

## 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 de 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

peessoas 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 planear, 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 gerontogeriátrico apresentamos a Figura 3.

Figura 3

Gestão do Cuidado Gerontogeriatrico



## 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/10.1590/1809-98232016019150178>
- 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](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](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 sobrevivência 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>





