva Individual: Um manual para cuidadores, volume 3 (Apóstolo, Silva, et al., 2019) e o Programa de Terapia de Reminiscência: Manual de Dinamizador (Gil, Costa, et al., 2019). E ainda foram dados contributos para a tradução e/ou validação de instrumentos de avaliação na área da cognição, concretamente, a validação dos melhores pontos de

corde do 6CIT (Apóstolo et al., 2018), a tradução e validação da Escala da Qualidade da Relação entre Familiar Cuidador e a Pessoa Cuidada – QCPR (Silva et al., 2021), e o desenvolvimento e validação de uma versão reduzida de oito itens do WHOQOL-OLD em português europeu para pessoas mais velhas que recorrem a estruturas institucionais WHOQOL-8 (Gil et al., 2021).

A revisão de evidências de eficácia sobre as intervenções cognitivas individuais fornece informação que fomenta a implementação de práticas de intervenções cognitivas em contexto domiciliar. Os efeitos positivos destas intervenções foram identificados no funcionamento cognitivo geral e em outros domínios cognitivos, incluindo a memória, a atenção, a fluência verbal e a resolução de problemas (Silva et al., 2020). Esta informação demonstra que a intervenção cognitiva individual se associa a um melhor desempenho cognitivo, à estabilização dos sintomas neuropsiquiátricos (SNP) e ainda a um aumento da autonomia para as atividades da vida diária – AVD (Silva et al., 2020). A EC individual pode revelar-se vantajosa na medida em que nem todas as pessoas com declínio cognitivo têm acesso à EC de grupo, por dificuldades de mobilidade, inexistência desta oferta na sua área de residência ou até por questões de gosto pessoal relacionadas com a participação em atividades de grupo (Silva, 2019).

No que concerne à síntese da evidência sobre a eficácia da TR na cognição, sintomatologia depressiva e qualidade de vida, os resultados confirmam a melhoria na cognição e na qualidade de vida em pessoas que frequentam estruturas de apoio comunitário (Gil et al., 2018). Já no que se refere aos dados da eficácia desta intervenção terapêutica em pessoas mais velhas que vivem em estruturas residenciais, os resultados atestam a sua relevância na manutenção da função cognitiva e na redução da sintomatologia depressiva (Gil, Santos-Costa, et al., 2019).

A TR recorre a estímulos para ativar a evocação sistemática de memórias autobiográficas. Sabendo que estes estímulos podem ter uma origem multissensorial, o recurso à tecnologia pode configurar-se como facilitadora deste processo. Assim, conduziu-se uma *Scoping Review* com o objetivo de conhecer as potencialidades e fraquezas do uso da tecnologia na evocação das memórias durante as sessões de TR em grupo. As evidências mapeadas apontam para um enorme potencial clínico na integração de ajudas tecnológicas em sessões e atividades de TR em grupo. Reconhecendo, contudo, que um número significativo de pessoas apresenta fragilidades cognitivas, funcionais e sensoriais, é fundamental que as pessoas mais velhas com demência sejam incluídas nas diferentes etapas de desenvolvimento dessas tecnologias, desde a conceção até à testagem, a fim de criar soluções inovadoras, mas que simultaneamente tenham significado e aplicabilidade aos contextos de cuidados (Gil et al., 2020).

É de salientar que estas constatações foram tidas em conta em todo o processo de

construção e validação do programa estruturado de TR, composto por uma vertente principal e uma vertente de manutenção, num total de 21 sessões para aplicar em grupo e que demonstrou possuir características ajustadas ao contexto e população-alvo, verificando-se que o constructo tem significado para as pessoas mais velhas com declínio cognitivo (Gil et al., 2017).

Atualmente, testemunha-se também uma preocupação crescente em construir programas de EC estruturados e replicáveis. Recentemente, a mesma atenção é dada à EC individual, com o objetivo de ser dinamizada por um cuidador em contexto comunitário, como é exemplo de *Home-based collaborative memory intervention* (Neely et al., 2009), *Active Cognitive stimulation* (Quayhagen et al., 1995), e o próprio *Making a Difference 3 (MD3) - Individual Cognitive Stimulation Therapy* (Yates et al., 2015). O PECEI testado foi o MD3, em português, Fazer a Diferença 3 (FD3) – Terapia de Estimulação Cognitiva Individual (Apóstolo, Silva, et al., 2019). O FD3 na sua génese foi concebido para ser desenvolvido em casa da pessoa com declínio cognitivo (*home-based*), sendo um cuidador familiar/informal a aplicar as sessões de estimulação (Apóstolo, Silva, et al., 2019; Yates et al., 2015).

Em termos de posologia da intervenção é recomendado realizar três sessões semanais de 30 minutos cada, e o presente manual pode ser aplicado durante seis meses (Apóstolo, Silva, et al., 2019; Yates et al., 2015).

O ensaio clínico randomizado controlado (*Randomized Control Trial*, RCT) conduzido no âmbito do programa FD3 permitiu estudar o efeito da intervenção e revelou diferenças significativas entre o grupo de intervenção e controlo em dois domínios cognitivos: orientação e compreensão de ordens e, adicionalmente, na qualidade de vida do idoso, segundo a perspetiva do cuidador. Portanto, o programa FD3 conduzido no domicílio pelo cuidador teve um impacto positivo em alguns dos indicadores clínicos explorados, o que nos leva a acreditar na utilidade deste programa para as pessoas idosas (Silva, 2019). O significado atribuído pelos elementos das díades que cumpriram todas as sessões de ECI propostas fornece indicadores essenciais para um melhor entendimento da intervenção na perspetiva dos participantes, sobre fatores que influenciaram a sua perceção e, conseqüentemente, a sua adesão às sessões. Os dados obtidos sobre estes significados mostram que os cuidadores entendem que as atividades intelectuais são muito importantes para o bem-estar do seu familiar e que a sua perceção positiva a favor da intervenção promove uma maior adesão. Os cuidadores mencionaram ter identificado melhoria no funcionamento dos seus familiares, considerando que a mesma pode ser atribuída à intervenção. Por sua vez, as pessoas com declínio cognitivo focaram-se muito na oportunidade que tiveram de passar mais tempo com o seu familiar e, simultaneamente, reconheceram que os exercícios são um bom desafio intelectual.

Contudo, não identificaram nenhuma melhoria neles próprios, em termos cognitivos, como resultado da intervenção (Silva, 2019).

Já no que respeita ao impacto da TR, quando implementado num contexto comunitário e em pessoas com fragilidade cognitiva, num estudo piloto, com desenho quase-experimental, com dois grupos de intervenção (TR e EC de grupo), verificou-se, de uma forma global, uma melhoria da função cognitiva, com melhorias estatisticamente significativas ao nível da evocação diferida. Observaram-se, ainda, benefícios nos outros resultados de interesse que, em relação à qualidade de vida, na terapia de reminiscência, assumiram diferenças estatisticamente significativas (Gil, Santos-Costa, et al., 2019). Da implementação do mesmo programa em estruturas residenciais, embora não se confirme, em termos globais, uma melhoria significativa da função cognitiva, sintomatologia depressiva e qualidade de vida das pessoas mais velhas, os resultados demonstram o potencial da TR na estabilização destes resultados do ponto de vista clínico e com melhorias em alguns domínios cognitivos (Gil, 2021).

Implicações para a Investigação e para a Prática (Baseada em Evidência)

De acordo com o modelo de cuidados em saúde baseado em evidência proposto pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) os profissionais de saúde, para informar a sua prática clínica, devem sustentar-se não só nas i) evidências de eficácia (*effectiveness*), mas adicionalmente em outras formas de evidência, como ii) a aplicabilidade (*feasibility*), iii) aceitabilidade (*appropriateness*) e iv) o significado (*meaningfulness*) que as intervenções/ programas possuem para os *stakeholders* (Apóstolo, 2017; Pearson et al., 2005).

Estes dois projetos procuraram disponibilizar ferramentas para a prestação de cuidados de enfermagem às pessoas mais velhas com fragilidade e, na procura deste melhor conhecimento, contribuir para um modelo de cuidados em saúde que se suporta no melhor conhecimento disponível até à data da sua execução.

O projeto piloto ModulEn visou, em particular, o desenvolvimento e validação de um novo modelo de previsão clínica para informar a tomada de decisão baseada em evidência na área Gerontogerátrica, partindo da necessidade crescente de implementar e avaliar soluções tecnológicas que permitam a deteção precoce da fragilidade relacionada com a idade e que contribuam para a avaliação dos valores preditivos dos componentes da fragilidade (Apóstolo, Silva, et al., 2019).

Dado que a fragilidade é um estado de vulnerabilidade multidimensional, a sua prevenção e gestão deve considerar e avaliar todas as suas dimensões, pelo que se apresenta uma

visão multidimensional e integrativa dos diferentes componentes relacionados com a fragilidade (física, cognitiva), discutindo a relação da fragilidade com características clínicas e neuropsicológicas, condições crônicas, terapêutica medicamentosa e estilos de vida pela avaliação dos hábitos de sono e alimentação, favorecendo uma visão abrangente dos processos de envelhecimento (Apóstolo, Silva, et al., 2019).

No processo de validação desta ferramenta tecnológica, foi importante o envolvimento e opinião das pessoas mais velhas como uma premissa relevante, o que implicou o conhecimento das percepções dos participantes sobre o uso deste tipo de tecnologia e, numa atitude pedagógica, procurou-se tornar os participantes mais conscientes e responsáveis pela sua saúde, através do aumento da literacia, convergindo desta forma para o incremento da autonomia e bem-estar (Teixeira-Santos, Bobrowicz-Campos, Ventura, et al., 2020). Assim, considera-se que as implicações deste projeto para a prática clínica incluem a possibilidade de oferecer ferramentas para avaliar a fragilidade e contribuir para melhorar o estilo de vida das pessoas mais velhas, bem como apostar na prevenção oportuna da progressão da fragilidade (Teixeira-Santos, Bobrowicz-Campos, Parola, Coelho, Gil, Almeida, Moreno-Casbas, et al., 2020).

No projeto ECOG, partiu-se da melhor evidência disponível sobre a PECL e TR. Deste modo, no âmbito deste projeto, a evidência de eficácia foi estudada com recurso a revisões sistemáticas de literatura e, ainda, pela avaliação do efeito dos programas FD3 e de Reminiscência em vários domínios cognitivos, SNP e qualidade de vida, numa perspetiva de construir ferramentas úteis e facilmente transferíveis para a prática clínica.

Tendo em conta a necessidade de implementar as melhores intervenções nos contextos de cuidados em consequência da confirmação da fragilidade e da necessidade de responder a esta condição clínica, é de reforçar que com recurso ao modelo de previsão clínica usado no projeto ModulEn se abre caminho para projetos que desenvolvam e validem intervenções dirigidas à mitigação da fragilidade, como as que foram incrementadas no âmbito do projeto ECOG.

Salienta-se, ainda, que os projetos apresentados tiveram em linha de conta a maximização da capacidade funcional da pessoa mais velha e a preservação da sua independência e autonomia pelo maior tempo possível, sendo estes aspetos considerados metas prioritárias por diferentes entidades internacionais, designadamente a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2017). As últimas evidências sobre fragilidade têm sustentado que um modelo de atenção integrado deve priorizar o incentivo e empoderamento das pessoas idosas e das suas famílias para assumir a responsabilidade pela sua própria autonomia e bem-estar (Gwyther et al., 2018). Adicionalmente, é fundamental privilegiar uma abordagem centrada na pessoa, com o envolvimento ativo dos prestadores de cuidados sociais e de saúde, promovendo o envelhecimento saudável, ativo, participativo

e inclusivo (Teixeira-Santos, Bobrowicz-Campos, Parola, Coelho, Gil, Almeida, & Apóstolo, 2020).

Essas ações de incentivo e empoderamento podem incluir a consciencialização pública sobre o envelhecimento bem-sucedido, englobando as mudanças de comportamento e promoção de estilos de vida saudáveis.

Conclusão

As boas práticas estabelecidas no âmbito dos projetos expostos constituem-se como abordagens inovadoras que contribuem para o *ageing in place*, na medida em que se focam nas necessidades das pessoas mais velhas, procurando detetar precocemente a condição de fragilidade e disponibilizar intervenções aos cuidadores formais e informais.

No foro das intervenções, quando falamos de práticas baseadas na evidência, as mesmas devem ter em consideração as características do grupo a que se destinam.

O projeto ModulEn fornece evidências no âmbito de um modelo preditivo clínico da fragilidade com recurso a tecnologia de monitorização desta condição clínica. Por sua vez, o projeto ECOG permitiu desenvolver, adaptar e validar programas de intervenção para serem implementados nos próprios contextos habitacionais das pessoas mais velhas, pelos seus familiares e, também, em contextos institucionais, como centros de dia e estruturas residenciais, mediante a formação/treino dos profissionais de saúde.

Consideramos que estes projetos são excelentes contributos para a prática de enfermagem, pois permitiram a transferência do conhecimento científico para a prática clínica, ficando disponíveis ferramentas de monitorização clínica, mas também, programas estruturados de fácil implementação e que revelaram uma boa aceitação por parte de todos os envolvidos, isto é, das pessoas mais velhas e dos cuidadores formais e informais. A confirmar esta realidade, a equipa de autores destes programas (FD3 e TR) e dos instrumentos de avaliação (como 6CIT, QCPR, WHOQOL-8), tem recebido vários pedidos de solicitação destas ferramentas de avaliação/intervenção para a sua implementação em vários *settings*, e novos trabalhos de investigação para explorar/confirmar as evidências estão a ser desenvolvidos.

Pontos-Chave

- Perante a crescente complexidade dos cuidados em saúde aliada aos novos contextos de atuação direcionadas às pessoas mais velhas, a enfermagem vê-se no dever de ampliar o seu contributo profissional no seio das equipas multidisciplinares.
- Participar na produção, transferência e implementação da evidência através da investigação da enfermagem gerontogeriatrica constitui um mandato social da profissão que deve nortear os enfermeiros nos cuidados a esta população.
- Para que isso aconteça, torna-se necessário produzir evidências consistentes e proceder à sua transferência para a prática clínica.
- As evidências produzidas devem objetivar a maximização da capacidade funcional e a preservação da independência e autonomia pelo maior tempo possível sendo estes aspetos considerados prioritários.
- Para a prática de enfermagem, por intermédio destes dois projetos, emergem novos conhecimentos e ferramentas que permitem aumentar a eficiência e eficácia dos cuidados.

Referências Bibliográficas

- Ainsworth, B. E., Macera, C. A., Jones, D. A., Reis, J. P., Addy, C. L., Bowles, H. R., & Kohl, H. W. 3rd. (2006). Comparison of the 2001 BRFSS and the IPAQ Physical Activity Questionnaires. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 38(9), 1584–1592. <https://doi.org/10.1249/01.mss.0000229457.73333.9a>
- Apóstolo, J. L. A. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*.
- Apóstolo, J. L. A., Bobrowicz-Campos, E., Moreno-Casbas, T., Teixeira-Santos, L., Sánchez de Madariaga, R., Casado-Ramírez, E., Couto, F., Coelho, A., Parola, V., Gil, I. M. A., Pascual-Carrasco, M., & Almeida, M. de L. (2019). A Study Protocol for Development and Validation of a Clinical Prediction Model for Frailty (ModulEn): a new European Commitment to Tackling Frailty. *Translational Medicine @ UniSa*, 19, 36–41. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31360665/>
- Apóstolo, J. L. A., Paiva, D. dos S., Silva, R., Santos, E. J. F. dos, & Schultz, T. J. (2018). Adaptation and validation into Portuguese language of the six-item cognitive impairment test (6CIT). *Aging & Mental Health*, 22(9), 1190–1195. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1348473>
- Apóstolo, J. L. A., Silva, R., Santos-Costa, P., & Bobrowicz-Campos, E. (2019). *Terapia de Estimulação Cognitiva Individual. Um manual para cuidadores (Fazer a diferença volume 3)*. Em Lauren Yates, M. Orrell, P. Leung, A. Spector, B. Woods, & V. Orgeta (Eds.), *Terapia de Estimulação Cognitiva Individual. Um manual para cuidadores*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Brooke, P., & Bullock, R. (1999). Validation of a 6 item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(11), 936–940. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10556864>
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F. 3rd, Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193–213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Feng, L., Zin Nyunt, M. S., Gao, Q., Feng, L., Yap, K. B., & Ng, T.-P. (2017). Cognitive Frailty and Adverse Health Outcomes: Findings From the Singapore Longitudinal Ageing Studies (SLAS). *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(3), 252–258. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.09.015>
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in

- older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-56. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>
- Gil, Isabel (2020) "Pilot study on the effectiveness of Reminiscence Therapy on cognition, depressive symptoms, and quality of life in nursing home residents," *Translational Medicine @ UniSa: Vol. 23 : Iss. 4* ,
- Gil, I. M. A. (2019). Impacto de um programa de Reminiscência nas pessoas mais velhas com declínio cognitivo [Doctoral Dissertation, Universidade Católica Portuguesa]. - aguardar a defesa pública.
- Gil, I. M. A., Bobrowicz-Campos, E. M., Santos-Costa, P., Sousa, L. B., Vilar, M. M., & Apóstolo, J. L. A. (sem data). Development and validation of a short-version of the European Portuguese WHOQOL-OLD scale. In García- Alonso J., Fonseca C. (eds) *Gerontechnology III. IWoG 2020. Lecture Notes in Bioengineering*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-72567-9_38
- Gil, I. M. A., Costa, P., Bobrowicz-Campos, E., & Apóstolo, J. L. A. (2019). Programa de Terapia de Reminiscência: Manual de Dinamizador. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Gil, I. M. A., Costa, P., Cardoso, D., Parola, V., Bobrowicz-Campos, E., de Almeida, M. de L., & Apóstolo, J. (2018). The effectiveness of reminiscence in cognition, depressive symptoms, and quality of life in elderly people in the community: a systematic review. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(19), 147-158. <https://doi.org/10.12707/RIV18032>
- Gil, I. M. A., Santos-Costa, P., Bobrowicz-Campos, E., Cardoso, D., Almeida, M., & Apóstolo, J. L. A. (2017). Reminiscence therapy: development of a program for institutionalized older people with cognitive impairment. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(No15), 121-132. <https://doi.org/10.12707/riv17052>
- Gil, I. M. A., Santos-Costa, P., Bobrowicz-Campos, E., Santos, E., Silva, R., Sousa, L. B., de Lurdes Almeida, M., & Apóstolo, J. L. A. (2020). Use of Innovative Technologies in Group-Based Reminiscence Interventions in Older Adults' with Dementia: A Scoping Review. Em J. García-Alonso & C. Fonseca (Eds.), *Gerontechnology* (pp. 11-24). Springer International Publishing.
- Gil, I. M. A., Santos-Costa, P., Parola, V., Cardoso, D., Almeida, M., & Apóstolo, J. L. A. (2019). Efficacy of reminiscence in cognition, depressive symptoms and quality of life in institutionalized elderly: a systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53(0 SE-), 3458. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018007403458>

- Guilherme, F., Marisa, L., José, F., Ana, T., & Miguel, P. (2017). Predicting frail syndrome using adverse geriatric health outcomes: Comparison of different statistical classifiers. 2017 IEEE 5th Portuguese Meeting on Bioengineering (ENBENG), 1–4. <https://doi.org/10.1109/ENBENG.2017.7889430>
- Gwyther, H., Bobrowicz-Campos, E., Apóstolo, J. L. A., Marcucci, M., Cano, A., & Holland, C. (2018). A realist review to understand the efficacy and outcomes of interventions designed to minimise, reverse or prevent the progression of frailty. *Health Psychology Review*, 12(4), 382–404. <https://doi.org/10.1080/17437199.2018.1488601>
- Johns, M. W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*, 14(6), 540–545. <https://doi.org/10.1093/sleep/14.6.540>
- Kelaiditi, E., Cesari, M., Canevelli, M., van Kan, G. A., Ousset, P.-J., Gillette-Guyonnet, S., Ritz, P., Duveau, F., Soto, M. E., Provencher, V., Nourhashemi, F., Salvà, A., Robert, P., Andrieu, S., Rolland, Y., Touchon, J., Fitten, J. L., & Vellas, B. (2013). Cognitive frailty: rational and definition from an (I.A.N.A./I.A.G.G.) international consensus group. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 17(9), 726–734. <https://doi.org/10.1007/s12603-013-0367-2>
- Neely, A. S., Vikström, S., & Josephsson, S. (2009). Collaborative memory intervention in dementia: Caregiver participation matters. *Neuropsychological Rehabilitation*, 19(5), 696–715. <https://doi.org/10.1080/09602010902719105>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Pearson, A., Wiechula, R., Court, A., & Lockwood, C. (2005). The JBI model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 3(8), 207–215. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1479-6988.2005.00026.x>
- Quayhagen, M. P., Quayhagen, M., Corbeil, R. R., Roth, P. A., & Rodgers, J. A. (1995). A dyadic remediation program for care recipients with dementia. *Nursing Research*, 44(3), 153–159.
- Silva, R. (2019). *Estimulação cognitiva em pessoas idosas : intervenção individual na fragilidade cognitiva* [Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa, Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/31534>
- Silva, R., Abrunheiro, S., Cardoso, D., Santos-Costa, P., Couto, F., Agrenha, C., & Apóstolo, J. L. A. (2018). Effectiveness of multisensory stimulation in managing

- neuropsychiatric symptoms in older adults with major neurocognitive disorder: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(8), 1663–1708. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003483>
- Silva, R., Bobrowicz-Campos, E., Cardoso, D., Santos-Costa, P., Couto, F., Camarneiro, A. P., Abrunheiro, S., Almeida, M., & Apóstolo, J. L. A. (2020). Effects of caregiver-provided individual cognitive interventions on cognition, social functioning and quality of life in older adults with major neurocognitive disorders: a systematic review. *JBI Evidence Synthesis*, 18(4), 743–806. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00125>
- Silva, R., Bobrowicz-Campos, E., Santos-Costa, P., Gil, I. M. A., Neves, H., & Apóstolo, J. L. A. (2021). The Quality of Carer–Patient Relationship Scale: Adaptation and Validation into Portuguese. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1264. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031264>
- Strandberg, T. E., Pitkälä, K. H., & Tilvis, R. S. (2011). Frailty in older people. *European Geriatric Medicine*, 2(6), 344–355. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.eurger.2011.08.003>
- Teixeira-Santos, L., Bobrowicz-Campos, E., Parola, V., Coelho, A., Gil, I. M. A., Almeida, M. de L., & Apóstolo, J. L. A. (2020). What's the relationship between lifestyle and frailty status? Data from the Portuguese multicentre descriptive study. *Journal of Translational Medicine@Unisa: Aceite para publicação*.
- Teixeira-Santos, L., Bobrowicz-Campos, E., Parola, V., Coelho, A., Gil, I. M. A., Almeida, M. de L., Moreno-Casbas, T., & Apóstolo, J. L. A. (2020). Sensors as a Technological Solution for a Successful Ageing. Em J. García-Alonso & C. Fonseca (Eds.), *Gerontechnology* (pp. 82–88). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-41494-8_8
- Teixeira-Santos, L., Bobrowicz-Campos, E., Ventura, F., Parola, V., Coelho, A., Almeida, M. de L. F., Gil, I. M. A., Moreno-Casbas, M. T., & Apóstolo, J. L. A. (2020). Technology as a Pathway for Older People to Engage in Activities Promoting Successful Ageing. Em J. Garcia-Alonso, D. Mendes, C. Fonseca, M. J. Lopes, & J. M. Murillo (Eds.), *Exploring the Role of ICTs in Healthy Aging* (pp. 68–94). <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-1937-0.ch005>
- World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
- World Health Organization. (2017). Global strategy and action plan on ageing and health. World Health Organization. <https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>

Yates, L., Orrel, M., Phoung, L., Spector, O., Woods, B., & Orgeta, V. (2015). Making a Difference 3 - Individual Cognitive Stimulation Therapy: A manual for carers. Em *The Journal of Dementia Care*. Hawker Publications.

CAPÍTULO XI

Gestão no Cuidado Gerontogeriatrico

Maria Manuela Martins

Ana Faria

Olga Ribeiro

Nas últimas décadas, os avanços técnico-científicos e a melhoria das condições de vida tiveram impactos significativos na longevidade, o que se tem traduzido num progressivo envelhecimento da população Portuguesa. Contudo, se no passado a preocupação estava na longevidade, atualmente a atenção centra-se na promoção da saúde, na qualidade de vida e no bem-estar das pessoas idosas.

Na sequência da transição para o envelhecimento é frequente a ocorrência de alterações nos processos corporais, bem como no status psicológico, que tornam a pessoa idosa mais suscetível a processos patológicos, a que acresce, em algumas situações, a vivência de uma transição saúde/doença.

Independentemente do tipo de transição vivenciada, a satisfação de muitas das necessidades manifestadas pelas pessoas idosas enquadra-se no domínio de atuação dos profissionais de enfermagem. Neste sentido, ao longo do capítulo, seguindo uma metodologia crítico-reflexiva, serão explanadas as temáticas: o cuidado geriátrico; a conceção de cuidados à pessoa idosa; o método de trabalho e de organização dos cuidados e, por fim, a gestão do cuidado para garantia da segurança da assistência geriátrica.

O texto alerta ainda para o facto da condição de fragilidade das pessoas idosas ser um problema que requer uma atenção emergente com o intuito de retardar o declínio da capacidade funcional e cognitiva, que frequentemente culmina na perda da independência e da autonomia.

Introdução

O cuidado por si só seria um elemento de reflexão suficiente para construir matéria

deste capítulo na particularidade do olhar na área da gerontogeriatría, até porque sendo percebido como um modo de ser, sem o cuidado deixa-se de ser humano (Waldow & Borges, 2011) .

A compreensão da Pessoa, enquanto metaparadigma na centralidade do pensamento e conhecimento específico de enfermagem, leva-nos a afirmar que o cuidado só ocorre quando é gerado um impulso que estimula a capacidade humana de cuidar, de satisfazer a resposta a algo ou alguém, desencadeando esta habilidade em nós próprios e nos outros. Esta condição leva a afirmar a importância de quem cuida conhecer as necessidades de quem é cuidado e ainda utilizar recursos, de conhecimento, de materiais e também de estratégias para que este possa ocorrer.

Para o contexto dos cuidados em gerontogeriatría importa resgatar a ideia de Roach & Canadian Hospital Association (1999) que nos apresentam cinco comportamentos básicos de cuidar, nomeadamente compaixão, competência, confiança, consciência e compromisso, traços fundamentais para a compreensão do cuidado, mas também argumento para suportar as estratégias de decisão na gestão desse cuidado.

É imperativo para um cuidado ajustado à gerontogeriatría que profissionais de saúde compartilhem com os idosos e familiares as histórias de vida e experiências, uma vez que estas estão relacionadas ao cuidar e suplementam uma estratégia de gestão do processo de cuidar. Subscrevemos que há um cuidado pessoal e um cuidado competente. O primeiro refere-se ao cuidado que envolve o afeto, a sensibilidade e a compaixão, enquanto o segundo abrange os aspetos da corporeidade humana (Waldow & Borges, 2011).

É num contexto complexo, com dados de origens diferenciadas, que se concebe a gestão dos cuidados em gerontogeriatría. Podíamos numa ideia simplista afirmar que em causa estão quatro condições básicas que suportam a tomada de decisão: as condições de vida e saúde da pessoa idosa, as condições das organizações, as condições dos profissionais, mas também o conhecimento da área profissional e, por último, o momento em que decorre esse cuidado no processo de vida dos idosos.

A reflexão sobre a gestão do cuidado geriátrico aponta-nos para abordar a natureza dos cuidados geriátricos, a conceção dos cuidados à pessoa idosa, o método de trabalho e de organização dos cuidados e, por último, o objetivo da gestão dos cuidados, ou seja, a segurança dos idosos no processo de cuidados.

Quanto à importância de incorporar o último apontamento, é de mencionar o facto de a segurança emergir na atualidade como um tema central nas organizações assistenciais, independentemente da sua natureza. Recordemos que a cultura de segurança é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um modelo integrativo de

comportamentos individuais e organizacionais, suportados em crenças e valores, que têm em vista diminuir os danos nos doentes, na sequência dos cuidados que lhes são prestados (Fernandes & Queirós, 2011 citado em Castilho, 2014; World Health Organization [WHO], 2008).

A segurança da pessoa idosa deve estar muito presente em todos os ambientes da assistência sendo considerada uma área de extrema importância, digna de políticas atuais, na medida em que, em todo o mundo, é uma componente crítica da melhoria contínua da qualidade em saúde, constituindo globalmente um grave problema de saúde pública (Reis, 2013) cada vez mais complexos, elevam o potencial de ocorrência de incidentes, erros ou falhas, particularmente em hospitais. Uma cultura de segurança fortalecida no âmbito hospitalar emerge como um dos requisitos essenciais para melhorar a qualidade do cuidado de saúde. Avaliar o status da cultura de segurança no hospital permite identificar e gerir prospectivamente questões relevantes de segurança nas rotinas de trabalho. O objetivo central deste estudo foi realizar a adaptação transcultural do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC).

No mundo de hoje assistimos a avanços científicos e tecnológicos que potenciam a capacidade para tratar e controlar processos patológicos para os quais, no passado, não existiam respostas eficazes. Ao referido, acresce a complexidade dos cuidados, e como tal, um risco aumentado de ocorrerem eventos adversos, que põem em causa a segurança dos doentes. Embora seja conhecido que é impossível eliminar completamente os riscos (Castilho, 2014), importa minimizar ao máximo a possibilidade da sua ocorrência.

Face ao exposto, neste capítulo, pretendemos refletir sobre as condições para o desenvolvimento do cuidado de Enfermagem à pessoa idosa, bem como no processo de gestão do mesmo e reforçar a sua relevância na investigação, formação e prática dos(as) enfermeiros(as).

Desenvolvimento

O Cuidado Geriátrico

As pessoas idosas são, atualmente, os principais clientes dos vários níveis de cuidados de saúde, quer pelas situações clínicas mais complexas, quer pelas necessidades de cuidados (Palmore, 1999; Simkins, 2007). De acordo com diversas teorias biológicas, psicológicas, sociais e de saúde, ao envelhecer, a pessoa tem uma perda progressiva das suas capacidades, assim como uma maior prevalência de doenças crónicas, degenerativas e multimorbilidades. No entanto, o envelhecimento não é sinónimo de incapacidade e todos os riscos de perdas devem ser acompanhados, sendo que

a promoção do envelhecimento ativo deve ser um compromisso dos profissionais em todos os níveis de cuidados de saúde (Chaimowicz, 2013; Universidade Federal do Maranhão [UFMA], 2014).

Os profissionais de saúde são assim desafiados para o desenvolvimento de estratégias de intervenção que deem resposta às necessidades específicas desta população, de uma forma multidisciplinar.

Atendendo às síndromes geriátricas conhecidas, nomeadamente a imobilidade, instabilidade, deterioração cognitiva, incontinência urinária e fecal, desnutrição, sarcopenia, iatrogenia e a síndrome de fragilidade e aos problemas de natureza económica e social, no cuidado à pessoa idosa é necessária uma abordagem holística.

Os cuidados de saúde geriátricos devem assim incorporar uma avaliação das componentes física, cognitiva, afetiva, social, financeira, ambiental e espiritual, tendo por objetivo estabelecer um plano terapêutico e de acompanhamento integrado, com a intenção de manutenção da capacidade funcional, promoção da participação social, diminuição do risco de hospitalização e institucionalização (Moraes, 2012) .

É por isso primordial que o enfermeiro na conceção de cuidados realize uma avaliação multidimensional, pois só assim é possível estabelecer um processo de cuidados integral e humanizado, quer seja nos cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares, instituições de reabilitação, cuidados continuados ou até mesmo paliativos (Marques et al., 2018). Ribeiro et al. (2018) afirmam que a resposta às necessidades das pessoas implica uma abordagem sistemática, e por isso, é fundamental que os enfermeiros conheçam escalas de avaliação geriátrica validadas para Portugal, que lhes permitam monitorizar a condição de saúde das pessoas idosas, nomeadamente ao nível da capacidade funcional, cognitiva, do humor, do status nutricional e sensorial. De igual forma, o enfermeiro deve conhecer a rede de suporte familiar, social e comunitário como elementos integrantes para o processo de cuidar.

A Conceção dos Cuidados à Pessoa Idosa

A conceção dos cuidados de enfermagem deve atender às diferenças do envelhecimento normal do patológico, bem como à definição de estratégias promotoras da adaptação às mudanças que emergem do envelhecimento (Veras & Oliveira, 2018).

Decorrente do processo de envelhecimento, os objetivos primordiais dos cuidados de enfermagem geriátricos são:

- Assistir integralmente o idoso e família, de forma contínua, em situações de cronicidade e no final da vida;
- Promover ações de educação para a saúde em todos os níveis de cuidados: primário, secundário e terciário;
- Promover o empoderamento do idoso relativamente à sua saúde, preservando, sempre que possível, a autonomia e independência, essenciais à manutenção de um autocuidado efetivo;
- Integrar, sempre que necessário, a família como parceira no cuidado. (Gonçalves et al., 2016).

É essencial que os cuidados sejam baseados na melhor evidência científica específica nesta área, pois para se garantir cuidados de qualidade à população idosa, os enfermeiros têm que saber gerir condições complexas, desde episódios agudos decorrentes de uma ou mais doenças crónicas, assim como gerir situações psicossociais complexas como a gestão do processo de morrer, situações de sofrimento ou risco de abuso. Quando o enfermeiro desconhece os processos e as particularidades do envelhecimento, tende a comprometer a segurança do idoso e a cometer erros, implementando intervenções desfavoráveis à saúde, aspeto que se designa iatrogenia (Moraes, 2012).

A qualidade dos cuidados só é garantida, quando as necessidades das pessoas são atendidas de forma individualizada, segura e ética, e por isso, é primordial que os enfermeiros afastem das suas perceções e atitudes, as imagens negativas e estereotipadas dos idosos como rígidos, senis, inúteis e dependentes (A. Ribeiro & Sousa, 2008; Simkins, 2007). É sabido que atitudes idadistas conduzem a tomadas de decisão que deixam os idosos em desvantagem (Cruz et al., 2015).

No âmbito do processo de cuidados, os enfermeiros têm integrado nos diferentes contextos da prática clínica um raciocínio clínico intencionalmente focado na autonomia, na independência e na qualidade de vida das pessoas idosas, valorizando as suas capacidades e potencialidades.

Direcionando a nossa atenção para contextos específicos, é um grande desafio para os enfermeiros a prestarem cuidados em Unidades de Cuidados da Comunidade (UCC) promover e manter a saúde, mobilizando respostas e recursos que satisfaçam as necessidades específicas desta população, nomeadamente necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais.

Assim, quer nas consultas nos centros de saúde ou no domicílio ou em projetos de intervenção comunitária, os enfermeiros devem atender não só às necessidades das

peças idosas, mas também dos seus familiares cuidadores. Após uma avaliação multidimensional e personalizada, o enfermeiro identifica os focos de atenção com necessidade de intervenção, estabelecendo um plano de cuidados de enfermagem promotor de um envelhecimento ativo e saudável.

A relação empática e de proximidade dos enfermeiros a nível comunitário permite colher dados importantes para uma ação preventiva, antecipando as possíveis complicações e riscos associados ao envelhecimento.

No entanto, perante a crescente complexidade dos problemas de saúde e das doenças crónicas na população idosa, a gestão de cuidados a nível dos cuidados de saúde primários, requer cada vez mais uma coordenação mais eficaz. É necessário que os cuidados de saúde e sociais sejam integrados, humanizados e garantam a continuidade e a proximidade, enquanto condições essenciais no cuidado à pessoa idosa.

Relativamente aos cuidados hospitalares, é consensual que as pessoas idosas constituem o grupo etário que mais recorre aos cuidados de saúde secundários, quer aos serviços de urgência, quer aos serviços de internamento hospitalar (Carvalhais & Sousa, 2011). No contexto de doença aguda, os enfermeiros não só atendem às necessidades relacionadas com o processo de transição saúde-doença, como às consequências relacionadas com a hospitalização, nomeadamente o declínio funcional, cognitivo e afetivo da pessoa, com reflexos na capacidade para o autocuidado (Abreu, 2011).

Neste sentido, na conceção de cuidados, os enfermeiros a nível hospitalar devem promover o bem-estar e o autocuidado, assim como a prevenção de complicações e a readaptação funcional. Nesse contexto profissional, após uma avaliação personalizada e integral, o enfermeiro define o plano de cuidados, integrando a família como parceira no cuidar. É ainda importante dar oportunidade ao idoso para tomar decisões, não subvalorizar as suas queixas e promover a sua independência, não o substituindo, mas sim complementando-o no que não tem capacidade de concretizar.

Nem sempre a nível hospitalar, os cuidados aos idosos se sustentam no modelo de cuidados holístico, mas num modelo biomédico, focado essencialmente na gestão de sinais e sintomas e não na satisfação das necessidades da pessoa que vivencia a transição. Por isso, a humanização dos cuidados faz-se necessária e pode contribuir para uma estadia hospitalar mais segura, harmoniosa e acolhedora para os idosos e seus acompanhantes.

Outro aspeto a valorizar, é o processo de continuidade de cuidados e a preparação da alta hospitalar.

Gestão de Cuidados, Método de Trabalho e Método de Organização dos Cuidados

O termo gestão refere-se à ação e ao efeito de gerir ou de administrar. No decorrer dos anos, foram muitas as concepções atribuídas ao conceito (Andrade, 2001): no seu sentido original, a palavra portuguesa *gestão*, expressa a ação de dirigir, administrar e gerir a vida, os destinos e as capacidades das pessoas, o que compreende as funções burocráticas, destituídas de uma visão humanística, e uma ação focada na orientação do planeamento e na produção e distribuição de bens, o que nos leva a afirmar como sendo o conjunto de estratégias e ações que promovem as condições para que as coisas aconteçam.

Geralmente, consideramos a gestão como o processo de dirigir a organização ou serviço e, a partir daí, sustentar as decisões nas solicitações do ambiente, assim como nos recursos disponíveis. Fundamentada nos princípios de Fayol, que datam de 1916, a gestão é frequentemente apresentada como a ação de planejar, organizar, dirigir e controlar os recursos da empresa, com o intuito de que os objetivos sejam atingidos (Garay, 2011).

Quando fazemos a abordagem da gestão dos cuidados, logo se nos deparam duas áreas, por um lado, o método de trabalho, geralmente entendido como processo de enfermagem ou de outra área profissional e o método de organização dos cuidados, geralmente expresso como processo de trabalho. Ambos devem seguir particularidades face às pessoas idosas, independentemente do facto de serem saudáveis ou estarem doentes.

Importa relembrar que o processo de enfermagem representa uma possibilidade de aproximação do enfermeiro com seu cliente, independentemente da sua idade ou condição de saúde, entendendo-se o mesmo como um instrumento metodológico de trabalho, que promove a reflexão e análise crítica sobre as condições de saúde do cliente, tornando a atuação dos profissionais de enfermagem mais efetiva (Leadebal et al., 2010).

Para melhor compreensão da nossa reflexão e da gestão do cuidado gerontogeriatrico apresentamos a Figura 3.

Figura 3

Gestão do Cuidado Gerontogeriátrico



O Método de Trabalho

Processo de Enfermagem à Pessoa Idosa

Importa começar por reiterar que a enfermagem é uma profissão desenvolvida por profissionais qualificados e com formação especializada, que têm uma missão que se repercute na ação socialmente necessária e reconhecida pela sociedade, onde se incluem os idosos. É de salientar a importância desta atividade social ter em si duas áreas, as intervenções interdependentes e autónomas, reconhecidas com utilidade social e com domínio de uma área específica de conhecimento (Pires, 2009).

O método de trabalho para a assistência às pessoas toma geralmente a designação de processo de enfermagem, entendendo-se o mesmo como um instrumento de trabalho, que proporciona a análise crítica sobre as condições sociais e de saúde e respostas efetivas dos profissionais de enfermagem às necessidades e problemas identificados nas pessoas idosas (Leadebal et al., 2010). Na Figura 4 estão explanadas as etapas que integram o processo de enfermagem.

Figura 4

Método de Trabalho - Processo de Enfermagem



Quando nos centramos no trabalho dos enfermeiros estamos perante a necessidade de repensar as práticas que se vem desenvolvendo em vários contextos: hospitais, comunidade, domicílio, estruturas residenciais ou outras. Ao referido, acresce a exigência de romper com algumas dicotomias que têm prevalecido nas sociedades conservadoras: preventivo e curativo, cuidados primários e hospital, cuidar e gerir, ensinar e executar, investigar e ensinar, universidade e serviço, teoria e prática, entre outras (Pereira et al., 2009).

Há décadas que temos afirmado que o processo de enfermagem é um método aplicado ao exercício da profissão, sendo definido com base em três dimensões: propósito, organização e propriedade. O propósito está centrado na individualidade, onde o enfermeiro interage com o cliente, no sentido de juntos, usarem o processo. A organização refere-se às fases, que embora independentes, são inter-relacionadas entre si. Por fim, relativamente à propriedade, o processo de enfermagem é intencional, sistemático, dinâmico, interativo, flexível e sustentado em teorias (Iyer et al., 1993).

É conhecido que o processo de enfermagem se desenvolve em etapas, em relação às quais se identificam ligeiras diferenças entre os autores. Contudo, é possível identificar analogias na estrutura e sequência entre elas, como na colheita de dados, na análise, no

juízo clínico que nos orienta para os diagnósticos de enfermagem, no planeamento da ação, onde se realiza a previsão da ocorrência de intervenções organizadas de forma sequencial para um objetivo, descritas de forma específica e com uma frequência de acordo com as condições das pessoas idosas. Posteriormente ao planeamento, segue-se a execução das ações, onde de forma ajustada à condição do idoso aplicamos normas, procedimentos, protocolos e técnicas específicas e, por último, a avaliação dos resultados em relação ao efeito dos cuidados, bem como à perceção e satisfação dos idosos com os cuidados prestados (Souza et al., 2013) .

Espera-se assim que os enfermeiros que prestam cuidados às pessoas idosas organizem o seu trabalho identificando os diagnósticos, que decorrem da sua análise crítica, dos dados que emergem da observação, de instrumentos tecnológicos de medida ou da aplicação de algumas escalas que se dirigem especificamente a esta área de intervenção. Recorde-se que decorrente do processo de envelhecimento, mesmo que não existam processos de doença, há alguns problemas que determinam com frequência a identificação de alguns diagnósticos.

Em síntese, podemos afirmar que o método de trabalho se suporta no desenvolvimento da decisão científica, incorporando a realidade de cada pessoa idosa, o que determina a necessidade de organizar o trabalho no profundo respeito pela diferença e utilizando uma metodologia sistemática e individualizada.

Método de Organização dos Cuidados

Processo de Trabalho

A organização dos cuidados remonta aos tempos de Florence Nightingale, altura em que o cuidado adquiriu especificidade, sendo reconhecido como uma atividade necessária e crucial para a sociedade, e cujo exercício exigia formação especializada e conhecimentos que sustentassem cientificamente o agir profissional.

Olhar para a método de organização dos cuidados implica olhar para a pessoa idosa e sua família, mas também para os contextos onde ocorrem os cuidados. Numa dinâmica constante, poderíamos dizer que a gestão tem que ser centrada no idoso com características que advém do processo de envelhecimento, só assim as decisões serão ajustadas à realidade destes clientes.

A pessoa, ao longo do processo de envelhecimento, experimenta um declínio funcional quer a nível físico, como psicológico e social, progressivo e, por vezes, irreversível, pelo que os processos de organização da assistência não podem distanciar-se desta

realidade, nomeadamente quando se planeiam estruturas e se determinam as dotações de recursos humanos. À medida que se perdem funcionalidades, a fragilidade, entendida como uma condição de risco para o organismo, surge como principal consequência (Carvalho & Martins, 2016).

A existência de multimorbilidades e o predomínio da fragilidade, aumentam com o avançar da idade, exercendo um impacto significativo na qualidade de vida dos idosos, e nas estruturas assistenciais, de modo a que estas sejam ajustadas ao cliente.

A pessoa idosa que frequentemente procura estruturas de assistência já apresenta alguma dependência, que pode perdurar por muitos anos mas naturalmente o fim último será a morte (Leme et al., 2019).

Neste contexto, a sofisticação da gestão do cuidado passa por compreender as possíveis fontes de dados para tomar decisões, mas também ter objetivos realistas, uma vez que frequentemente está em causa a promoção do bem-estar e do bem viver. Os problemas potenciais, identificados na Figura 5 como riscos, não devem ser descurados, até porque ajudam a planejar as melhores condições para a assistência às pessoas idosas.

O processo de gestão tem que transcender em muito o processo administrativo de planeamento, organização, direção e controlo, trazendo uma forte componente humanista e de gestão das necessidades de forma individualizada.

Figura 5

Componentes do Processo de Trabalho em Gerontogeriatría



Os recursos humanos além de terem formação específica para atuar nesta área, têm que ter características e competências para intervir junto dos idosos. Embora se considere uma mais-valia o trabalho em equipa na assistência às pessoas idosas, este não deve ser confundido com o método à tarefa, ainda usado em alguns contextos (Spagnol et al., 2001). É necessário investir em métodos de assistência humanistas e, neste sentido, será desejável usar o método individual, o método de enfermeiro de referência ou o de gestão de casos (Silva et al., 2011).

Ambiente e recursos materiais também devem ter características facilitadoras da autonomia e independência do idoso, esperando-se que não existam barreiras arquitetónicas e que se confirme a disponibilidade de produtos de apoio.

Por último, outro aspeto importante é a gestão da comunicação. A par das limitações dos idosos, em termos de visão e audição, acresce o facto de uma grande parte do trabalho dos enfermeiros apenas se transformar em resultado por via do ensino, instrução e treino. Efetivamente, a capacitação das pessoas idosas e família é uma área de intervenção dos enfermeiros que gera necessidades de uma gestão adequada.

A Gestão de Cuidados para a Garantia da Segurança na Assistência Geriátrica

A cultura de segurança de uma organização de assistência a pessoas idosas, quer na área da saúde, como no domínio social, tem que ser o resultado de valores individuais e de grupo, assim como de competências, atitudes e padrões de comportamento, que determinam o envolvimento e empenho na gestão da segurança. Embora as organizações tenham um ambiente próprio, recebem influências e influenciam os profissionais que nelas exerçam a sua atividade, os quais consequentemente contribuem para a formação da cultura organizacional (WHO, 2009 citado em Castilho, 2014).

Nesta área é oportuno recordar as orientações que preconizam uma cultura positiva de análise do erro e a pedagogia da gestão do risco, em que os benefícios da notificação dos erros têm em vista a melhoria dos processos e não a punição dos profissionais. Além disso, tem sido frequentemente reforçado pela OMS, que a implementação de uma cultura de segurança positiva, deve estar baseada numa comunicação transparente, aberta e não penalizadora, sustentada num trabalho de equipa efetivo, e apoiada por líderes que veem a segurança como uma prioridade” (WHO 2008 citado em Castilho, 2014).

Importa lembrar que à semelhança de outros serviços, as unidades de assistência a idosos devem desenvolver uma cultura de segurança que de acordo com Donaldson (2002), Fragata (2012), e Castilho (2014), assenta nos seguintes pilares:

- Cultura justa: não se caracteriza por uma ausência total de culpa, mas sim por um ambiente de confiança em que os profissionais são incentivados a fornecer informações relacionadas com a segurança;
- Cultura de comunicação: pautada na criação de um clima organizacional em que os profissionais se sintam encorajados a expressar os seus erros ou quase erros, sem receio de penalização e tendo como objetivo a aprendizagem;
- Cultura flexível: em que exista respeito pelas competências e habilidades dos vários profissionais da equipa, com hierarquias flexíveis, que facilitem a gestão ao nível operacional;
- Cultura de aprendizagem: impulsionadora da vontade e da competência para analisar a informação do sistema de segurança e gestão do risco, de modo a implementar as mudanças necessárias (Castilho, 2014, pag23-24).

Na cultura de segurança é necessário minorar os ambientes não seguros de uma forma proactiva, baseada na identificação preventiva de problemas do sistema que podem originar erros, na coesão e cooperação entre os profissionais, na responsabilidade coletiva, num clima de aprendizagem contínua. Para este desenvolvimento é essencial que a liderança visualize a segurança como uma prioridade (Castilho, 2014; Eiras, 2010).

Em 2015, a segurança do doente ganhou relevância na agenda nacional, o que culminou na definição do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020 (Despacho n.o 1400-A/2015 do Ministério da Saúde, 2015) que “obriga ao envolvimento das responsabilidades de governação, de coordenação e da prática operacional da prestação de cuidados, visando a convergência metodológica dos diversos dispositivos existentes que contribuem para a gestão dos riscos associados à prática dos cuidados” (Despacho n.o 1400-A/2015, 2015, p.3882-2) realidade que também se aplica aos serviços de assistência a pessoas idosas.

Reconhecendo que a segurança do cliente é uma responsabilidade sistémica, que envolve a gestão de diversas atividades, o PNDS apoia os gestores e os profissionais de saúde na adoção e, conseqüentemente, na implementação de estratégias, bem como na definição de objetivos e metas que contribuam para a gestão dos riscos inerentes à prestação de cuidados. Tendo como objetivo comum uma cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação, assim como as normas orientadoras para os problemas identificados, têm potencial para melhorar a prestação de cuidados de uma forma segura e de qualidade (Correia et al., 2017).

Espera-se assim que em cada cuidado à pessoa idosa estejam muito presentes as condições de ocorrência de erro zero, mas se o mesmo não se verificar, importa que

todos os intervenientes sejam capazes de proceder à notificação, uma vez que só assim será possível organizar serviços de qualidade para a assistência às pessoas idosas.

Conclusão

Atualmente, é consensual que assistir os clientes nos processos de transição constitui um papel crucial dos enfermeiros. As pessoas idosas no decurso do envelhecimento, vivenciam frequentemente transições múltiplas, que embora conduzam a situações de maior fragilidade, constituem um verdadeiro desafio para os enfermeiros. Representando a maior força de trabalho na área da saúde, estes profissionais dotados de competências científicas, técnicas e relacionais, são determinantes na prevenção de complicações, bem como na capacitação das pessoas idosas, tendo em vista a qualidade de vida e a continuidade da sua participação na sociedade.

Integrado numa equipa multidisciplinar, o enfermeiro é significativo no processo de adaptação ao novo contexto de vida, privilegiando a interação com a família e/ou pessoas significativas, no sentido de reforçar a autoestima e otimizar os níveis de atividade, cruciais à manutenção da capacidade da pessoa idosa para se autocuidar.

Pontos-Chave

- No cuidado gerontogeriátrico, a avaliação das pessoas idosas deve contemplar as componentes física, cognitiva, afetiva, social, financeira, ambiental e espiritual.
- As necessidades das pessoas idosas devem ser atendidas de forma integral, individualizada, segura e ética.
- No âmbito do processo de cuidados, a prática do enfermeiro deve estar intencionalmente centrada nas capacidades e potencialidades da pessoa idosa, em detrimento de um padrão de substituição.
- A atuação do enfermeiro requer sempre o uso de uma metodologia científica, neste caso, o processo de enfermagem, tendo em vista maximizar a autonomia, independência e a qualidade de vida da pessoa idosa.
- No sentido de potenciar os resultados obtidos deve ser privilegiada a interação com a família e/ou pessoas significativas.

Referências Bibliográficas

- Abreu, W. J. C. P. de. (2011). Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais (2a). FORMASAU - Formação e Saúde.
- Andrade, B. H. C. L. (2001). Dicionário de sinónimos da língua portuguesa. Elfez,[SL].
- Carvalhais, M. D., & Sousa, L. (2011). Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a idosos dependentes. *Revista de Enfermagem Referência*, III(3), 75–84. <http://hdl.handle.net/10773/4274>
- Carvalho, M. S., & Martins, J. C. A. (2016). Palliative Care for Institutionalized Elderly Persons: Experience of Caregivers. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(5), 745–758. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150178>
- Castilho, A. O. M. (2014). Eventos adversos nos cuidados de enfermagem ao doente internado: Contributos para a política de segurança. [Doctoral dissertation, Universidade do Porto, Repositório Aberto da Universidade do Porto]. <https://hdl.handle.net/10216/78357>
- Chaimowicz, F. . (2013). Saúde do Idoso. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/saude_idoso.pdf
- Correia, T., Martins, M., & Forte, E. (2017). Processes developed by nurse managers regarding the error. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(12), 75–84. <https://doi.org/10.12707/riv16073>
- Cruz, A., Tozoli, A., & Parreira, P. (2015). Representações sociais sobre o envelhecimento de enfermeiros cuidadores de pessoas idosas hospitalizadas. *Revista de Investigação em Enfermagem*, série 12, 39–51.
- Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde, Diário da República n.º 28/2015, 1o Suplemento, Série II 3882 (2015). <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?l=1>
- Donaldson, L. (2002). An Organization with a Memory: Report of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS. The Stationery Office.
- Eiras, M. (2010). Avaliação da cultura de segurança do Doente no Hospital. Comunicação apresentada no 35o colóquio da qualidade. http://spqsaude.com/wp-content/uploads/2010/12/1_Avaliacao-da-Cultura-de-Seguranca-do-Hospital_Margarida-Eiras.pdf

- Fragata, J. (2012). *Segurança Dos Doentes: Uma Abordagem Prática*. Lidel.
- Garay, A. (2011). Gestão. Em A. D. Cattani & L. Holzmann (Eds.), *Dicionário de trabalho e tecnologia* (2a, pp. 209–211). Zouk.
- Gonçalves, L. H. T., Alvarez, A. M., & Santos, S. M. A. (2016). Cuidados na enfermagem gerontológica: conceito e prática. Em E. V. Freitas & L. Py (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (Vol. 4, pp. 1247–1254). Guanabara Kogan.
- Iyer, P. W., Taptich, B. J., & Bernocchi-Losey, D. (1993). Processo e diagnóstico em enfermagem. Em *Processo e diagnóstico em enfermagem*.
- Leadebal, O. D. C. P., de Fontes, W. D., & da Silva, C. C. (2010). Ensino do processo de enfermagem: Planejamento e inserção em matrizes curriculares. Em *Revista da Escola de Enfermagem* (Vol. 44, Número 1, pp. 190–198). <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000100027>
- Leme, D. E. da C., Thomaz, R. P., Borim, F. S. A., Brenelli, S. L., Oliveira, D. V. de, & Fattori, A. (2019). Estudo do impacto da fragilidade, multimorbidade e incapacidade funcional na sobrevida de idosos ambulatoriais. Em *Ciência & Saúde Coletiva* (Vol. 24, Número 1, pp. 137–146). <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.04952017>
- Marques, G. C. S., Rodrigues, J. S., Rodrigues, S. G., Souza, M. R. de, Barros, P. de S., & Borges, C. J. (2018). Profissional Enfermeiro: Competências e habilidades para a avaliação multidimensional da pessoa idosa. *Revista Kairós : Gerontologia*, 21(2), 307–326. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i2p307-326>
- Moraes, E. N. de. (2012). Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Organização Pan-Americana da Saúde. <https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>
- Palmore, E. B. (1999). *Ageism: Negative and positive*. Springer Publishing Company.
- Pereira, M. J. B., Fortuna, C. M., Mishima, S. M., de Almeida, M. C. P., & Matumoto, S. (2009). Nursing in Brazil in the context of the work force of the health: profile and legislation. *Revista brasileira de enfermagem*, 62(5), 771–777. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672009000500022>
- Pires, D. (2009). A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Revista brasileira de enfermagem*, 62(5), 739–744. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672009000500015>
- Reis, C. T. (2013). A cultura de segurança do paciente: Validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [Doctoral Dissertation, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Repositório Institucional da Fiocruz]. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14358>

- Ribeiro, A., & Sousa, L. (2008). Imagens da velhice e do envelhecimento em médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 2(1), 22–38.
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. da S., Tronchin, D. M. R., & Forte, E. C. N. (2018). The perspective of portuguese nurses on nursing metaparadigmatic concepts. *Texto e Contexto Enfermagem*, 27(2). <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>
- Roach, M. S., & Canadian Hospital Association. (1999). *The human act of caring: a blueprint for the health professions*. Canadian Hospital Association Press.
- Silva, A. A., Rotenberg, L., & Fischer, F. M. (2011). Nursing work hours: Individual needs versus working conditions. *Revista de Saude Publica*, 45(6), 1117–1126. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000600014>
- Simkins, C. L. (2007). Ageism's Influence on Health Care Delivery and Nursing Practice. *Journal of Nursing Student Research*, 1(1). <http://repository.upenn.edu/josnr/vol1/iss1/5/>
- Souza, M. F. de G., dos Santos, A. D. B., & Monteiro, A. I. (2013). The nursing process in the opinion of the nursing staff of a teaching hospital. *Revista brasileira de enfermagem*, 66(2), 167–173. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672013000200003>
- Spagnol, C. A., Fernandes, M. S., Flório, M. C., Barreto, R. A., Sant'Ana, R. P., & de Carvalho, V. T. (2001). O método funcional na prática da enfermagem abordado através da dinâmica de grupo: relato de uma experiência. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 35(2), 122–129. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342001000200005>
- Universidade Federal do Maranhão. (2014). *Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa. Em Universidade Federal do Maranhão - UNA-SUS/UFMA (Ed.), Caderno de Atenção Básica*. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1748>
- Veras, R. P., & Oliveira, M. (2018). Aging in Brazil: The building of a healthcare model. *Ciencia e Saude Coletiva*, 23(6), 1929–1936. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>
- Waldow, V. R., & Borges, R. F. (2011). Cuidar e humanizar: relações e significados. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 24(3), 414–418. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>
- World Health Organization. (2008). *World Alliance for Patient Safety: forward programme 2008-2009 (1st ed, p. 69)*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70460>

