

MESTRADO

CUIDADOS PALIATIVOS

O Papel do Gerontólogo nos Cuidados Paliativos

Ana Paula Barbosa Freitas Roque

M

2019



MESTRADO

CUIDADOS PALIATIVOS

O Papel do Gerontólogo nos Cuidados Paliativos

Ana Paula Barbosa Freitas Roque

GERONTÓLOGA SOCIAL. ALUNA DO 8º CURSO DO MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

M

2019

ORIENTADORA: MARIA FRANCISCA MELO POJAL DA SILVA REGO



“Temos de nos tornar na mudança que queremos ver”

Mahatma Gandhi (1869-1948)

Agradecimentos

A elaboração deste trabalho não teria sido possível sem o apoio e colaboração das pessoas que me acompanharam ao longo deste percurso.

Aos meus pais, pelo extraordinário apoio e incentivo em todos os desafios que a vida impõe e por terem cultivado em mim a arte de pensar e refletir sobre os assuntos e em particular, à minha mãe, que além do encorajamento, também me acompanhou ao longo da elaboração da dissertação, com sugestões e espírito crítico.

Aos meus familiares e amigos pela amizade e paciência e por compreenderem as minhas ausências no convívio e confraternização.

Agradeço também à minha colega e amiga, Bianca Góis, que se disponibilizou gentilmente a participar nesta pesquisa/investigação, como segunda investigadora e à Sílvia Cordeiro pela disponibilidade e pelos valiosos conselhos essenciais para a elaboração desta dissertação.

Um especial agradecimento à orientadora, Doutora Francisca Rego, que me acompanhou durante este percurso e pela permanente orientação, motivação e apoio fundamentais para a concretização desta dissertação.

E a todos, os que de uma forma direta ou indireta, contribuíram para que se tornasse possível a conclusão deste trabalho, um sincero e profundo muito obrigada!

RESUMO

Introdução: A Gerontologia, ciência multidisciplinar, estuda o processo do envelhecimento humano, de forma a garantir que este seja bem-assistido, em particular, na fase terminal da vida. O envelhecimento, acompanhado por um declínio progressivo das reservas funcionais, pelo surgimento de doenças, dependência das pessoas idosas e sofrimento, associa-se a uma intensificação da necessidade de Cuidados Paliativos.

Objetivos: Sistematizar a produção científica publicada sobre a Gerontologia Social e os Cuidados Paliativos, articulando e analisando a sua importância e contributo (estudo I) e explorar o conhecimento dos profissionais de saúde acerca do papel do gerontólogo nos Cuidados Paliativos (estudo II).

Metodologia: O estudo I, *scoping review*, partiu da pesquisa nas bases de dados MEDLINE, Web of Knowledge e Scopus através das palavras-chave “social gerontology” e “palliative care” e também da plataforma digital “*Google Académico*”. Incluem-se artigos que abordam os Cuidados Paliativos e Gerontologia e/ou Gerontologia Social e escritos em todas as línguas, com base na data de publicação. Dos 260 artigos encontrados, 4 preencheram os critérios pré-definidos. Com o estudo II, estudo piloto, procura-se complementar a exígua literatura acreditada do Estudo I, uma vez que analisa o conhecimento de 11 profissionais de saúde de 4 equipas de Cuidados Paliativos dos Açores, face ao papel e competências do gerontólogo social nos Cuidados Paliativos. No âmbito deste estudo, foi elaborado um questionário online, enviado por *email*.

Resultados: Os resultados referem a importância da multi/interdisciplinaridade e as recomendações e estratégias de melhoria de desempenho em Gerontologia, nos Cuidados Paliativos. Os dados sustentam que o conhecimento dos profissionais, acerca do papel do gerontólogo nos Cuidados Paliativos, é ainda pouco notório. O aumento significativo do índice de envelhecimento, em Portugal, requer um maior comprometimento das instituições de ensino, na formação de profissionais, nomeadamente na Gerontologia Social, de modo a maximizar o bem-estar do idoso. O gerontólogo é um profissional de relação que não substitui, mas complementa, outros profissionais. A importância das intervenções não-farmacológicas assume um papel relevante na atuação do gerontólogo social em Cuidados Paliativos, cuja grande variedade de abordagens tem sido testada com sucesso.

Conclusões: Torna-se necessário mais investigação na área da Gerontologia Social em Cuidados Paliativos, assim como o desenvolvimento de competências especializadas nessa área, destinado a diferentes profissionais, nomeadamente da Gerontologia. Conclui-se que a investigação e a avaliação são essenciais para que as mudanças correspondam às necessidades reais e às expectativas das pessoas idosas da sociedade atual.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Gerontologia; Gerontologia Social; Papel do gerontólogo em Cuidados Paliativos; Perspetiva dos profissionais de saúde.

ABSTRACT

Introduction: Gerontology, a multidisciplinary science, studies the process of human aging to ensure that it is well-assisted, particularly in the terminal phase of life. Aging, accompanied by a progressive decline in functional reserves, the emergence of disease, dependence on the elderly and suffering, is associated with an intensification of the need for Palliative Care.

Aims: Systematize the published scientific production on Social Gerontology and Palliative Care, articulating and analyzing its importance and contribution (study I) and explore the knowledge of health professionals about the role of gerontologists in Palliative Care (study II).

Methodology: Study I, scoping review, started from searching the MEDLINE, Web of Knowledge and Scopus databases using the keywords “social gerontology” and “palliative care” and also the digital platform “*Google Scholar*”. Included are articles addressing Palliative Care and Gerontology and/or Social Gerontology and written in all languages. Empirical, experimental and quasi-experimental, quantitative and qualitative articles, books or book chapters are incorporate. Review, opinion and reflection articles, poster and congress presentations, and editorial briefings, as well as those addressing pediatric care and individuals under the age of 65 and not related to the Palliative Care context are excluded. No articles were excluded by date of publication. With Study II, a pilot study, that seeks to complement the narrow accredited literature of Study I, as it analyzes the knowledge of 11 health professionals from 4 Palliative Care teams of Azores, given the role and competences of the social gerontologist in Palliative Care. As part of this study, an online questionnaire was prepared and sent by email, to be fill in.

Results: The results refer to the importance of multi/interdisciplinarity and the recommendations and strategies for performance improvement in Gerontology in Palliative Care. The data support that the knowledge of professionals about the role of gerontologists in Palliative Care is still unclear. The significant increase in the aging rate in Portugal requires greater commitment from educational institutions in the training of professionals, particularly in Social Gerontology, in order to maximize the well-being of the elderly. The gerontologist is a relationship professional who does not replace, but complements, other professionals. The importance of non-pharmacological interventions plays a relevant role in the role of the social gerontologist in Palliative Care, whose wide range of approaches has been successfully tested.

Conclusions: More research is needed in the area of Social Gerontology in Palliative Care, as well as the development of specialized skills in this area, aimed at different professionals, namely in the field of Gerontology. It is concluded that research and evaluation are essential for changes to meet the real needs and expectations of older people in today's society.

Keywords: Palliative Care; Gerontology; Social Gerontology; Role of the gerontologist in Palliative Care; Perspective of health professionals.

Lista de Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde;

APCP – Associação Portuguesa Cuidados Paliativos;

ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos

ANG – Associação Nacional de Gerontólogos;

CCI - Cuidados Continuados Integrados;

CP – Cuidados Paliativos;

CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos;

CSH - Centro de Saúde Hospitalar;

CSP - Cuidados de Saúde Primários;

DGS - Direção Geral de Saúde;

ECSCP - Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos;

EIHSCP - Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos;

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas;

GS – Gerontologia Social;

OMS - Organização Mundial de Saúde;

PNCP - Programa Nacional de Cuidados Paliativos;

PRISMA - *Preferred Reporting Item for Systematic reviews and Meta-Analyses*;

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;

SNS - Serviço Nacional de Saúde;

UCP - Unidades de Cuidados Paliativos;

ULS – Unidades Locais de Saúde;

USISM – Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel;

USIT – Unidade de Saúde da Ilha Terceira.

Índice de Figuras

Figura 1. Competências Instrumentais do Gerontólogo (p.34);

Figura 2. Competências Interpessoais do Gerontólogo (p.35);

Figura 3. Competências Sistêmicas do Gerontólogo (p.36);

Figura 4. Diagrama da Estratégia de Seleção de Estudos, de acordo com as normas da PRISMA (p.49).

Índice de Tabelas

Tabela 1. Gerontologia: Competências por área (p.29);

Tabela 2. Prática Gerontológica: Fase Escuta (p.31);

Tabela 3. Prática Gerontológica: Fase Avaliação (p.32);

Tabela 4. Prática Gerontológica: Fase Intervenção (p.32);

Tabela 5. Formulação da questão de investigação segundo o PICO (p.46);

Tabela 6. Bases de dados (p.47);

Tabela 7. Caracterização dos estudos apresentados (p.51);

Tabela 8. Caracterização sociodemográfica, formação e experiência profissional dos participantes (p.69).

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Relevância do papel do gerontólogo social numa equipa de Cuidados Paliativos (p.72);

Gráfico 2. Posição do gerontólogo social numa equipa de Cuidados Paliativos (p.73).

Índice

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	10
1. Introdução.....	10
1.1. Origens e definição do conceito de Cuidados Paliativos.....	10
1.2. Estrutura e organização dos Cuidados Paliativos em Portugal.....	15
1.3. Envelhecimento populacional.....	20
1.4. Gerontologia	23
1.4.1. Gerontologia Social	33
1.5. Gerontologia em Cuidados Paliativos	39
CAPÍTULO II: TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO	44
1. Objetivos	44
2. Materiais e Métodos	44
3. Estudo I	45
3.1. Questão de investigação	45
3.2. Definição dos termos de pesquisa e critérios de seleção dos estudos	46
3.3. Seleção dos estudos	47
3.4. Resultados.....	48
3.5. Discussão	57
3.6. Conclusão	62
4. Estudo II	64
4.1. Metodologia.....	65
4.1.1. População e Amostra	65
4.1.2. Instrumento de Colheita de Dados	66
4.1.3. Procedimentos da Recolha de Dados	68
4.2. Resultados.....	68
4.3. Discussão	73
4.4. Conclusão	79
CAPÍTULO III: DISCUSSÃO, CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

ANEXOS

Anexo I – ECSCP da USIT-Angra do Heroísmo; ECSCP da USIT-Praia da Vitória; ECSCP da USISM-Ponta Delgada; EIHCP do Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Anexo II – Autorização ECSCP da USISM (Excerto de email); Autorização EIHCP do Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada (Excerto de email)

Anexo III – Parecer Comissão de Ética para a Saúde - Unidade de Saúde da Ilha Terceira

Anexo IV – Autorização para Aplicação Inquérito - Unidade de Saúde da Ilha Terceira

APÊNDICES

Apêndice I – Instrumento de Colheita de Dados

Apêndice II – Documento de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. Introdução

1.1. Origens e definição do conceito de Cuidados Paliativos

Ao longo do século XX verificou-se uma evidente melhoria das condições socioeconómicas, nomeadamente a nível de higiene e salubridade das populações e cidades. Consequentemente, este avanço contribuiu para a diminuição de infeções, doenças e epidemias. As melhorias nas condições socioeconómicas acompanharam os progressos científicos, que associados ao desenvolvimento tecnológico, permitiram uma evolução significativa na medicina. Tudo isto se repercutiu favoravelmente no aumento da longevidade, levando naturalmente ao envelhecimento populacional e a grandes melhorias na qualidade de vida da população em geral e dos doentes, em particular.

No entanto, doenças agudas e de desenvolvimento rápido transformaram-se em doenças crónicas, degenerativas e com progressão lenta e incapacitante. Os doentes sem possibilidade de cura, não apenas na fase terminal da doença, mas ao longo de todo o percurso da mesma, apresentam fragilidades e limitações físicas, psicológicas, sociais e espirituais muito específicas (Pereira da Silva & Sudigursky, 2008).

Em Portugal, as doenças crónicas evolutivas como o cancro (20-25%), as insuficiências orgânicas (respiratória, cardíaca, hepática, renal, etc) ou as doenças neurológicas progressivas (demências, Parkinson, Esclerose Lateral Amiotrófica, Esclerose Múltipla, etc.) perfazem 60% da mortalidade. Em múltiplas ocasiões, também existem comorbilidades (síndromes geriátricas) que se desenvolvem de uma forma progressiva em semanas ou meses, com frequentes crises de necessidades (SNS, 2010).

Com vista a proporcionar uma resposta adequada a estes doentes e respetivas famílias, em 1990, a OMS emitiu a sua primeira definição de CP, atualizada em 2002, considerando os CP como “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, mas também dos psicossociais e espirituais.” (WHO, 2014).

Neto (2006) acrescenta ainda que são cuidados ativos e interdisciplinares, integrando o controlo de sintomas, o apoio à família e a comunicação adequada, sendo um tipo de cuidados que se centra, essencialmente, nas necessidades (e não nos diagnósticos) destes doentes e famílias.

Segundo a ANCP (2006), existem princípios fundamentais que orientam este tipo de cuidados, tais como, o facto de os CP encararem a vida e a morte como processos naturais, não pretendendo provocar a morte ou atrasá-la através de medidas terapêuticas fúteis; considerarem como objetivo primordial o bem-estar do doente e a sua qualidade de vida; defenderem uma abordagem holística do doente, providenciando uma equipa interdisciplinar, na qual está sempre incluída a família; visarem as necessidades dos doentes, independentemente do prognóstico e do diagnóstico, bem como as necessidades dos familiares e cuidadores, prolongando os cuidados no período do luto; e defenderem a prestação rigorosa dos cuidados de saúde.

Contudo, em termos históricos, o apoio aos mais debilitados mereceu inicialmente, particular atenção por parte das instituições religiosas e, só mais tarde, pelos próprios profissionais de saúde. Em 1842, Jeanne Garnier criou a Associação das *Dames du Calvaire* em França, com o objetivo de acolher e cuidar dos “moribundos”, tornando-se pioneira no âmbito dos CP em toda a Europa. Tinha como princípio promover o respeito e a tranquilidade face à morte (Clark, 2000). Foi a primeira referência ao termo “hospício”, que tem origem no termo “hospitalidade” (Mirra, 2012).

Na Irlanda, este movimento em torno dos CP também se manifestou com Mary Aikenhead, que teve um papel fundamental na fundação da Ordem das Irmãs Irlandesas da Caridade, onde foi madre superiora (Clark, 2000). Em 1834, esta ordem criou o St. Vincent’s Hospital em Dublin, que mais tarde, em 1879, se viria a transformar no Our Lady’s Hospice, em memória de Mary Aikenhead (Clark, 2004).

Cicely Saunders (1918-2005), com conhecimentos em diferentes áreas de interesse, nomeadamente política, economia, filosofia e administração pública e social, formou-se ainda em enfermagem e medicina, como forma de dar resposta à necessidade de ajudar as pessoas, uma vez que decorria a Segunda Guerra Mundial. Saunders foi quem descreveu, pela primeira vez, na forma moderna, como cuidar da pessoa que está a morrer, com o objetivo de lhe aliviar todo o tipo de sofrimento e proporcionar-lhe a melhor qualidade de vida possível, bem como minimizar o sofrimento da família. Embora os *hospices* já existissem durante o século

XIX para tratar “os moribundos”, foi no século XX que Saunders introduziu cuidados como o controlo da dor e de outros sintomas (Silva, 2009).

Cicely Saunders alertou para a falta de cuidados prestados aos doentes em fase final, que muitas vezes eram vistos como pessoas pelas quais já nada havia a fazer, e para a necessidade de prestar cuidados de maior qualidade, com rigor e baseados na evidência científica (Barbosa & Neto, 2006).

Em 1979, nos Estados Unidos da América, Elisabeth Kubler-Ross segue este movimento e em 1969, com o livro *On death and dying* e em 1981, com *Living with death and dying*, a autora propôs o modelo que descreve os cinco estádios (choque, negação, revolta, tristeza e aceitação) pelos quais passam os doentes perante uma doença terminal ou potencialmente fatal e reflete sobre doentes terminais (Afonso & Minayo, 2013).

Kubler-Ross fortaleceu o tratamento holístico à pessoa, assim como a necessidade de utilizar todos os meios possíveis para aliviar o sofrimento físico e emocional dos doentes. Iniciou, então, a discussão sobre a transição do modelo de prestação de cuidados em saúde hospitalar e biomédico para um modelo domiciliário e em *hospices*. A autora defendeu a necessidade de ter em conta a opinião do doente e ajudá-lo a tomar as suas próprias decisões. Além disso, reforçou a prestação de cuidados aos membros da família, ao longo de todo o processo da doença, como sendo tão essencial como o cuidado ao doente (Afonso & Minayo, 2013). Progressivamente foram surgindo seguidores por todo o mundo.

Em Portugal, o primeiro registo da utilização de uma abordagem paliativa remonta ao séc. XVI, altura em que o médico Amato Lusitano aconselhava aos seus doentes incuráveis, tratamentos com a finalidade de aliviar os sintomas (CNCP, 2018).

No entanto, o movimento dos CP remonta ao início da década de 90 do século XX, mais concretamente ao ano de 1992, com a fundação de uma Unidade da Dor com camas de internamento em CP no Fundão (Marques, 2014). Em 1994, partindo de uma iniciativa da Liga Portuguesa Contra o Cancro, nasce o 1.º serviço de CP, no Instituto Português de Oncologia do Porto e em 1997, constitui-se uma Equipa de Cuidados Continuados e Paliativos no Centro de Saúde de Odivelas (CNCP, 2018).

Em 1995, surge a APCP, a qual define os CP como uma “resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias”. Ao analisar-se as definições acima descritas é possível considerar

que os CP se enquadram na perspetiva biopsicossocial da saúde e que vão ao encontro da definição de saúde da OMS (1948), que a caracteriza como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças”.

As suas intervenções dirigem-se aos sintomas físicos associados à doença crónica incurável e progressiva, aos sintomas psicológicos e emocionais. Incluem-se ainda nos CP, intervenções sociais (subsídios, descontos em medicamentos e outros serviços, colocação em unidades de saúde apropriadas aos seus problemas de saúde, entre outras) e o apoio e aconselhamento espiritual. Estas intervenções, como referido na definição da OMS, têm como principal objetivo manter a qualidade de vida a um nível ótimo e visam não só o doente, mas também a sua família. Para atingir os objetivos a que se propõem, a prática dos CP segue-se, segundo o PNCP (DGS, 2005), pelos seguintes princípios:

- a) Afirma a vida e encara a morte como um processo natural;
- b) Encara a doença como causa de sofrimento a minorar;
- c) Considera que o doente vale por quem é e que vale até ao fim;
- d) Reconhece e aceita em cada doente os seus próprios valores e prioridades;
- e) Considera que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser clínica e humanamente apoiadas;
- f) Considera que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal;
- g) Assenta na conceção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não antecipa nem atrasa a morte, repudiando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica;
- h) Aborda de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente;
- i) É baseada no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor científico;
- j) Centra-se na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim;
- k) Só é prestada quando o doente e a família a aceitam;
- l) Respeita o direito do doente escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado no final da vida;
- m) É baseada na diferenciação e na interdisciplinaridade.

O mesmo Programa apresenta como dimensões mais relevantes dos CP a doença, a sua evolução e respetivo tratamento; os sintomas físicos, emocionais e sociais; a dimensão espiritual; os cuidados à família/cuidador; o luto; os cuidados dos últimos dias e outros aspetos práticos.

Segundo Twycross, citado por Neto (2006), são quatro as áreas fundamentais de atuação nos CP:

- Controlo dos sintomas - o controlo dos sintomas físicos, nomeadamente o tratamento da dor é prioritário, sem o qual os outros problemas dificilmente se resolverão.
- Comunicação adequada - a comunicação é o alicerce do cuidar, ela permite trazer à superfície sentimentos e preocupações do doente/família. A equipa deve utilizar todas as suas competências para uma ajuda adequada.
- Apoio à família - a família tem um papel fundamental no apoio ao doente terminal, sofrendo juntamente com ele, pelo que deve ser incluída nos cuidados prestados pela equipa.
- Trabalho em equipa - só uma equipa de profissionais que trabalha de forma coordenada, onde existe, efetivamente, partilha de saberes e experiências e impera o respeito, pode concretizar os objetivos dos CP.

De acordo com as diretrizes da OMS, os CP constituem-se como uma prioridade das políticas de saúde, uma vez que, com o aumento da longevidade e das doenças crónicas e progressivas, bem como, com as alterações na rede familiar, se apresentam como a melhor, senão a única resposta para os doentes crónicos terminais (SNS, 2010).

De acordo com o PNCP (CNCP, 2018), os CP são prestados em regime de internamento ou no domicílio, por unidades e equipas específicas, tratando-se de cuidados estruturados, ativos e globais à pessoa em sofrimento devido a doença grave ou incurável, em estado avançado ou progressivo. Implica o cuidado à família e tem como principal objetivo a promoção da qualidade de vida e do bem-estar. Assim, supõe a prevenção e o alívio do sofrimento global, ao nível físico, psicológico, social e espiritual, sendo para isso necessário identificar antecipadamente e tratar, de forma rigorosa, vários sintomas físicos como a dor, sintomas psicossociais e espirituais.

Os CP são, então, cuidados de saúde especializados prestados a pessoas com doença incurável ou grave, independentemente do diagnóstico da doença, do estágio da doença ou da idade da pessoa (CNCP, 2018).

1.2. Estrutura e organização dos Cuidados Paliativos em Portugal

No âmbito do PNCP (DGS, 2005), é possível verificar que “os cuidados devem ser prestados com base nas necessidades dos doentes com intenso sofrimento e/ou doença avançada, incurável e progressiva, através de um conjunto de serviços: desde estruturas de internamento ao apoio domiciliário, passando por equipas de suporte no hospital e na comunidade. Estes cuidados requerem especificidade e rigor técnico e devem estar acessíveis a todos os que deles carecem, estando inseridos no sistema de saúde”.

Pode afirmar-se que do ponto de vista organizacional, os CP devem respeitar e estar enquadrados em alguns princípios:

1. Devem estar integrados no Sistema Nacional de Saúde;
2. Devem ser desenvolvidos diferentes níveis de prestação de cuidados: básicos, especializados e de alta complexidade;
3. CP básicos devem ser desenvolvidos e prestados em todos os recursos de saúde;
4. Em todos os níveis do sistema de saúde devem existir serviços especializados;
5. Os profissionais devem possuir capacitação específica;
6. Devem ser desenvolvidos sistemas de registo informatizados, partilhados e adaptados à multidimensionalidade do fenómeno que se trata;
7. Os CP têm de ser flexíveis, dinâmicos, de acessibilidade fácil e com clara responsabilização;
8. A organização requer um pensamento holístico e sistema flexível desde o domicílio ao hospital;
9. O planeamento deve ter em conta as características demográficas da população;
10. A organização deve ser sensível a questões de índole cultural e de organização de saúde de cada região;
11. Os princípios de acessibilidade a outros serviços deverão ser também aplicáveis aos CP.

É deste modo necessário uma cooperação estreita entre todo o sistema, através de reuniões para preparar a admissão ou alta, para elaborar o plano individual de intervenção e para realizar uma fácil transferência entre recursos, de forma a permitir que a equipa de CP funcione como suporte da abordagem, consultoria a equipas e a disponibilizar respostas 24 horas por dia. É ainda necessário uma cooperação em todo o sistema que permita a existência

de urgências ou consultas/visitas não programadas, além da existência de uma adequada rede de recursos.

De acordo com o PNCP (CNCP, 2018), os CP devem ser planeados de acordo com os seguintes níveis de diferenciação:

I. Ações Paliativas

Correspondem a cuidados que integram os princípios e filosofia dos CP em qualquer serviço não especializado, no sentido de aliviar o sofrimento do doente. Inclui medidas não-farmacológicas e farmacológicas para o controlo sintomático; comunicação com o doente e família, assim como com outros profissionais de saúde, apoio na tomada de decisão e respeito pelos objetivos e preferências do doente. Devem ser implementados por todo e qualquer profissional de saúde, devendo para tal possuir formação básica em CP, preferencialmente pré-graduada;

II. Cuidados Paliativos gerais

São prestados, primordialmente, por profissionais dos CSP ou especialistas em doenças limitadoras da vida, que possuem boas competências e conhecimentos em CP, mas que não fazem desta área o principal foco da sua atividade profissional.

III. Cuidados Paliativos especializados

São cuidados prestados em serviços ou equipas, cuja atividade fundamental, e única, é a prestação de CP, normalmente vocacionados para doentes mais complexos, o que requer um significativo nível de diferenciação dos profissionais. Requerem uma equipa interdisciplinar, em que os seus elementos devem ser altamente qualificados e que este seja o seu principal foco de atividade.

IV. Centros de excelência

Disponibilizam CP num largo espectro de tipologias, assim como facilitam o desenvolvimento da investigação. São o núcleo da formação, investigação, disseminação e desenvolvimento de *standards* e novas técnicas de abordagem. No sentido da total resposta a estes níveis de diferenciação dos cuidados consideram-se como requisitos básicos, a formação dos profissionais, o planeamento avançado, continuidade e disponibilização deste tipo de cuidados, assim como a atenção pela preferência relativa ao local onde o doente deseja ser cuidado.

Os doentes e famílias devem ter acesso a CP adequados às suas necessidades multidimensionais, prestados atempadamente por equipas, unidades ou serviços especializados de CP, em articulação e continuidade com todos os outros serviços não específicos. Assim, deve ser implementada uma cobertura de recursos adequada a nível regional e nacional, nomeadamente equipas de suporte (comunitárias e intra-hospitalares) e unidades de internamento de CP (UCP), nos hospitais (CNCP, 2018).

As UCP prestam cuidados a doentes internados, sendo por isso um serviço especificamente destinado a tratar e cuidar do doente paliativo. Devem encontrar-se em unidades hospitalares de agudos, uma vez que se destinam ao acompanhamento de doentes com necessidades paliativas complexas e também pelo elevado número de doentes com necessidades paliativas internados nos diferentes serviços hospitalares e unidades da RNCCI. As UCP podem diferenciar-se por patologias específicas, como doenças oncológicas, neurológicas ou infetocontagiosas e permitem também atividades de docência e de investigação.

O número de camas deve ser ajustado às necessidades estimadas da população que servem e às condições estruturais das instituições em que estão inseridas, no entanto para uma adequada gestão de recursos, recomenda-se que tenham entre 8 e 20 camas (CNCP, 2018).

As UCP asseguram serviços tais como:

- a. Cuidados médicos e de enfermagem permanentes;
- b. Intervenção psicológica para doentes, familiares e profissionais;
- c. Intervenção e apoio social;
- d. Apoio e intervenção no luto;
- e. Intervenção espiritual;
- f. Exames complementares de diagnóstico;
- g. Prescrição e administração de fármacos que constem do Formulário Nacional de Medicamentos, no respeito pelas normas de orientação clínica da DGS;
- h. Higiene, conforto e alimentação;
- i. Convívio e lazer;
- j. Formação em CP;
- k. Assessoria na área dos CP a profissionais de saúde, designadamente dos CSP, hospitalares e continuados, da respetiva área de influência da instituição de saúde onde a UCP se encontra integrada.

A EIHSCP disponibiliza aconselhamento em CP e apoio a toda a estrutura hospitalar, doentes, família e cuidadores no ambiente hospitalar. Disponibiliza também formação formal e informal e interliga-se com outros serviços dentro e fora do hospital. São consideradas equipas multidisciplinares especializadas que exercem a sua atividade no interior de toda a estrutura hospitalar onde estão integradas. As EIHSCP devem desenvolver uma Consulta de CP e Hospital de Dia, permitindo a realização de procedimentos terapêuticos e para assegurar o acompanhamento dos doentes que tiveram alta do internamento hospitalar ou para doentes referenciados por outras equipas dos CSP, CSH ou CCI.

Em regiões em que não existam ECSCP, devem orientar os profissionais de saúde dos CSP, Equipas/Unidades da RNCCI e ERPI da respetiva instituição. Estima-se a necessidade de 1 equipa por cada hospital. (CNCP, 2018).

A EIHSCP assegura, designadamente:

- a. Consulta e acompanhamento de doentes internados na instituição de saúde onde se encontra integrada;
- b. Intervenção psicológica para doentes, profissionais e familiares;
- c. Intervenção e apoio social;
- d. Apoio e intervenção no luto;
- e. Intervenção espiritual;
- f. Assessoria na área dos CP a profissionais de saúde designadamente dos CSP, hospitalares e continuados integrados, da respetiva área de influência da instituição de saúde onde a EIHSCP se encontra integrada;
- g. Formação em CP.

A ECSCP presta cuidados a doentes em casa, assim como apoiam os seus familiares e cuidadores. Encontram-se parcialmente integradas em ACES ou ULS. Disponibilizam também aconselhamento a clínicos gerais, médicos de medicina geral e familiar e enfermeiros que prestam cuidados no domicílio. É a pedra basilar de uma adequada rede de cuidados e estima-se a necessidade de 1 equipa por 100 mil habitantes, que permita acessibilidade 24h por dia, 7 dias por semana (CNCP, 2018).

A ECSCP assegura, designadamente:

- a. Cuidados médicos e de enfermagem permanentes;

- b. Intervenção psicológica;
- c. Intervenção e apoio social;
- d. Apoio e intervenção no luto;
- e. Intervenção espiritual;
- f. Apoio e aconselhamento diferenciado em CP às unidades de CSP, às unidades e equipas da RNCCI e a outras instituições onde o doente resida;
- g. Tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos, de acordo com o nível de diferenciação da equipa;
- h. Prevenção e intervenção na exaustão emocional dos profissionais de saúde;
- i. Gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais;
- j. Formação em CP.

Segundo o PNCP (DSG, 2005), o planeamento dos serviços depende das necessidades existentes que são determinadas pelo tipo de área (rural, urbana, semiurbana), pelos recursos existentes, pelo tipo de patologias, pela complexidade e pela prevalência da mortalidade. Além disso, a criação de uma equipa implica que os profissionais de saúde sejam treinados, tendo em conta o perfil dos doentes, nomeadamente a patologia, o estágio da doença, o nível de complexidade, assim como a tipologia de unidades de internamento, de suporte e de apoio domiciliário.

Relativamente ao acesso, a referenciação é realizada através dos sistemas de informação do SNS ou através de contacto pessoal ou telefónico. As equipas de CP necessitam de se articular entre si e com as restantes equipas pertencentes ao SNS (CNCP, 2018).

De acordo com os dados da APCP, em 2016 e em Portugal, a acessibilidade aos serviços de CP era ainda difícil, uma vez que além de existirem poucos, as suas localizações nem sempre seriam acessíveis a todos os portugueses. Os distritos com maior acessibilidade eram Lisboa e Porto, com UCP (internamento), equipas intra-hospitalares e equipas comunitárias, sendo algumas delas privadas.

Dados mais atuais do Relatório de Outono 2018, do Observatório Português de CP, comprovaram um aumento significativo no número de respostas, verificando-se um total de 103 equipas/serviços de CP (públicos e privados) a 31 de dezembro de 2017. Ao nível das UCP existem 31 respostas, 45 EIHSCP e 27 ECSCP.

A CNCP (2018) afirma ser, internacionalmente reconhecida, a formação como um elemento essencial e determinante para a prática dos CP. Um estudo realizado em Portugal, verificou que a inclusão de uma unidade curricular, especificamente dedicada aos CP nos planos de estudo conducentes ao exercício de profissões na área da saúde (Medicina, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Fisioterapia, Gerontologia, Terapia Ocupacional) era escassa.

Posto isto, de um total de 133 planos de estudo analisados e acreditados pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, somente 17% incluíam a referida unidade curricular. Estes planos de estudo eram relativos a cursos de Medicina e Enfermagem sendo que, nos cursos conducentes ao exercício da Medicina, três de oito planos de estudo analisados (37,5%) incluíam uma unidade curricular de CP de cariz optativo. Já no que concerne aos cursos conducentes ao exercício de Enfermagem, esta percentagem sobe ligeiramente para 39,5%, com 15 de 38 planos de estudo analisados a incluir uma unidade curricular de CP, sendo a maioria de cariz obrigatório.

Ao nível de formação pós-graduada, esta tem dependido essencialmente do interesse e investimento individual de cada profissional, não existindo atualmente dados nacionais fidedignos relativamente ao número de profissionais de saúde que dispõe deste nível de formação em CP.

Posto isto, e de acordo com as recomendações internacionais que evidenciam linhas estruturais e filosofias comuns na educação e formação, em Portugal, ainda há todo um percurso por delinear e encetar (CNCP, 2018).

1.3. Envelhecimento populacional

As alterações na composição etária da população residente em Portugal são reveladoras do envelhecimento demográfico ocorrido nos últimos anos, como de resto tem acontecido na maioria dos países desenvolvidos. Este facto deve-se à queda da natalidade e ao aumento da longevidade nos últimos anos. Em Portugal verificou-se o decréscimo da população jovem (0 a 14 anos de idade) e da população em idade ativa (15 a 64 anos de idade), a par do aumento da população idosa (65 e mais anos de idade).

Em 2015, cerca de 2 milhões de pessoas, quase 20% da população portuguesa, tinham 65 ou mais anos. A proporção de idosos na população tem vindo a crescer e espera-se que a

tendência se mantenha. De acordo com as projeções nacionais, prevê-se que, em 2030, os idosos representem aproximadamente um quarto da população e, em 2060, atinjam os 29%.

Entre 2015 e 2060, estima-se que o número de pessoas com 80 e mais anos passe dos 614 mil para os 1421 mil indivíduos. É certo que o número de idosos já ultrapassou, há muito, o número de jovens em Portugal, tendo o índice de envelhecimento atingido os 140 idosos por cada 100 jovens em 2015. Simultaneamente, o índice de dependência tem vindo a aumentar, de forma contínua, nas últimas décadas, sendo em 2015 de 31 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa (UNECE, 2017).

O envelhecimento pode ser definido como um processo global e por esse motivo é possível afirmar-se que o ser humano sofre um envelhecimento biológico, psicológico e social (Rodrigues e Diogo, 2000). Este processo é acompanhado por um declínio múltiplo de todos os sistemas orgânicos, em função do tempo.

O envelhecimento, também designado por senescência, tem início com mudanças no aspeto exterior, no aparecimento de cabelos brancos, alterações do equilíbrio, lentificação progressiva dos movimentos, diminuição da velocidade de reação, diminuição da força muscular, alterações cognitivas, entre outras.

As mudanças internas do organismo ocorrem devido às alterações em alguns órgãos vitais e às que ocorrem no metabolismo basal. Devido às transformações ocorridas em vários sistemas, com destaque para o sistema cardiovascular, a pessoa idosa, encontra-se mais propensa ao aparecimento de diversas patologias, que poderá condicionar a sua independência e autonomia (Sequeira, 2010).

Segundo a DGS (2005), as principais causas de morbilidade e mortalidade das pessoas idosas são as doenças não transmissíveis, incapacitantes e de evolução prolongada, com tendência para a cronicidade. Em Portugal, as principais causas de mortalidade a partir dos 64 anos, tanto para homens como para mulheres, são as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos, sendo que estes têm um peso particularmente grave na mortalidade masculina, estando a aumentar, o que também se observa, em ambos os sexos, nas doenças do aparelho respiratório.

O envelhecimento trata-se de um processo heterogéneo e individual e, como tal, existem diferenças na velocidade com que os órgãos envelhecem. As alterações inerentes ao envelhecimento não se verificam sempre na mesma altura da vida em todos os indivíduos,

uma vez que dependem dos estilos de vida, da adaptação ao ambiente e de agressões internas e externas que cada um vai sofrendo (Azeredo, 2011).

O envelhecimento psicossocial é muito influenciado pelo modo como o ser humano vai encarar os ganhos e perdas que vão ocorrer nesta fase. Depende da forma como o indivíduo viveu no decorrer da sua vida, de valores, crenças e atitudes assumidas ao longo da vida (Rodrigues e Diogo, 2000).

Segundo Squire (2005), estas alterações demográficas que se verificam na sociedade atual têm vindo a causar alguma preocupação por parte da população idosa, bem como por parte das instâncias políticas, dado o impacto socioeconómico significativo que apresentam ao nível do aprovisionamento de serviços sociais e de saúde.

Os avanços da medicina, que deviam ser sentidos como um triunfo vigoroso para a vida humana, revelam-se um “fardo” económico para a maioria das pessoas idosas que, muitas vezes, se sentem como mais um “peso” para a sociedade. Com o passar dos anos, a pessoa idosa sente o despoletar de incapacidades e doenças, o que lhe trará um consequente recurso aos serviços de saúde e, inevitavelmente, progressiva dependência e falta de autonomia (Squire, 2005). No entanto, apesar das alterações sentidas, o idoso não deixa de ser pessoa e continua a crescer, a aprender e a ter potencialidades para se adaptar ao futuro, em busca de felicidade, alegria e do prazer de viver (Raimundo e Lima, 2002).

É característica básica dos seres vivos a capacidade de se adaptar às constantes transformações. No entanto, o envelhecimento não sendo sinónimo de doença, nem de CP, significa uma redução na capacidade do organismo em se adaptar às adversidades, principalmente as que causam grande sofrimento (Álvarez EL, Zaragoza JÁ, s/d).

Na sociedade moderna existem vários mitos e estereótipos relativamente aos idosos, os quais, podem conduzir a uma desvalorização da sua reabilitação e do cuidado aos mesmos. Esses mitos referem a, *maioria dos idosos é senil e infeliz; os idosos, no trabalho, não são tão produtivos quanto os jovens; a maioria dos idosos é doente e tem necessidade de ajuda nas suas necessidades quotidianas; os idosos mantêm obstinadamente os seus hábitos de vida, são conservadores e incapazes de mudar; todos os idosos se assemelham, estão isolados e sofrem de solidão* (Berger L, Mailloux-Poirier D, 1995).

Estes mitos, apesar de terem sido identificados há vários anos, permanecem ainda atualmente, devido ao desconhecimento existente sobre o processo natural do envelhecimento, facto que conduz a uma transmissão de ideias falsas. As falsas perceções e

atitudes da sociedade, face ao envelhecimento, condicionam a imagem que os próprios idosos têm de si e de todo o processo de envelhecimento (Santos P., 2002).

A idade não pode ser critério para apuramento de uma situação terminal. Existem princípios éticos fundamentais, relacionados com idade avançada, e que dizem respeito: à individualidade, ao direito de participar em todos os benefícios sociais e de saúde, ao direito à informação e à tomada de decisões. Em todo o caso, o doente idoso terminal tem direito a morrer com dignidade. Os profissionais de saúde têm de se esforçar para atingir esse objetivo, evitando adotar medidas de diagnóstico e tratamento, quando estas causam sofrimento; aliviando a dor e sofrimento, tendo por base uma comunicação terapêutica (González A, Dueñas M, s/d).

1.4. Gerontologia

As exigências que se colocam aos cidadãos, numa sociedade progressivamente envelhecida, fazem com que a pertinência da Gerontologia, enquanto área de conhecimento e de intervenção, de natureza multidisciplinar, se justifique (Ribeirinho, 2013).

A Gerontologia (do grego gero = envelhecimento + logia = estudo) constitui-se como um campo multi e interdisciplinar que aponta a descrição e a explicação das mudanças, características do processo de envelhecimento e dos seus determinantes biológicos, psicológicos e sociais (Neri, 2008).

Recebe contribuições metodológicas e conceituais das principais disciplinas como a biologia, a psicologia e a sociologia. A biologia estuda o impacto da passagem do tempo nos processos fisiológicos ao longo da vida até à velhice. A psicologia concentra-se nos aspetos cognitivos e emocionais relacionados com a idade e com o envelhecimento, em particular, no processo do desenvolvimento humano. A sociologia baseia-se em períodos específicos do ciclo de vida que afetam os indivíduos. O grande desafio da Gerontologia é garantir que o processo de envelhecimento seja bem-assistido e orientado (Andrade, 2018).

No decorrer do século XX, no Ocidente, cuidar dos idosos tornou-se uma especialidade, iniciando-se como ciência. Em 1903, o russo Elie Metchnikoff apresentou um tratado onde se referiu, pela primeira vez, a palavra Gerontologia. Nascher, geriatra americano, nascido em Viena, criou o termo Geriatria, um ramo da medicina que trata das doenças que podem acometer os idosos. Na década de 30, a médica inglesa Marjorie Warren desenvolveu uma abordagem específica do idoso, no controlo de pacientes crónicos, em

Londres. Ainda nesse século, no ano de 1946, em Londres, surge a especialidade médica de Geriatria, no Hospital de Barncoose. Quatro anos depois, realiza-se o primeiro congresso na área da Gerontologia em Liège, onde se forma a Associação Internacional de Gerontologia (Pereira et.al. 2009).

Em 1961 surge “The Gerontologist”, a primeira revista científica da área, com enorme reconhecimento e impacto. Na segunda metade do século XX ocorre o desenvolvimento da Gerontologia, evidenciando-se autores como: Rowen, Kahn, Birren, Schaie, Ballesteros, entre outros. Neste seguimento, destacaram-se ainda algumas ações relevantes, tais como: o Ano Internacional do Idoso, em 1999, estabelecido pela Organização das Nações Unidas e a Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em Madrid, Espanha em 2002 (Pereira et.al. 2009).

O termo Gerontologia foi criado, como um ramo da ciência que se propõe a estudar o processo de envelhecimento nos seus aspetos bio-psico-sociais e os múltiplos problemas que possam envolver o ser humano (Beauvoir, 1990).

O ensino da Gerontologia é de extrema importância, face ao abrupto crescimento da população idosa e à necessidade de encontrar respostas com uma base científica, que possam explicar o envelhecimento humano e fazer a sua transferência para a prática no dia-a-dia, através da criação de serviços inovadores, numa sociedade solidária e inclusiva, onde o envelhecimento não constitua um problema, mas seja pelo contrário uma conquista do ser humano (Paço, 2016).

Ligados à Gerontologia, encontram-se associados conceitos básicos como o de Geriatria, ramo da medicina que se centra no estudo, prevenção e tratamento de doenças em idades avançadas, estudando também, os meios para lutar contra os efeitos do envelhecimento; a Senescência, sendo um processo biológico do desenvolvimento da idade, associado à probabilidade crescente de morrer, ou à suscetibilidade do aparecimento de doença; e a Senilidade, que é relativa ao enfraquecimento progressivo das faculdades físicas e psíquicas, provocadas pela velhice (Paço, 2016).

A Gerontologia possui um duplo objetivo: o quantitativo, que se traduz na intenção de prolongar a vida, isto é, dar mais anos à vida e adiar a morte, e outro qualitativo, no sentido de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, dando mais vida aos anos (Paço, 2016).

O gerontólogo é um profissional de saúde que contribui para a melhoria da qualidade de vida e promoção do bem-estar das pessoas à medida que envelhecem, nos contextos

familiares, da comunidade e sociedade, através da investigação, educação e aplicação de conhecimento interdisciplinar do processo de envelhecimento.

Estes profissionais têm como função:

- Coordenar os diferentes serviços que apoiam as pessoas idosas, bem como as respetivas famílias, identificando e assegurando uma efetiva administração de serviços, de acordo com as suas necessidades (gestor de caso);
- Providenciar serviços para a pessoa idosa individualmente, bem como para grupos, com base no conhecimento multidisciplinar que detém acerca do processo de envelhecimento, sendo por isso, capazes de antecipar futuras necessidades e implementar soluções inovadoras (prestador de serviços);
- Avaliar as necessidades numa determinada esfera, contribuindo para o planeamento de intervenções que correspondem à solução dessas necessidades (consultor) (Letra, M. et.al., 2018).

O gerontólogo é ainda, responsável pela avaliação, intervenção e estudo científico do fenómeno do envelhecimento humano e prevenção dos problemas pessoais e sociais a ele associado.

De forma a poder exercer a prática profissional no domínio da Gerontologia, o gerontólogo deverá ter adquirido as seguintes competências ao longo do ciclo de estudos (Paço, 2016):

- Conhecer os processos normais de envelhecimento, detetando atempadamente desvios de carácter patológico;
- Avaliar problemas de envelhecimento, qualidade de vida e bem-estar nas populações idosas;
- Conhecer as políticas de apoio à população idosa em Portugal e na União Europeia, nomeadamente, os sistemas de solidariedade social e de saúde;
- Conhecer a tipologia diferenciada dos equipamentos de apoio a idosos;
- Saber intervir na comunidade, junto dos idosos e prestadores de cuidados (formais e informais);
- Saber implementar programas de prevenção e promoção dos processos de desenvolvimento no idoso;
- Implementar programas relacionados com o “Active Ageing”;

- Saber acompanhar e/ou encaminhar os idosos em situações agudas, reabilitação e morte;
- Trabalhar de forma efetiva numa perspectiva interdisciplinar e colaborar na gestão dos serviços em que venha a ser integrado;
- Resolver problemas e introduzir, na sua prática diária, quer os resultados da sua reflexão sobre a prática, quer os resultados de estudos científicos e de pesquisa adicionais;
- Avaliar o exercício profissional e promover o seu desenvolvimento, tendo em consideração valores e atitudes de um profissional de cuidados de saúde consistentes com os padrões de conduta profissional e ética subscritos pelos Direitos Universais.

O gerontólogo poderá exercer a sua prática profissional em contacto direto ou indireto com a população idosa, tanto em contexto comunitário, como institucional, nas seguintes áreas de trabalho (Paço, 2016):

1. Medidas de promoção ao Cuidado dos Idosos Dependentes

- 1.1. Serviços de Saúde Mental;
- 1.2. Centros de Assistência Diurna/Noturna;
- 1.3. Cuidado da saúde e bem-estar físico;
- 1.4. Apoio domiciliário;
- 1.5. Serviços de apoio para cuidadores informais;
- 1.6. Centros de dia, centros de convívio, lares e residências para idosos;
- 1.7. Assessoria/Orientação Jurídica;
- 1.8. Intervenção em negligência e maltrato de idosos (contexto comunitário e institucional);
- 1.9. Programas inovadores e/ou alternativos de cuidados a idosos;
- 1.10. Programas de adaptação ambiental (contexto comunitário e institucional);
- 1.11. Serviços de informação (telefónicos, on-line e pessoais).

2. Medidas de envelhecimento ativo

- 2.1. Programas económicos (metodologias diretas e indiretas);
- 2.2. Programas educacionais (formais ou não-formais);
- 2.3. Programas de atividades (contexto comunitário e institucional).

3. Medidas de promoção do envelhecimento produtivo

3.1. Voluntariado sénior e programas intergeracionais;

3.2. Programas de emprego sénior.

4. Medidas transversais

4.1. Formação de quadros técnicos e pessoal auxiliar;

4.2. Investigação e desenvolvimento.

O profissional formado em Gerontologia deve, portanto, conhecer a multidisciplinaridade e o carácter interdisciplinar da Gerontologia, envolvendo áreas como psicologia, demografia, sociologia, biologia, medicina, epidemiologia, direito e gestão, relacionando-as com a variação interindividual existente no processo de envelhecimento. O gerontólogo deve estar familiarizado com os conceitos básicos e com as principais correntes europeias da Gerontologia e deve ainda possuir conhecimento sobre (Figueiredo et.al., s.d):

- A história da Gerontologia e os padrões demográficos contemporâneos nas sociedades europeias;
- O processo de envelhecimento, nomeadamente a sua variabilidade e diferentes fases;
- Os conceitos básicos da Gerontologia e as teorias do envelhecimento;
- O carácter interdisciplinar da investigação no processo de envelhecimento e a sua complexidade;
- Os diferentes níveis de análise no processo de envelhecimento, de micro a macro;
- O processo de envelhecimento enquanto fenómeno individual e coletivo;
- A ética em Gerontologia.

Esta ciência pode ainda subdividir-se em diversas áreas de especialidade, tais como (Figueiredo et.al., s.d.):

BioGerontologia

O gerontólogo deve conhecer os conceitos do envelhecimento, enquanto processo biológico, identificando os principais órgãos do corpo humano e quais as suas alterações, consoante avança o relógio biológico. Ao gerontólogo compete compreender a interação constante entre fatores biológicos e sociais e perspetivar o ser humano através do modelo evolucionário, onde o envelhecimento e a morte são procedimentos naturais e inevitáveis.

PsicoGerontologia

O gerontólogo deve estar ciente das alterações nos processos cognitivos e comportamentais e as suas consequências. É necessário que compreenda as variações individuais, sociais e culturais do processo de envelhecimento, bem como a influência que os estereótipos sobre os idosos têm sobre a autoimagem dos mesmos.

Gerontologia Social

O gerontólogo reconhece a diversidade e idiosincrasia do processo de envelhecimento, produto de circunstâncias estruturais, de definições culturais e de experiências pessoais.

Gerontologia da Saúde

O gerontólogo deve possuir competências que lhe permitam compreender as variações na saúde dentro de grupos de idosos, conhecer a doença crónica e predizer os padrões de saúde de futuros grupos de idosos. O gerontólogo deve construir e promover modelos de boas práticas de saúde, difundindo o seu conhecimento e promovendo a qualidade dos cuidados prestados.

Gerontologia Educativa

O gerontólogo deve perceber a importância da educação e formação ao longo da vida avaliar das necessidades de formação e programas educativos.

Tabela 1. Gerontologia: Competências por área (Figueiredo et.al., s.d.)

GERONTOLOGIA				
BioGerontologia	PsicoGerontologia	Gerontologia Social	Gerontologia da Saúde	Gerontologia Educativa
• Conhecer o papel da BioGerontologia num mundo em envelhecimento; • Adquirir uma visão holística da biologia do envelhecimento; • Compreender os princípios básicos da investigação em biologia e as suas conexões com a Gerontologia; • Perceber aquilo que se herdou das aprendizagens passadas; • Saber onde conduz a investigação em biologia do envelhecimento.	• Compreender os principais conceitos e paradigmas psicológicos; • Compreender e conhecer as teorias essenciais na psicologia do envelhecimento, incidindo sobre as competências cognitivas, a personalidade, a adaptação e a integração social; • Compreender a perspectiva de curso de vida no envelhecimento humano, abordando as variações entre classes, géneros, etnias e geografia; • Compreender a saúde mental e psicopatologia, salientando as patologias características dos idosos, particularmente a demência e a depressão; • Compreender e analisar o envelhecimento bem-sucedido e os fatores de seleção; • Compreender e analisar o <i>stress</i> de fim de vida, os mecanismos de <i>coping</i> e as estratégias de adaptação à doença, morte, reforma, pobreza e declínio funcional; • Compreender o impacto dos estereótipos na integração social e	• Estar ciente das teorias sociais do envelhecimento; • Compreender a dimensão temporal no processo de envelhecimento e da sua relação com a evolução histórica da sociedade; • Compreender o impacto, no processo de envelhecimento individual e social, das condições sociais macro (económicas, estruturais e culturais); • Compreender os mecanismos condicionadores na construção de idade e de envelhecimento; • Estar ciente da tensão entre os formatos sociais macro de envelhecimento e a construção interacional dos processos de envelhecimento; • Compreender as diferenças estruturais e institucionais dos contextos de envelhecimento existentes entre países europeus, do impacto destas diferenças e do modo como podem ser ultrapassadas, através de processos políticos;	• Compreender as diferenças e a interação entre o envelhecimento e as doenças e o seu tratamento; • Compreender a importância do modelo funcionamento-incapacidade-saúde, como paradigma fundamental da perda funcional, associada aos grandes quadros geriátricos; • Perceber os determinantes da saúde e da doença na terceira idade; • Entender o valor da avaliação, do trabalho de equipa e da intervenção geriátrica compreensiva; • Assimilar que práticas de saúde atuais, não especializadas, podem contribuir para a morbilidade e a mortalidade nos idosos; • Compreender o componente teórico-prático da prevenção nos quadros geriátricos e nas perdas funcionais, e que a prevenção pró-ativa das doenças pode promover o desenvolvimento dos potenciais da terceira idade; • Conhecer as implicações éticas e clínicas dos cuidados terminais;	• Compreender a importância da educação e formação ao longo da vida quer para o idoso, quer para profissionais e outros agentes de apoio ao idoso; • Contribuir para a avaliação das necessidades de formação e programas educativos quer a nível do idoso/família, quer a nível das organizações.

	na qualidade de vida do idoso; • Compreender de que modo as competências mentais, a personalidade e o comportamento podem ser moldados pela sociedade, e de que modo a privação de estímulos, a crítica e outros fatores sociais negativos podem ameaçar o envelhecimento produtivo; • Compreender de que modo o conhecimento produzido na psicologia do envelhecimento pode ser utilizado, na prática, para melhorar o estilo de vida; • Promover a aprendizagem ao longo da vida e a estimulação mental.	• Compreender de que modo os contextos micro sociais desempenham um papel fundamental na construção do envelhecimento e no suporte emocional e instrumental, e como se diferenciam esses contextos a nível europeu, incluindo os prestadores formais de cuidados; • Compreender a conceção de estratégias políticas e de prestação de cuidados, no sentido de promover a qualidade de vida, considerando a experiência de vários países europeus.	• Saber quais os sistemas de saúde, os serviços sociais e as redes informais, existentes a nível local, nacional e europeu, e como utilizar o conhecimento global adquirido para delinear políticas eficazes de saúde e prestação de cuidados; • Conhecer os estudos epidemiológicos realizados sobre a terceira idade, conhecendo as metodologias dos estudos longitudinais e a epidemiologia das doenças disfuncionais e dos problemas dos idosos; • Compreender os mecanismos estigmatizantes em relação ao envelhecimento enraizados nos sistemas de saúde e desenvolver modos de combatê-los; • Obter um sentido de ética, nos campos sociais e da saúde para os idosos; • Avaliar a qualidade, eficácia e eficiência dos planos de cuidados e dos programas de prevenção;	
--	---	--	---	--

Atualmente em Portugal e de acordo com a Direção-Geral do Ensino Superior, ao nível do primeiro ciclo de estudos, verifica-se a existência de uma licenciatura em Gerontologia, ministrada pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança e uma licenciatura em Gerontologia Social, pela Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra, sendo esta última oferecida também pelo Instituto Superior de Serviço Social do Porto, ao nível do ensino privado.

Relativamente a mestrados, o leque é mais vasto, sendo possível encontrar uma variedade mais significativa, em torno das diversas áreas da Gerontologia, nomeadamente, Gerontologia; Gerontologia Social; Gerontologia Aplicada; Gerontologia Comunitária; Gerontologia e Cuidado Geriátrico; Gerontologia, Atividade Física e Saúde no Idoso; entre outros. Ao nível do terceiro ciclo de estudos, o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto, é o único que oferece o doutoramento em Gerontologia e Geriatria.

É um facto que o exercício da profissão de gerontólogo, envolve um amplo e complexo conjunto de competências com vista à avaliação, intervenção e estudo científico do fenómeno do envelhecimento humano e prevenção dos problemas pessoais e sociais associados. É por isso, considerado um profissional multifacetado, com capacidade para se adaptar a diferentes áreas e contextos, sempre numa perspetiva interdisciplinar.

Segundo Richardson e Barusch (2006), citado por Andrade (2018), genericamente a prática gerontológica ocorre num processo dividido em três fases: escuta, avaliação e intervenção.

A fase da escuta ativa pode ser entendida como a base para uma análise compreensiva dos múltiplos e complexos problemas do cliente.

Tabela 2. Prática Gerontológica: Fase Escuta (Richardson e Barusch, 2006 cit. por Andrade, 2018)

Prática Gerontológica (Richardson e Barusch 2006 cit. por Andrade, 2018)
Fase – Escuta
• O profissional procura estabelecer relação de confiança com a pessoa idosa (capacidade para gerir, aceitar e controlar sentimentos); • O profissional procura identificar <i>stressores</i> da vida das pessoas idosas, através do diálogo que estabelece com o cliente; • O profissional procura estabelecer escuta empática e expressar sensibilidade e empatia cultural;

Na fase correspondente à avaliação, os profissionais continuam a escutar, no entanto, já colocam questões mais específicas. O Guia Prático de Gerontologia – baseado no modelo ABCDEF – ajuda os profissionais a aplicar, na prática profissional, uma abordagem multidisciplinar e biopsicossocial com os clientes, que tipicamente apresentam problemas de saúde física e mental, estados subjetivos e sociais, desigualdades, entre outros.

O modelo integrado de prática gerontológica tem seis dimensões a que correspondem seis letras (A+B+C+D+E+F) e serve como descritores de avaliação e intervenção.

Tabela 3. Prática Gerontológica: Fase Avaliação (Richardson e Barusch, 2006 cit. por Andrade, 2018)

Prática Gerontológica (Richardson e Barusch, 2006 cit. por Andrade, 2018)					
Fase – Avaliação					
A	B	C	D	E	F
Ações ou comportamentos dos clientes	Funcionamento biológico	Cognições	Recursos demográficos	Suportes ambientais	Sentimentos

Note-se que a avaliação gerontológica multidimensional surge com protocolos internacionais, mais ou menos *standardizados*, que permitem proceder a um *screening* do problema do cliente e a uma análise compreensiva da situação (análise de capacidades e necessidades do cliente), para depois traçar um plano de intervenção à medida do cliente.

Tal como acontece com as fases da escuta e da avaliação, na fase da intervenção os profissionais intervêm a vários níveis e usam estratégias específicas (Richardson & Barusch, 2006 cit. por Andrade, 2018).

Tabela 4. Prática Gerontológica: Fase Intervenção (Richardson e Barusch, 2006 cit. por Andrade, 2018)

Prática Gerontológica (Richardson e Barusch, 2006 cit. por Andrade, 2018)					
Fase – Intervenção					
A	B	C	D	E	F
Ações ou comportamentos dos clientes	Funcionamento biológico	Cognições	Recursos demográficos	Suportes ambientais	Sentimentos
Após a fase de escuta e avaliação, o profissional aplica técnicas específicas de intervenção micro e macro que induzirão mudanças nas dimensões do modelo integrado de prática gerontológica (A+B+C+D+E+F)					

Uma abordagem integradora da prática gerontológica que incorpore uma estratégia de intervenção multinível é o caminho mais eficaz para lidar com as influências múltiplas, simultâneas e interativas.

Portanto, uma intervenção pode fazer-se simultaneamente a nível individual e ambiental. O profissional pode usar uma *colaborative intervention approach*, que significa que o cliente e o profissional “negoceiam” em conjunto o plano de intervenção (*treatment plan*) e o seu modo de procedimento (Richardson & Barusch, 2006 cit. por Andrade, 2018).

Acresce à responsabilidade do profissional criar um relacionamento com o cliente e com os respetivos familiares, no sentido de ajudar a encarar esse complexo cenário, ouvir e acolher esse sofrimento. Esse cuidador torna-se um fator-chave em ajudar as pessoas a encontrar um sentido no final da vida.

1.4.1. Gerontologia Social

Conforme referido anteriormente, a Gerontologia centra o seu estudo no processo de envelhecimento humano e nos fenómenos que resultam da velhice, enquanto a GS é uma área científica de formação recente e que organiza uma exigência e necessidade das sociedades contemporâneas (Baltes, 1995). Em 1954, Tibbits introduziu este conceito e definiu-o como sendo uma área da Gerontologia que se ocupa do impacto das condições sociais e socioculturais sobre o processo de envelhecimento e das consequências sociais deste processo (Papaléo-Netto, 2002).

De acordo com Fontaine (2000), a GS é a ciência que estuda o processo de envelhecimento do ser humano, isto é, investiga as modificações morfológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais sucessivas à ação do tempo no organismo humano, independentemente de qualquer fenómeno patológico. Um dos principais objetivos da GS, segundo a perspetiva de Requejo (2007), é “ (...) descobrir o melhor modo de ajudar cada um a reconhecer as possibilidades oferecidas pelas diferentes fases da vida, sendo esta a maneira adequada de proporcionar uma melhor adaptação e uma maior satisfação vital e consequentemente, a manutenção de níveis ótimos de qualidade de vida.” (p.56).

Tendo como propósito cumprir os objetivos a que se propõe, enquanto disciplina, a GS atua num campo multidisciplinar, ou seja, estuda o processo de envelhecimento nas dimensões físicas, biológicas, psíquicas, sociais e comportamentais. Estas dimensões são distinguidas por Berger (1995, p.2):

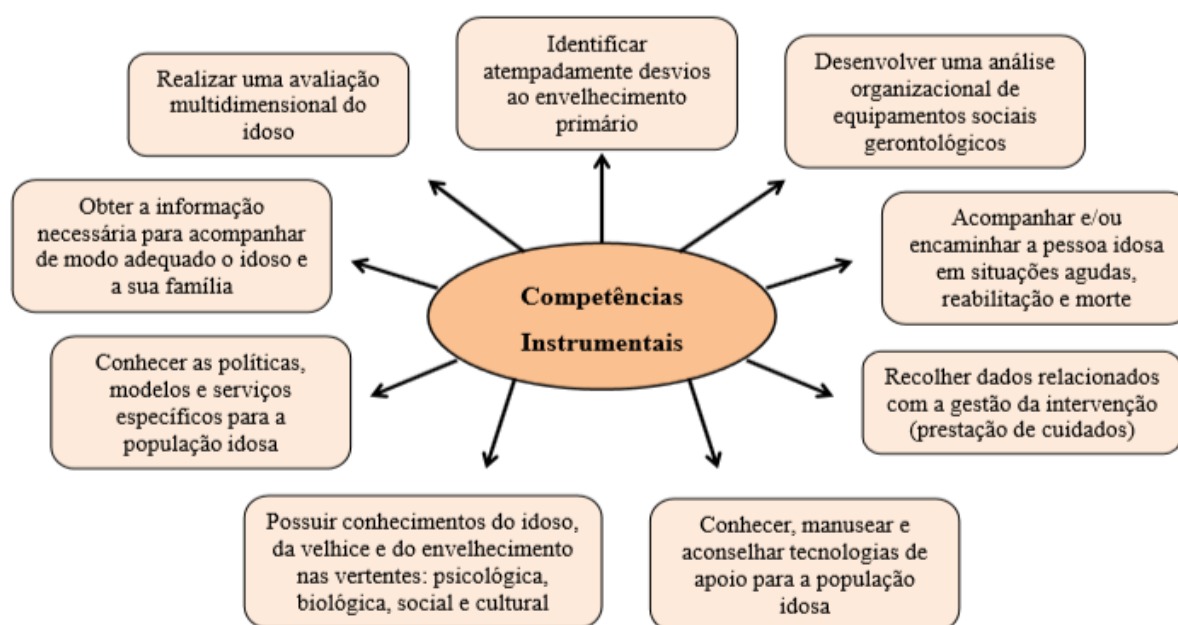
- Envelhecimento físico: perda progressiva da capacidade do corpo para se renovar;
- Envelhecimento psicológico: transformação dos processos sensoriais, perceptuais, cognitivos e da vida afetiva do indivíduo;

- Envelhecimento comportamental: modificações enquadradas num determinado meio e reagrupando as aptidões, as expectativas, as motivações, a autoimagem, os papéis sociais, personalidade e adaptação;
- Contexto social do envelhecimento: influência que o indivíduo e a sociedade exercem um sobre o outro. Este aspeto diz respeito à saúde, ao rendimento económico, ao trabalho, ao lazer, à família, etc.

Uma vez que se trata de uma área de atuação recente, há uma certa dificuldade em encontrar textos científicos que abordem as competências, locais de intervenção e o papel de um gerontólogo social na sociedade, a nível nacional.

De acordo com um relatório de 2004, organizado por Figueiredo et.al. (2004), produzido pela Universidade de Aveiro e pelo Instituto Politécnico de Bragança, é possível encontrar e compreender o Perfil e Competências da Prática Profissional do Gerontólogo em Portugal.

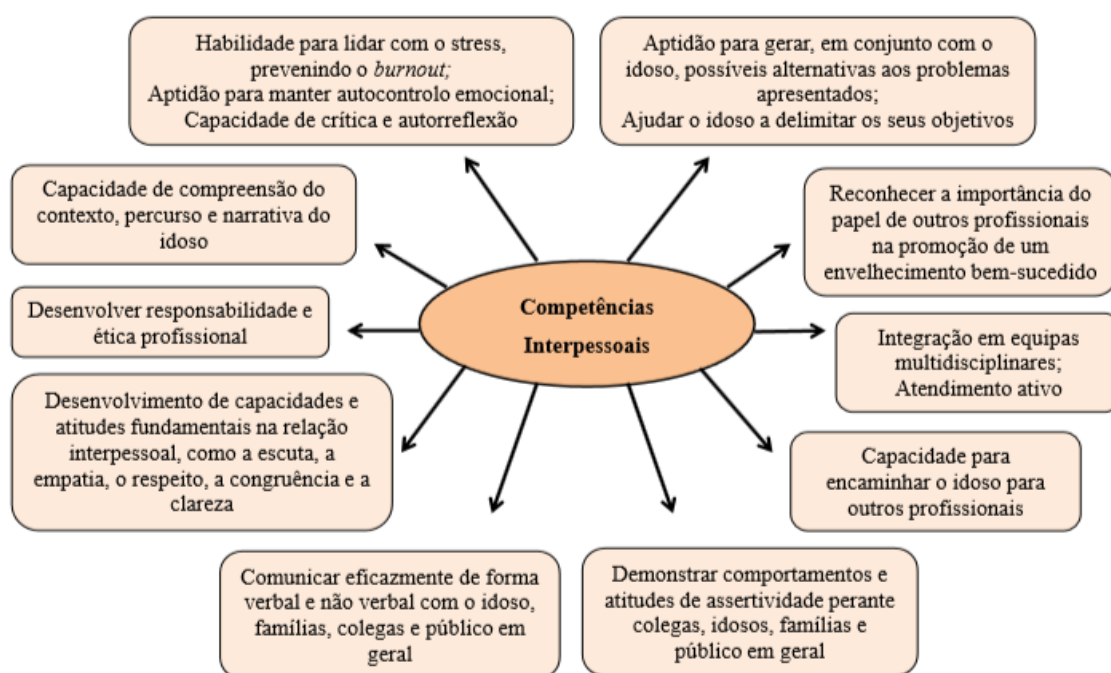
Figueiredo et.al. (2004) apresentam três domínios de competências a desenvolver pelo gerontólogo: competências instrumentais, interpessoais e sistémicas para avaliar, intervir e prevenir os problemas pessoais e sociais associados ao fenómeno do envelhecimento humano.



Fonte: Figueiredo et al., 2004, p. 7

Figura 1. Competências Instrumentais do Gerontólogo

Dito de outra forma, o gerontólogo social deve possuir competências cognitivas (informação), competências instrumentais (saber fazer), competências pessoais (saber lidar com) e competências éticas (saber ser e saber estar com). É importante salientar que o conceito “competência” refere-se ao “desempenho de uma atividade ou tarefa com sucesso ou o conhecimento adequado de um certo domínio do saber ou habilidade (*skill*: aptidão desenvolvida) e com ênfase no indivíduo, o que contrasta com o conceito de qualificação que enfatiza mais a tarefa ou a função” (Neves et.al., 2006, p. 13).



Fonte: Figueiredo et al., 2004, p. 8

Figura 2. Competências Interpessoais do Gerontólogo

O processo de envelhecimento ocorre nas dimensões biológicas, psicológicas e sociais e neste sentido, há a necessidade de uma avaliação multidimensional, compreendendo o indivíduo como um ser biológico, psíquico, social, afetivo e racional.

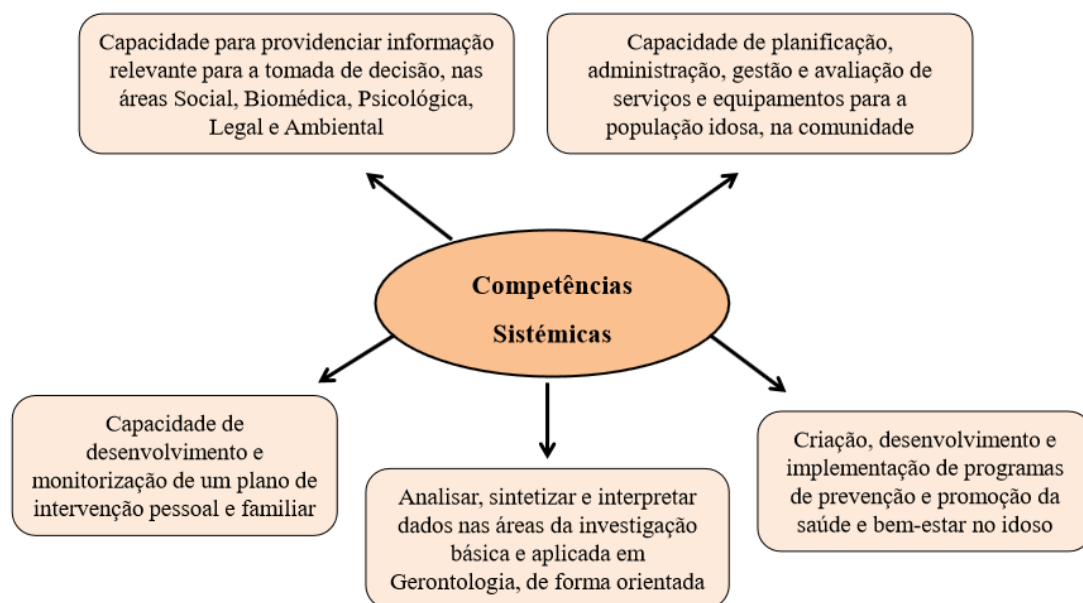
A avaliação multidimensional do idoso é necessária para verificar as condições individuais, funcionais, cognitivas, afetivas, familiares, sociais e só a partir daqui o gerontólogo social pode delinear o campo de intervenção, com as necessidades percebidas pela avaliação.

O gerontólogo social deve possuir a capacidade de promover ações que possam prevenir ou retardar as patologias que originam o envelhecimento patológico (senilidade)

(Berger, 1995; Simões, 2006) que resultam da interação dos fatores genéticos, ambientais e estilos de vida, assim como, dominar os conhecimentos do envelhecimento no campo biológico, psicológico e sociológico.

O gerontólogo social deve integrar uma equipa multidisciplinar porque, segundo Berger (1995), o êxito em Gerontologia, passa pela colaboração e pela multidisciplinariedade, uma vez que o gerontólogo social terá que intervir, planejar e implementar ações que visem melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, depois de avaliar todas as condições e englobando a condição social, e para um bom diagnóstico, a intervenção de outros profissionais é imprescindível. Deve também possuir capacidades comunicacionais e de empatia com o idoso, de modo a melhor compreender o universo concetual real e simbólico do mesmo.

Cabe ao gerontólogo social, intervir e desenvolver políticas sociais, educativas e de saúde, através de campanhas de promoção de estilos de vida saudáveis, investigação académica, políticas de ação social, no sentido otimizar o processo de envelhecimento (Fernández- Ballesteros, 2000; Paúl e Fonseca, 2005).



Fonte: Figueiredo et al., 2004, p. 9

Figura 3. Competências Sistémicas do Gerontólogo

O gerontólogo social, para a formação acerca da velhice e do envelhecimento, junto da população, pode integrar equipas nos Centros de Saúde, Segurança Social, Juntas de

Freguesia, Câmaras Municipais, Hospitais, Lares, uma vez que o estigma social em relação à velhice e ao envelhecimento, com os mitos a que lhe estão associados, ainda prevalecem.

De acordo com Pereira (2012), cabe ao gerontólogo estudar problemáticas, definir estratégias e apontar soluções para um envelhecimento mais sustentável, além de que faz todo o sentido que este se enquadre em equipas de cuidados primários de saúde, para aí se poder apresentar como um profissional, capaz de contribuir para solucionar os problemas dos idosos, que representam uma grande parte dos utilizadores do SNS.

Relativamente aos cuidados domiciliários, estes são, indubitavelmente, um meio enriquecedor para o desenvolvimento da profissão do gerontólogo, pois possibilita que este se depare com a pessoa idosa, o seu meio habitacional, familiar, social e cultural, e que diante de todas estas variáveis, inicie o processo da avaliação multidimensional do idoso (Pereira, 2012).

Este autor defende que o tempo despendido a ouvir a pessoa é fundamental para se compreender toda a sua envolvência e descartou as intervenções iniciais baseadas numa série de escalas. Em vez disso, desenvolveu uma grelha composta por vinte itens, avaliados numa escala de um a cinco, distribuídos da seguinte forma: dez itens abordam a vertente biológica, cinco a psicológica e cinco a social. Posteriormente, para os indicadores onde a pontuação foi mais baixa, realiza-se nova recolha de dados com instrumentos de avaliação específicos (escalas). Desta forma, a avaliação inicial torna-se mais simples e eficiente.

A perda de autonomia da pessoa idosa carrega consigo alterações psicológicas, como o sentimento de inutilidade, de culpa e até mesmo a depressão, atingindo por vezes, o isolamento social. É nesta vertente que o gerontólogo, após executar uma avaliação gerontológica inicial, pode desenvolver estratégias de cuidado à pessoa idosa, designadamente, elucidar a família quanto à problemática que afeta o idoso; recrutar uma equipa de profissionais; formar os prestadores de cuidados; fazer um levantamento das barreiras arquitetónicas; propor um conjunto de ajudas técnicas adequado, a fim de proporcionar maior nível de integração e adaptação ao meio e elevar o nível de autonomia.

Todo este processo implica uma grande alteração na vida e no quotidiano da pessoa idosa e da família e, por isso, o gerontólogo tem um papel fundamental na gestão emocional dos mesmos, diminuindo-lhes a ansiedade.

Possui também um papel reeducador e formador, pois deve ensinar e treinar o idoso a fazer uso das ajudas técnicas que foram implementadas, bem como adaptar-se física e

psicologicamente à sua nova condição. No mesmo processo, o gerontólogo avalia, desenvolve a terapêutica e adapta estruturas para gerar autonomia e autoestima na pessoa idosa. Para isso, pode recorrer a profissionais formais, informais, unidades de saúde, instituições para pessoas idosas, ao mesmo tempo que coordena o desenvolvimento de todo o processo e forma os intervenientes para a especificidade da problemática daquela pessoa idosa, em particular (Pereira, 2012).

Outro ambiente natural de trabalho do gerontólogo são as instituições que prestam serviços de apoio a idosos, representadas sobretudo nas respostas sociais de centro de dia, serviço de apoio domiciliário e lar. Em todas, o gerontólogo assume-se como uma mais-valia na garantia de cuidados gerontológicos de qualidade, pois intervém ao nível da avaliação multidimensional do idoso, no respetivo planeamento junto da equipa multidisciplinar dos serviços a serem prestados a essa mesma pessoa, e na execução desses mesmos cuidados e serviços.

Segundo Pereira (2012), em muitas instituições, regista-se uma escassez de recursos humanos e em particular, de quadros qualificados; uma má gestão do tempo, transversal a todos os recursos humanos; uma quebra de contacto entre a gestão de topo e os trabalhadores; uma falta de liderança e espírito de missão, assim como, a inexistência de objetivos em comum e do envolvimento de toda a estrutura. É fácil compreender que estes fatores resultam em instituições desarticuladas, nem sempre com bom ambiente de trabalho, pouco motivadas, e com elevados índices de *stress* laboral. Tudo isto se repercute no produto final e na qualidade de prestação de cuidados à pessoa idosa.

Mais uma vez, a avaliação assume um papel primordial para o planeamento dos cuidados a serem prestados. O gerontólogo tem o dever de mudar estes conceitos, pois a sua visão é mais abrangente. Deve atuar junto da direção da instituição, unificando-a e motivando-a, em torno de um objetivo comum; deve fazer a ponte para a direção técnica e transpor os objetivos para a equipa de colaboradores, motivando-os, e preocupando-se com eles, pois é impossível prestar bons serviços ou cuidados, sem uma equipa coesa. O gerontólogo, apenas poderá dar continuidade ao desenvolvimento de um projeto de cuidados verdadeiramente gerontológicos com valor acrescentado para os seus clientes, quando conseguir suprimir as necessidades básicas da instituição.

Este profissional centra-se, então, na pessoa idosa, estudando o seu perfil, motivações, objetivos, esperanças, necessidades, e mostrando-lhe o caminho da autonomia e da

individualidade, fazendo-a acreditar que é uma pessoa única, válida e que merece respeito e dedicação.

Posto isto, Pereira (2012) refere que o valor do gerontólogo numa instituição é notável, possuindo múltiplas competências de gestão da organização, de recursos humanos, de recursos materiais, de índices de motivação, de liderança, de promoção da sensibilização para a individualidade do idoso e de formação e coordenação das equipas. Estas características, sendo únicas neste profissional, justificam ainda mais a sua integração no mercado de trabalho, mesmo quando os recursos económicos são escassos (Pereira, 2012).

1.5. Gerontologia em Cuidados Paliativos

O relatório Europeu da OMS sobre CP afirma expressamente que “existe considerável evidência de que as pessoas idosas sofrem desnecessariamente, por causa de uma falta de avaliação generalizada e tratamento dos seus problemas e falta de acesso a programas de Cuidados Paliativos” (Bertachini, 2005 cit. por Andrade, 2018).

Os CP são uma necessidade humana e podem ser aplicados em qualquer indivíduo, não necessariamente a um paciente em fase terminal, com a finalidade de proporcionar uma melhor atenção e conforto às pessoas debilitadas, seus familiares e cuidadores, além de contribuir para a garantia de todos os direitos estabelecidos no estatuto do idoso (Gutierrez & Barros, 2012).

O aumento exponencial da expectativa de vida, com o consequente envelhecimento da população, traduz-se também numa maior prevalência de doenças crónicas e, desta forma, o tratamento curativo, em alguns casos, deixa de ser prioridade sendo necessário adotar outra estratégia, com o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida.

Relativamente à população idosa, torna-se indispensável a atuação dos profissionais especializados em Gerontologia, juntamente com a equipa multidisciplinar de CP, pois em diversos quadros clínicos como o cancro, hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes, doença pulmonar crónica, entre outras doenças, é necessário um tratamento medicamentoso para amenizar os sintomas, no entanto, proporcionar qualidade de vida à pessoa torna-se uma tarefa imprescindível. Desta forma, é da responsabilidade de todos os profissionais atingir os principais objetivos dos CP.

Neste contexto, os CP, além serem direcionados ao idoso, também abrangem a família, devido à sobrecarga física e emocional que surge diante do quadro clínico, necessitando de orientação e do apoio dos profissionais (Gutierrez & Barros, 2012).

Os CP devem ser providenciados quando surge uma necessidade e antes que se torne incontrollável. A sua aplicação não deve ser restrita a equipas especializadas de CP, serviços de CP ou centros de idosos, estes devem ser parte integrante dos cuidados gerais e acontecerem em qualquer departamento e contexto.

Com o aumento do número de doenças crónicas graves nos idosos é, por vezes, difícil identificar uma causa de morte, uma vez que a maioria dos idosos sofre de vários problemas simultaneamente (WHO, 2004). Os CP têm, tradicionalmente, sido oferecidos a pessoas com cancro, mas é um facto que as pessoas com idades entre 85 anos e mais velhos são mais propensas a morrer de doenças cardiovasculares do que de cancro. Para aprimorar a capacidade de resposta às necessidades das pessoas idosas é necessário melhorar e alargar o acesso aos CP para incluir pessoas que morrem de outras doenças, que não o cancro e que têm múltiplas patologias (WHO, 2004; WHO, 2011).

Com o prolongamento da longevidade, constata-se que a população idosa apresenta também maior prevalência de co-morbilidades. Alguns estudos e previsões otimistas (Manton et.al., 1997 cit. por Cibrão, 2014) sugerem que, no futuro, haverá uma menor prevalência de incapacidades à medida que o envelhecimento ocorre. Todavia, se mais pessoas viverem por mais anos e se houver um aumento da frequência de doenças crónicas, então o número de pessoas, numa população, a viverem com os efeitos das patologias, irá aumentar. Isto significa que haverá mais pessoas a necessitarem de alguma forma de apoio durante a fase terminal (WHO, 2004; Costa 2011; Kapo et.al., 2007 cit. por Cibrão, 2014).

A proporção entre o número de pessoas em idade ativa de trabalho e o número de idosos está a diminuir, pelo que, futuramente, o tempo para prestar apoio e cuidados aos idosos poderá ficar comprometido (WHO, 2004; INE, 2012).

Atualmente, verifica-se uma constante diminuição no número de elementos dos agregados familiares e inclusive, um afastamento entre eles, devido à migração, divórcios, pressões externas, etc (WHO, 2004). Neste sentido, apesar de as famílias quererem prestar os melhores cuidados aos seus membros mais velhos, o inconsistente sistema de saúde não presta auxílio suficiente aos cuidadores, aos que auxiliam em casa e a quem precisa de apoio financeiro para oferecer cuidados institucionais, na fase terminal da vida (ANCP, 2006;

WHO, 2004). Apesar do visível crescimento do número de idosos desafiar o sistema de saúde em relação à prestação de cuidados eficazes no término da vida, isto não significa que o custo dos cuidados prestados a pessoas, nos últimos anos de vida, ultrapasse o financiamento dos serviços de saúde gerais (WHO, 2004). Aliás, ainda de acordo com a WHO (2004) e comparando os valores internacionais, não se verifica nenhuma correlação entre essa proporção e a proporção de pessoas mais velhas no país.

O papel dos cuidados de saúde não pode passar por se procurar uma solução *economicista* para os problemas do envelhecimento, mas deve fornecer uma panóplia de cuidados para as pessoas em diferentes situações, tendo em conta as suas necessidades e desejos (ANCP, 2006; WHO, 2004; Rosenberg et.al. 2013; WHO, 2011).

Fatores como o medo de falecer sozinho ou de ser abandonado; problemas de mobilidade; perda da capacidade de conduzir e perda de independência financeira vão ter um impacto significativo na autoestima do doente, e consequentemente na progressão da doença. Se o doente não tiver apoio familiar e não apresentar capacidade económica para suportar os custos envolvidos, com as instituições de apoio à terceira idade, então este poderá ver-se confinado a enfrentar a morte sozinho (Amella, 2003 cit. por Cibrão, 2014).

Este facto pode condicionar uma intervenção profissional adequada, uma vez que o próprio doente pode não estar consciente das alterações patológicas que vivencia e não tem ninguém que as detete. Consequentemente, isto pode conduzir a estados depressivos e perda da vontade de viver (Amella, 2003 cit. por Cibrão, 2014).

O apoio a pessoas idosas em fase terminal é de extrema importância e, como tal, capacitar profissionais que possam dar o seu contributo nesta vertente é um grande passo para uma sociedade visivelmente envelhecida. Neste sentido, o gerontólogo surge como um profissional com maior competência, em termos de conhecimentos e de acompanhamento do processo de envelhecimento nos seus aspetos bio-psico-sociais e os múltiplos problemas que possam envolver o ser humano nesta faixa etária específica (Beauvoir, 1990).

Como foi referido anteriormente a Gerontologia é “...uma nova área científica dedicada ao estudo do envelhecimento humano e das pessoas mais velhas. Corresponde a uma visão integrada do envelhecimento que agrega os contributos de várias áreas científicas, como a Biologia, a Psicologia e a Sociologia, (...) mas que se constitui como novo campo do saber, ao criar abordagens e modelos explicativos sobre o ser humano e o seu curso de vida” (Paul, 2012).

Segundo T. Klie e K. Wilkening (2003), a Sociedade Alemã de Gerontologia, nos anos 70 do século passado, possuía o seu próprio papel de acompanhamento de pessoas em fim de vida e garantia-lhes a dignidade. Na época, a tarefa interdisciplinar de ação foi evidenciada, assim como a necessidade de libertar a morte e o processo de morrer de *tabus* e trazê-los de volta ao centro da sociedade.

Especialmente na velhice, a morte e a preocupação com a finitude não são apenas consequências inevitáveis da doença, mas fazem parte de uma tarefa de desenvolvimento necessária e por isso, fornecer assistência e orientação é competência de muitos gerontólogos.

Em 2012, no XVIII Congresso Mundial de Gerontologia, realizado no Rio de Janeiro, acerca das temáticas abordadas ligadas ao final da vida, CP e dor, houve um silêncio bastante pronunciado. Ainda no âmbito do Congresso Mundial de Gerontologia, S. Lawrence Librach, professor de CP da Universidade de Toronto e diretor do Centro de CP do *Mount Sinai Hospital* (Canadá), questionou se a geriatria ou Gerontologia não estariam a tentar negar a morte.

Este sinal evidente, no maior evento mundial da área, que silencia em torno do tema, demonstra que há uma necessidade emergente de se progredir nesta área. De acordo com uma pesquisa realizada no *Journal Geriatrics*, nos últimos doze anos, foram encontrados apenas sete artigos que abordavam os CP e cuidados de final de vida e a morte e o morrer, sendo que a maioria eram relatórios de casos e editoriais. Outra pesquisa realizada com artigos do *Journal Archives of Geriatrics and Gerontology*, dos últimos dez anos, somente sete artigos foram encontrados sobre cuidados de final de vida, incluindo relatórios de casos e estimativas de sobrevivência, mas nenhum artigo relacionado especificamente com CP ou *hospice* (Librach, 2005).

Numa perspectiva integradora, os CP e os valores fundamentais da geriatria coincidem: o paciente e a sua família estão no centro dos cuidados, a perspectiva é de uma abordagem interdisciplinar, holística e compreensiva, além de que o paciente e família são vistos como uma única unidade de cuidados. É de extrema relevância garantir, na medida do possível, a independência funcional e a qualidade de vida e uma avaliação regular e formal que assegure a identificação e tratamento das intercorrências no momento certo.

O cuidado é prestado onde o paciente se encontra, seja em sua casa, no hospital ou numa estrutura residencial, em qualquer estágio da doença e qualquer que seja o diagnóstico.

Segundo Pessini e Bertachini (2005) “O objetivo é prestar cuidado certo, para o paciente certo, no momento certo”.

Os CP na pessoa idosa não diferem, na sua filosofia, dos doentes mais jovens, mas existem algumas particularidades inerentes às características dos idosos. Há uma maior proporção de doenças crônicas que provocam incapacidade. Contudo, o objetivo é igual ao dos jovens, melhorar a qualidade de vida tanto para o doente, como para os familiares e cuidadores (Álvarez EL, Zaragoza JÁ, s/d).

A abordagem geriátrica/gerontológica e paliativa foca-se no cuidado à pessoa e não na doença, reconhecendo a inserção da família nesse processo. Centra-se no conhecimento da biografia e no respeito à autonomia da pessoa. O paciente deve receber um acompanhamento processual, a partir do momento em que a sua independência está em risco, seguindo-se as situações de dependência e vulnerabilidade, expandindo-se até à morte.

Ambas as disciplinas possuem um propósito em comum, maximizar a capacidade da pessoa, visando, acima de tudo, o alívio e o conforto. É pois, fundamental a integração de profissionais de múltiplas competências técnicas numa conjugação de saberes e ações que caracteriza a interdisciplinaridade, pautada pela competência profissional, sensibilidade, humildade, altruísmo, disponibilidade, bom humor e capacidade de comunicação (SBGG, 2015).

CAPÍTULO II: TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

1. Objetivos

Objetivo geral:

- Compreender qual o papel do gerontólogo social nos Cuidados Paliativos.

Objetivos específicos:

- Compreender o perfil de competências do gerontólogo;
- Identificar os campos de atuação do gerontólogo;
- Explorar e analisar o contributo da Gerontologia nos Cuidados Paliativos;
- Analisar a perspetiva dos profissionais que integram as equipas de Cuidados Paliativos dos Açores, face às competências do gerontólogo social nos Cuidados Paliativos;
- Identificar possíveis recomendações e estratégias de melhoria da Gerontologia, na vertente dos Cuidados Paliativos.

2. Materiais e Métodos

Com o intuito de fundamentar o objetivo geral da dissertação “*Compreender qual o papel do gerontólogo nos Cuidados Paliativos*”, o trabalho foi dividido em dois momentos, uma *scoping review* (Estudo I) e um estudo piloto (Estudo II).

Através da *scoping review* pretende-se compreender o estado da arte da Gerontologia, nas vertentes do perfil de competências e campos de atuação do gerontólogo, assim como, na análise e contributo da Gerontologia nos CP.

O estudo piloto visa analisar e compreender a perspetiva dos profissionais, que integram equipas de CP dos Açores, face ao papel e competências do gerontólogo neste contexto, para dar resposta às questões orientadoras “A atuação do gerontólogo social em CP acarreta benefícios significativos para o doente e respetiva família?” e “Poderá o gerontólogo social acrescentar algo de novo à equipa de CP?”. A identificação de possíveis recomendações e estratégias de melhoria da Gerontologia em CP resulta da análise e reflexão dos dois estudos em causa.

3. Estudo I

As *scoping reviews* são usadas para mapear os conceitos que sustentam uma área de pesquisa e as principais fontes e tipos de evidências disponíveis (O'Malley L., 2005). Embora os métodos de *scoping reviews* tenham sido propostos por Arksey e O'Malley (2005) e ainda mais avançados por Levac et.al. (2010) e outros (Peters et.al., 2015), a falta de consistência na terminologia e nos métodos relatados é visível. Isso é problemático porque, quando diferentes métodos são aplicados à mesma questão, eles podem produzir resultados diferentes, minando a utilidade e a confiança nas sínteses do conhecimento (Colquhoun et.al., 2014).

Assim como acontece com outros tipos de sínteses de conhecimento, é essencial clarificar os métodos de revisão para desenvolver um padrão que possa ser colocado em prática. Para solucionar essa questão, o Instituto Joanna Briggs publicou um guia orientador metodológico para a realização de *scoping reviews* em 2015 (Peters et.al., 2015).

Embora relacionados (Moher et.al., 2015), as *scoping reviews* diferem das revisões sistemáticas de várias maneiras. As *scoping reviews* são usadas para apresentar uma ampla visão geral das evidências relativas a um tópico, independentemente da qualidade do estudo, e são úteis ao examinar áreas que vão surgindo, para esclarecer conceitos-chave e identificar lacunas (Peters et.al., 2015). Por exemplo, as *scoping reviews* podem ser usadas para identificar uma área para uma futura revisão sistemática. As revisões sistemáticas, por outro lado, são usadas para tratar de questões mais específicas, baseadas em critérios particulares de interesse (ou seja, população, intervenção, resultado, etc.), definidos primeiramente (Peters et.al., 2015).

3.1. Questão de investigação

Utilizando a estratégia PICO (Sackett, Richardson, Rosenberg, & Haynes, 1997) foi possível dividir a questão em 4 componentes, facilitando a identificação da informação relevante e a formulação da pergunta (Tabela 5).

Tabela 5. Formulação da questão de investigação segundo o PICO

P	População	Características do paciente ou população (demográficas, fatores de risco, condições pré existentes); Condição ou doença de interesse.	Pacientes com idade superior a 65 anos com doença ameaçadora e limitadora da vida.
I	Intervenção	Intervenção em consideração para este paciente ou população: tratamento, procedimento, teste de diagnóstico e risco ou fatores de prognóstico.	Acompanhamento por parte da Gerontologia, no contexto dos CP.
C	Comparação	Alternativa à intervenção.	Ausência de suporte.
O	“Outcomes” (resultados)	É o efeito da intervenção, neste caso, qual o impacto e em que estratégias/métodos.	Impacto/Benefícios da Gerontologia e/ou GS nos CP.

3.2. Definição dos termos de pesquisa e critérios de seleção dos estudos

Todos os artigos selecionados e incluídos pelos investigadores devem ter alguma importância e impacto na conclusão da revisão. A procura de evidência começa com a definição dos termos, seguem-se as estratégias de pesquisa, a definição das bases de dados e outras fontes de informação (Oxman, Sackett, & Guyatt, 1993). Neste caso os termos utilizados foram “social gerontology” e “palliative care” e foram analisados dados como a língua, país onde decorreu a investigação, metodologia, participantes e contexto do estudo.

Critérios de inclusão

Foram incluídos artigos escritos em todas as línguas; artigos que abordem os CP e Gerontologia e/ou GS; Incorporaram-se artigos empíricos, experimentais e quase-experimentais, quantitativos e qualitativos, livros ou capítulos de livros.

Critérios de exclusão

Por outro lado, foram excluídos artigos de revisão, opinião e reflexão, apresentações de *posters* e de congressos ou conferências e sessões de esclarecimento editoriais; estudos que abordem cuidados pediátricos e cuidados a indivíduos com idade inferior a 65 anos; artigos

que não estejam relacionados com o contexto de CP. Não foram excluídos quaisquer artigos pela data de publicação.

3.3. Seleção dos estudos

A estratégia de seleção dos estudos foi constituída primeiramente por uma pesquisa inicial nas bases de dados MEDLINE (via PubMed), Web of Knowledge e Scopus. No entanto, foram também analisados e identificados estudos adicionais de outras fontes de dados.

Tabela 6 – Bases de dados (Universidade do Porto, 2019).

1	MEDLINE (PubMed)	Base de dados produzida pela <i>National Library of Medicine</i> contendo referências bibliográficas de artigos de mais de 5000 periódicos científicos na área das ciências da vida com maior concentração na biomedicina. <i>Link:</i> https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
2	Web of Knowledge	Base de dados que permite a análise de citações. Trata-se de uma base de dados de referência bibliográfica, que não contém o texto integral dos artigos mas em que é possível ver quais os artigos citados por determinado artigo, ou verificar quantas vezes um artigo foi citado e por quem. <i>Link:</i> http://apps.webofknowledge.com/WOS_GeneralSearch_input.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&SID=E6eNIHEy7N72nZ8VM7R&preferencesSaved=
3	Scopus	Base de dados com o maior número de resumos e citações de literatura científica a nível mundial. Possui uma abrangente visão daquilo que é a produção científica em todos os sectores (ciências, área tecnológica, medicina, ciências sociais, artes e humanidades, entre outras). <i>Link:</i> https://www.scopus.com/search/form.uri?display=basic

A investigação foi conduzida de forma independente por dois investigadores, usando um protocolo de investigação previamente preparado. Todas as referências dos artigos seleccionados foram consultadas. Numa fase inicial foram encontrados 258 artigos das bases de dados anteriormente referidas. Porém, após retirar do procedimento os documentos duplicados restaram 251 artigos. Posteriormente, foram aplicados aos restantes os critérios de inclusão e exclusão e analisados os estudos mediante uma análise do título, resumo e texto

completo. Após esta triagem, 2 artigos foram lidos na íntegra e devidamente analisados. A extração dos dados foi efetuada manualmente, sem recurso a qualquer tipo de *software*. A partir da plataforma digital “*Google Académico*”, foram também selecionados 2 artigos, que se integram dentro dos critérios propostos, sendo que um deles pertence à base de dados *PubMed* e outro ao Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Posto isto, obteve-se um total de 4 artigos.

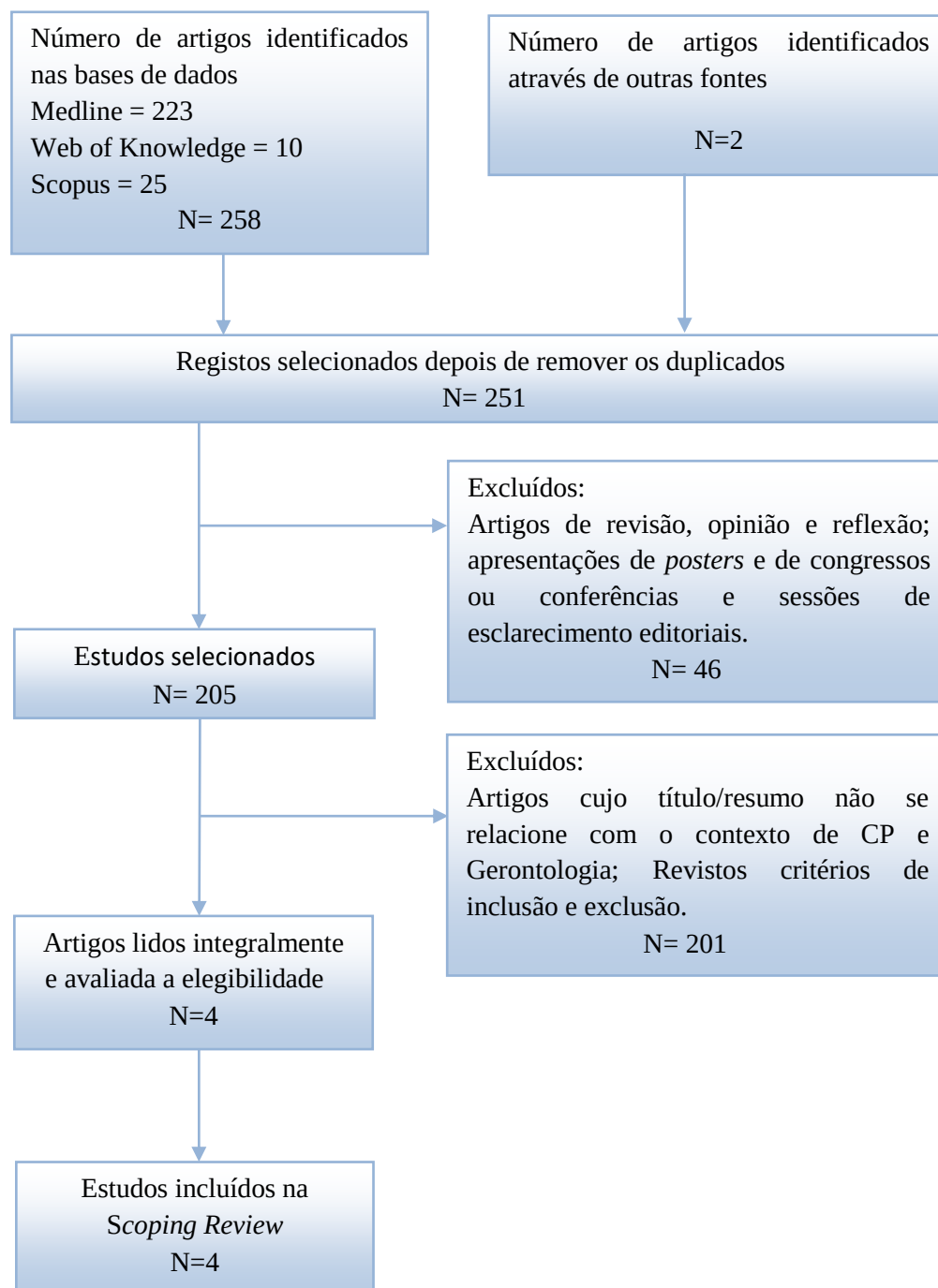
Os resultados foram submetidos a revisão crítica por parte dos 2 investigadores. Todas as opiniões divergentes relativamente à relevância dos artigos foram resolvidas alcançando-se um consenso entre os autores.

3.4. Resultados

Na pesquisa inicial foram identificados 258 resultados das bases de dados pré-definidas, juntamente com 2 artigos não pertencentes a estas bases de dados. A figura 4 representa o processo de seleção dos artigos. O gráfico de fluxo é usado para ilustrar os resultados, o processo de triagem e a seleção dos estudos a incluir na revisão. O diagrama começa por referir quais os registos alcançados com a pesquisa, posteriormente retiraram-se os documentos duplicados obtendo-se um total de 251 documentos. De seguida, excluíram-se os estudos com base nos critérios de seleção, perfazendo 205 artigos. Destes, analisaram-se os títulos e resumos, em conformidade com os critérios delineados, alcançando-se um total de 4 artigos. Este foi o número final de artigos confirmados após leitura integral do texto a incluir na *scoping review*.

O seguinte diagrama descreve o fluxo de informações através das diferentes fases de uma revisão sistemática. Ilustra os resultados, o processo de triagem e seleção de estudos para inclusão na revisão.

Figura 4 – Diagrama da Estratégia de Seleção de Estudos, de acordo com as normas da PRISMA (Liberati et.al., 2009; Shamseer et.al., 2015).



Entre os artigos selecionados, o mais antigo data de 2005 e o mais recente é referente ao ano de 2018. Relativamente à sua origem, verifica-se que 2 dos 4 artigos selecionados provêm dos Estados Unidos da América, 1 provém da Croácia e outro de Portugal (Tabela 7). Todos os artigos apresentados focam-se nos CP, em conformidade com os critérios de inclusão.

De uma forma geral, todos os estudos apontam para o desenvolvimento de competências especializadas em CP destinado a profissionais de diversas áreas, nomeadamente da Gerontologia, no entanto, um dos estudos (Schapmire et al, 2018) evidencia e defende a implementação de um currículo interprofissional onde a Gerontologia é a base de formação para profissionais de diversas áreas, no cuidado à pessoa idosa, em CP.

Em 50% dos estudos (n=2), os participantes são estudantes das áreas social e saúde (Supiano, 2013; Schapmire et al, 2018) e além de realçarem a importância de uma abordagem interdisciplinar, fornecem competências e habilidades em contextos diversificados e em diferentes módulos (Supiano, 2013 e Schapmire et.al., 2018).

De mencionar que todos os estudos se referem aos desafios e necessidades emergentes que o envelhecimento populacional impõe, nomeadamente no cuidado à pessoa idosa, em fase terminal. Contudo, a evidência que suporta o papel do gerontólogo em CP é visivelmente limitada, dado ao reduzido número de artigos selecionados.

Tabela 7. Caracterização dos estudos apresentados

Autores/Ano	País	Objetivos	Participantes	Metodologia
Tomasovic (2005)	Croácia	Explorar a necessidade de um novo modelo organizacional de saúde e sistema de assistência social para a população geriátrica na Croácia.	População com mais de 65 anos da área do Condado de Dubrovacko-Neretvanska; População falecida com mais de 65 anos em instituições do Condado Dubrovacko-Neretvanska; População com mais de 65 anos situada em lares de idosos do Condado Dubrovacko-Neretvanska.	Análise SWOT realizada através de um processo de <i>brainstorming</i> por grupos de especialistas; Estatística descritiva.
Supiano (2013)	Estados Unidos da América	Identificar os elementos educacionais que contribuem para a competência e confiança interdisciplinar de estudantes de pós-graduação em trabalho social (Serviço Social e Gerontologia), Enfermagem e Farmácia.	Estudantes de Gerontologia, Serviço Social, Farmácia e Enfermagem.	Curso de pós graduação em CP que inclui apresentações didáticas com discussão; palestras em sala de aula; participação dos alunos em equipas de trabalho interdisciplinares e colaboração num estudo de caso progressivo e complexo; Elaboração de projeto final abordando a prática de CP e apresentado ao grupo.
Andrade (2018)	Portugal	Perceber qual o trabalho que um gerontólogo pode desenvolver dentro dos CP;	Noventa e seis utentes residentes na valência Lar de Idosos (30 homens	Intervenção: Avaliação das necessidades da instituição através de

		Desenvolver competências especializadas na área dos CP, nomeadamente no apoio ao luto, no acompanhamento familiar e na comunicação adequada.	e 66 mulheres) da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa do Varzim.	análise SWOT, seguida de plano de intervenção; avaliação da intervenção e verificação do cumprimento dos objetivos propostos.
Schapmire; Head; Nash; Yankeelov; Furman; Wright; Gopalraj; Gordon; Black; Jones; Hall-Faul & Faul (2018)	Estados Unidos da América	Implementação de currículo de educação interprofissional para preparar profissionais para o trabalho em equipa eficaz no cuidado holístico e centrado na pessoa idosa e família; Desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes que resultem em comportamentos e competências da equipa interprofissional.	Estudantes de Enfermagem, Medicina, mestrado em nível social (mestrado em Assistência Social na especialidade de Gerontologia), Farmácia, Odontologia e Higiene Dental, profissionais da organização baseados na comunidade, organizadores comunitários.	Intervenção: Sessões interativas e sessões presenciais; Módulos didáticos disponibilizados <i>online</i> ; Avaliação baseada em 3 níveis (nível 1, reações do participante ao evento de aprendizagem; nível 2 avalia o conhecimento adquirido; nível 3 avalia o conhecimento e habilidade adquiridos.

São visíveis pontos de enfoque comuns no decurso da investigação, nomeadamente no que confere à importância da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, bem como às recomendações e estratégias de melhoria de desempenho em Gerontologia na vertente dos CP.

Importância da interdisciplinaridade e multidisciplinaridade

Uma abordagem interdisciplinar é necessária para dar resposta a uma complexa rede de formas no sistema de saúde e apoio social e, desta forma, contribuir para uma melhor qualidade de vida da população idosa. A pesquisa em Gerontologia é referida como uma questão delicada e complexa, uma vez que requer uma abordagem multidisciplinar, de forma a explorar as necessidades das pessoas idosas, nomeadamente os aspetos físicos, mentais e sociais do envelhecimento, no planeamento e avaliação dos cuidados. Geriatria, por outro

lado, é considerada uma especialidade médica focada no cuidado e tratamento de adultos mais velhos. Devido à complexidade dos cuidados de saúde e sociais desta faixa etária, o trabalho em equipa torna-se inevitável (Tomasovic, 2005; Andrade, 2018 e Schapmire et.al., 2018).

Os CP, para responderem às necessidades do doente e da sua família, necessitam de uma equipa multidisciplinar. Para atender aos fundamentos destes cuidados, estes profissionais devem possuir conhecimentos e uma formação diferenciada. Uma equipa interdisciplinar permite um acompanhamento individualizado ao doente e à sua família, para um melhor controlo dos sintomas físicos, psicossociais e espirituais (Maciel, 2008 cit. por Andrade, 2018).

Transmitir o conhecimento básico dos CP através de diversas disciplinas (Enfermagem, Farmácia, Serviço Social e Gerontologia), como também articular a contribuição essencial de cada disciplina no cuidado e definir os processos interdisciplinares são pontos fundamentais para: o desenvolvimento de um conhecimento holístico em CP; aprimorar atitudes na prática, aplicando, simultaneamente, competências em contextos de prática clínica; capacitar e contribuir com conhecimentos específicos de cada disciplina; melhorar a confiança no cuidado a pacientes complexos, dando oportunidade a que cada membro, representante da sua própria disciplina, contribua para a equipa; e aumentar o conhecimento e respeito pelas diversas disciplinas (Supiano, 2013).

A educação interprofissional é essencial na preparação dos profissionais para o trabalho em equipa eficaz, sendo necessária para um cuidado holístico, centrado na pessoa idosa e baseado na comunidade (Schapmire et al, 2018). O atendimento de uma equipa interprofissional envolve a exposição do profissional ao papel da sua disciplina no cuidado ao paciente, bem como o desenvolvimento de uma melhor compreensão e respeito pelo trabalho dos colegas da equipa, com a principal finalidade de contribuir para o atendimento holístico ao paciente (Schapmire et al, 2018; Tomasovic, 2005; Andrade, 2018 e Supiano, 2013).

Apesar dos inúmeros programas e ofertas para avançar na educação e atendimento interdisciplinar ao paciente, há uma necessidade não atendida de educação interprofissional geriátrica, especialmente no que concerne a idosos da comunidade e cuidadores em áreas medicamente carentes. O cuidado atribuído à pessoa idosa é mais abrangente do que a prática de uma disciplina e por isso, especialistas de várias áreas e profissões são necessários para formar equipas, uma vez que as vastas necessidades dos adultos em envelhecimento tendem a exigir novas abordagens para a educação e prática (Schapmire et.al., 2018).

Recomendações e estratégias de melhoria de desempenho em Gerontologia na vertente dos CP

a) Recomendações e estratégias de melhoria de desempenho ao nível da formação

Relativamente às recomendações e estratégias de melhoria de desempenho em Gerontologia no contexto dos CP, os conceitos básicos de cuidados geriátricos são constantemente abordados, nomeadamente nas áreas social e da saúde. No entanto, tópicos como cuidados à pessoa idosa baseados na comunidade; pacientes e famílias como unidade de cuidado; determinantes sociais da saúde e gestão de medicação foram visivelmente evidenciados (Shapmire et.al., 2018).

A conceção de um currículo profissional gerontológico com abordagens teóricas e experiências de aprendizagem inclui a teoria da aprendizagem de adultos e a aprendizagem baseada em problemas.

Neste seguimento, os módulos abordados incluem os papéis dos vários membros da equipa; a estrutura e os processos de cuidados geriátricos; a gestão da dor e sintomas; a comunicação; o luto e perda; as dimensões espirituais de cuidado; a assistência social e cultural; a entrevista motivacional e prática interdisciplinar; e a ética. Os alunos são também encorajados a considerar não apenas cuidados médicos para cada paciente, mas também os determinantes sociais da saúde (Shapmire et.al., 2018).

Este modelo torna-se um exercício fundamental para consciencializar e sensibilizar outras disciplinas, ao mesmo tempo que a implementação da teoria da aprendizagem de adultos, presume que os alunos transmitam uma riqueza de conhecimento e experiência para as atividades de aprendizagem (Shapmire et.al., 2018 e Supiano, 2013).

Para os estudantes de Enfermagem, Farmácia, Serviço Social e Gerontologia é apresentado um curso de pós-graduação em CP, em que os objetivos gerais passam pela transmissão do conhecimento básico dos CP através das disciplinas; pela articulação da contribuição essencial de cada disciplina no cuidado ao utente e pela definição dos processos interdisciplinares que os alunos necessitam para compreender e explorar os CP interdisciplinares (Supiano, 2013).

Os resultados da aprendizagem originaram maior conhecimento em CP, atitudes aprimoradas na prática e aplicação de competências aos contextos de prática clínica, maior capacidade de contribuir com conhecimentos específicos da disciplina para possíveis discussões e uma sensação de crescente confiança no cuidado de pacientes complexos,

comunicando com as famílias e contribuindo para a equipa de forma eficaz e produtiva (Supiano, 2013).

Para contribuir para um melhor desempenho profissional, tópicos como a dor e sofrimento; a gestão da dor e sintomas; as questões éticas, culturais e espirituais: o pesar e luto; o cuidado familiar e a dinâmica de equipas interdisciplinares foram abordados por todas as disciplinas (Supiano, 2013 e Shapmire et.al., 2018). Por outro lado, os conteúdos específicos da disciplina incluem padrões e expectativas das práticas, disciplinas do domínio de avaliação e intervenção e um guia de responsabilidades e expectativas.

Os resultados imediatos e de longo prazo desta formação proporcionam apoio na replicação e no desenvolvimento de cursos que incluem alunos de diversas disciplinas, em CP (Supiano, 2013).

b) Recomendações e estratégias de melhoria de desempenho ao nível da avaliação

A pesquisa e a informação em Geriatria, Gerontologia e CP é muito escassa e silenciosa, no entanto é de extrema importância (Tomasovic, 2005).

Existe considerável evidência de que as pessoas idosas sofrem desnecessariamente, por causa de uma falta de avaliação generalizada, tratamento dos seus problemas e falta de acesso a programas de CP (Bertachini, 2005 cit. por Andrade, 2018). No centro da questão do aumento da “expectativa de vida” encontram-se o cliente, o profissional e a necessidade de estabelecer uma relação comunicativa que permita uma parceria significativa num dos momentos mais profundos da vida (Andrade, 2018).

Independentemente do diagnóstico, que representa a base e o início do estágio terminal, tanto os pacientes quanto os familiares são potenciais usuários dos serviços de CP. O estágio terminal da vida, cada drama pessoal e ética exigem contribuição dos indivíduos, da sociedade e da profissão. Uma assistência adequada assenta essencialmente na redução de sintomas; no apoio psicossocial aos pacientes e famílias; e na resolução de problemas éticos da fase terminal da vida (Tomasovic, 2005).

Numa perspetiva integradora, os CP e os valores fundamentais da Geriatria coincidem: o paciente e a sua família estão no centro dos cuidados, a perspetiva é de uma abordagem interdisciplinar, holística e compreensiva, além do paciente e família serem vistos como uma única unidade de cuidados (Andrade, 2018).

Para se contribuir para uma medicina mais humana para os idosos, há necessidade de melhorar a Gerontologia, a legislação e a educação das pessoas, destacando os problemas desta faixa etária. Os indicadores gerontológicos sobre incapacidade funcional de pacientes geriátricos têm vindo a ganhar importância (Tomasovic, 2005). É essencial que a Gerontologia se debruce sobre a temática do fim de vida, os CP, a morte e o morrer, e integrar a prestação de CP e a prestação de cuidados especializados a pessoas em fim de vida, nas estruturas residenciais (Andrade, 2018). Devido à natureza das doenças e especificidades da população idosa, não se espera que o tratamento hospitalar seja uma forma proeminente de tratamento, reabilitação ou outros cuidados. É referido até um estudo que comprova que os cuidados sociais reduzem a hospitalização (Tomasovic, 2005).

Evidencia-se a importância da criação de unidades geriátrico-paliativas que poderiam ser organizadas como departamentos dentro dos hospitais existentes, no entanto, esses departamentos devem possuir características de um lar de idosos e uma opção para tratamento prolongado e estadia; ou então dentro de lares de idosos (preferencialmente perto de hospitais). A fundação destas unidades representaria uma nova possibilidade para o tratamento da população geriátrica da Croácia e um método de reorganização do sistema de saúde e alocação de recursos materiais (Tomasovic, 2005).

A criação de unidades geriátrico-paliativas diminuiria claramente os leitos hospitalares de idosos com necessidade de CP, considerando que os padrões médicos e sociais atuais atribuem importância aos serviços extra-hospitalares para a população geriátrica (assistência domiciliar, instituições sociais e médicas para o cuidado diário, serviços para a população idosa, entre outras), o que representa uma recomendação para o desenvolvimento do modelo de cuidados a idosos, na Croácia (Tomasovic, 2005).

Relativamente à prática gerontológica, embora a nomenclatura varie, esta ocorre num processo dividido por várias fases: escuta, avaliação e intervenção. A fase da escuta ativa pode ser entendida como a base para uma análise compreensiva dos múltiplos e complexos problemas do cliente. Nesta fase, o profissional procura estabelecer uma relação de confiança com os clientes idosos mostrando-se capaz de gerir, aceitar e controlar os sentimentos. Para que tal aconteça, é necessário desenvolver a capacidade de retirar significado das conversas que estabelece com o cliente, para identificar o que pode estar a causar desconforto na vida das pessoas idosas. Do ponto de vista das estratégias, o trabalho assenta na escuta empática,

na sensibilidade cultural e na empatia cultural com esta população (Richardson e Barusch, 2006 cit. por Andrade, 2018).

Durante a fase da avaliação, os profissionais continuam a escutar, colocando questões mais específicas. O Guia Prático de Gerontologia, baseado no modelo ABCDEF, ajuda os profissionais a aplicar na prática profissional uma abordagem multidisciplinar e bio-psico-social com os clientes, que tipicamente apresentam problemas de saúde física e mental, estados subjetivos e sociais, desigualdades, entre outros (Andrade, 2018).

A avaliação gerontológica multidimensional com protocolos internacionais mais ou menos *standardizados* permitem proceder a um *screening* do problema do cliente e a uma análise compreensiva da situação (análise de capacidades e necessidades do cliente) para depois traçar um plano de intervenção. Esta abordagem integradora da prática gerontológica que incorpora uma estratégia de intervenção multinível é o caminho mais eficaz para lidar com as influências múltiplas, simultâneas e interativas (Andrade, 2018).

É de extrema relevância garantir, na medida do possível, a independência funcional, a qualidade de vida e uma avaliação regular e formal que assegure a identificação e tratamento das intercorrências no momento certo. Acresce à responsabilidade do profissional, criar um relacionamento com o cliente e com os respetivos familiares, no sentido de ajudar a encarar esse complexo cenário, ouvir e acolher esse sofrimento. Esse cuidador torna-se um fator-chave em ajudar as pessoas a encontrar um sentido no final da vida (Andrade, 2018).

3.5. Discussão

Esta *scoping review* permitiu constatar-se que a pesquisa em Gerontologia e CP é visivelmente limitada, dada a dificuldade em selecionar artigos das plataformas utilizadas, com as palavras-chave “social gerontology” e “palliative care”. No entanto, dos estudos selecionados, procura-se analisar e refletir sobre a produção científica publicada sobre a Gerontologia/GS e os CP.

É reconhecido que o aumento da população idosa requer a implementação de um novo modelo organizacional de saúde e assistência social para a população geriátrica (da Croácia), abordando a importância e o significado das instituições no cuidado dessa população durante o estágio terminal e destacando a medicina moderna, como sendo um cuidado abrangente e holístico para a pessoa idosa, em que se aplica o conhecimento da Geriatria e da Gerontologia (Tomasovic, 2005).

Também é visível a tendência no apoio ao tratamento dos idosos em ambiente domiciliar ou institucional, ao invés de hospitalar, e que a pesquisa em Gerontologia requer uma abordagem multidisciplinar, de forma a explorar as necessidades das pessoas idosas, essencialmente no planeamento e avaliação dos cuidados. É necessário evitar uma abordagem desintegrada e atribuir um papel de liderança, no planeamento e coordenação, aos centros de Gerontologia. Neste sentido, a criação de unidades geriátrico-paliativas representaria uma solução prática para a coordenação de assistência social e de saúde, inovando o sistema de atendimento ao idoso, e contribuindo para o desenvolvimento da educação científica (Tomasovic, 2005). Outro ambiente natural de trabalho do gerontólogo é sem dúvida as instituições que prestam serviços de apoio a idosos, representadas sobretudo nas respostas sociais de centro de dia, serviço de apoio domiciliário e lar. Em todas elas o gerontólogo assume-se como uma peça chave no garante de cuidados gerontológicos de qualidade, pois intervém ao nível da avaliação multidimensional do idoso, no respetivos planeamento junto da equipa multidisciplinar dos serviços a ser prestados a essa mesma pessoa, e na execução desses mesmos cuidados e serviços. Mais uma vez a avaliação assume um papel primordial para o planeamento dos cuidados a ser prestados (Pereira, 2012).

A importância da Gerontologia em CP é também destacada, no que diz respeito ao papel e às competências do gerontólogo e na abordagem de diversos conceitos, tais como a morte e o processo de luto; a sociedade e a morte; a comunicação em CP; a conspiração do silêncio e comunicação de más notícias; o sofrimento e processo do luto e o acompanhamento familiar. É descrito um plano de intervenção realizado em ambiente institucional, com base nos princípios de atuação da Gerontologia, sendo dirigido não apenas aos utentes da instituição, como também às respetivas famílias e aos colaboradores (Andrade, 2018).

Oferecer uma abordagem multiprofissional indo ao encontro das necessidades do doente em fase terminal e respetiva família é uma das recomendações que a WHO (2004) profere. Como tal, é um assunto reportado pelos quatro estudos apresentados (Tomasovic, 2005; Supiano, 2013; Schapmire et al, 2018; Andrade, 2018).

A multidisciplinaridade e interdisciplinaridade foram conceitos abordados de forma consensual por todos os estudos. A multidisciplinaridade, usada enquanto estudo do envelhecimento, utiliza múltiplas perspetivas que vêm de diferentes disciplinas, de forma complementar e aditiva. A interdisciplinaridade, quando usada para descrever a Gerontologia, significa que, em vez de apenas adicionar diferentes perspetivas, essas diferentes perspetivas

são combinadas ou integradas: a soma é maior que as suas partes. A Gerontologia é, muitas vezes, referida como “multidisciplinar” ou “interdisciplinar” na sua construção e prática, dado que a jornada do envelhecimento humano é uma experiência biofísica, psicológica, emocional e espiritual, que está embutida em particularidades históricas, políticas, económicas e contextos socioculturais (Sasser, J., Moddy, H., 2018). Uma equipa interdisciplinar permite um acompanhamento individualizado ao doente e à sua família, para um melhor controlo dos sintomas físicos, psicossociais e espirituais (Maciel, 2008 cit. por Andrade, 2018).

Neste seguimento, o atendimento de uma equipa interprofissional envolve a exposição do profissional ao papel da sua disciplina no cuidado ao paciente, bem como o desenvolvimento de uma melhor compreensão e respeito pelo trabalho dos colegas da equipa, com a principal finalidade de contribuir para o atendimento holístico ao paciente (Schapmire et al, 2018; Tomasovic, 2005; Andrade, 2018 e Supiano, 2013).

Fruto da sua formação interdisciplinar, o gerontólogo fundamenta a sua intervenção numa avaliação integral da vida e das condições do idoso. Para tal, mobiliza conhecimentos de diferentes áreas científicas e está capacitado para integrar e, eventualmente, liderar equipas interdisciplinares (Pereira, 2012).

De acordo com as recomendações e estratégias de melhoria de desempenho em Gerontologia ao nível da formação, é apresentado um currículo profissional gerontológico com abordagens teóricas e experiências de aprendizagem, que incluem a teoria da aprendizagem de adultos e a aprendizagem baseada em problemas (Shapmire et.al.,2018).

Na Gerontologia, a formação inicial deve ser capaz de promover a atividade cognitiva, desenvolver a capacidade de resolução de problemas de modo flexível e criativo e incutir nos diplomados a convicção da necessidade de continuarem a sua aprendizagem e atualização ao longo de toda a sua carreira. A formação inicial dos gerontólogos tem subjacente a aquisição e desenvolvimento de valores morais e sociais e a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos (Pereira, 2012). Neste seguimento, na teoria de aprendizagem de adultos, o aluno assume um papel preponderante na partilha e na aquisição de conhecimento, tendo autonomia para se autodirigir e estando centrado na vida (ou centrado na tarefa) na sua orientação da aprendizagem. Nesta teoria, defende-se que o aluno precisa, em primeira instância, de sentir necessidade de saber e aprender; os alunos são responsáveis e capazes de se autodirigir; os alunos transmitem uma valiosa experiência às atividades de aprendizagem e devem ser respeitados pelas suas ideias e sugestões; os alunos estão preparados para aprender quando

entendem o raciocínio da aprendizagem de novas abordagens; os alunos são centrados na vida (ou centrados na tarefa) na sua orientação da aprendizagem e são motivados internamente (Shapmire et.al.,2018).

No que diz respeito à aprendizagem baseada em problemas, recomendada para a apresentação de um currículo profissional gerontológico, esta tem as seguintes características: os alunos aprendem através de situações complexas do mundo real, onde não há uma resposta correta; os alunos colaboram em equipas para enfrentar problemas, identificando lacunas no atendimento e desenvolvendo soluções baseadas em equipa; os alunos obtêm novas informações através da aprendizagem autodirigida; os professores atuam como facilitadores, em vez de instrutores; e os problemas apresentados levam ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de habilidades na resolução de problemas clínicos (Shapmire et.al.,2018).

A formação inicial dos gerontólogos desenvolve-se sempre através de duas componentes, o ensino teórico e o ensino prático, em que nesta última componente (cerca de 30% da formação), os estudantes, integrados numa equipa, estão em contacto direto com o idoso, tendo oportunidade de planejar, executar e avaliar cuidados globais de saúde a este grupo etário. Estas aprendizagens são particularmente importantes, atendendo a que o quotidiano profissional dos gerontólogos é feito de problemas que exigem resposta em tempo oportuno e originam consequências práticas; de problemas complexos que exigem abordagens interdisciplinares; e, por fim, de problemas coletivos, pois são parte do sistema social e resultantes da interação dos atores (Pereira, 2012).

Foi também apresentado um curso de pós-graduação em CP, destinado a estudantes de Enfermagem, Farmácia, Serviço Social e Gerontologia, em que os objetivos gerais passavam pela transmissão do conhecimento básico dos CP através das disciplinas; pela articulação da contribuição essencial de cada disciplina no cuidado ao utente e pela definição dos processos interdisciplinares que os alunos necessitam para compreender e explorar os CP interdisciplinares (Supiano, 2013).

Os resultados imediatos e de longo prazo que esta formação proporcionou, apoiam a replicação e o desenvolvimento de cursos que incluem alunos de diversas disciplinas, em CP, assim como os resultados da aprendizagem originaram maior conhecimento em CP, atitudes aprimoradas na prática e aplicação de competências aos contextos de prática clínica (Shapmire et.al.,2018 e Supiano, 2013).

De acordo com as recomendações e estratégias de melhoria de desempenho em Gerontologia ao nível da avaliação, a prática gerontológica ocorre num processo dividido em três fases (escuta, avaliação e intervenção). O Guia Prático de Gerontologia, baseado no modelo ABCDEF, ajuda os profissionais a aplicar na prática profissional uma abordagem multidisciplinar e bio-psico-social com os clientes, que tipicamente apresentam problemas de saúde física e mental, estados subjetivos e sociais, desigualdades, entre outros (Richardson e Barusch, 2006 cit. por Andrade, 2018).

A avaliação gerontológica multidimensional permite proceder a um *screening* do problema do cliente e a uma análise compreensiva da situação (análise de capacidades e necessidades do cliente) para depois traçar um plano de intervenção. Esta abordagem integradora da prática gerontológica que incorpora uma estratégia de intervenção multinível é o caminho mais eficaz para lidar com as influências múltiplas, simultâneas e interativas.

Ainda assim, torna-se evidente que as pessoas idosas sofrem desnecessariamente, devido a uma falta de avaliação generalizada, tratamento dos seus problemas e falta de acesso a programas de CP (Bertachini, 2005, cit. por Andrade, 2018). Através dos seus conhecimentos, os gerontólogos deverão desenvolver programas de animação sociocultural direcionados para a população sénior, tendo presente os objetivos da animação de idosos dos quais destacamos os seguintes: promover a inovação e novas descobertas; proporcionar uma vida mais harmoniosa, atrativa e dinâmica com a participação e envolvimento do idoso; motivar para que continue ativo, participativo, solidário e útil no meio social; rentabilizar os serviços e recursos comunitários para melhorar a qualidade de vida do idoso; favorecer um envelhecimento normal frente a um envelhecimento patológico; valorizar e desenvolver competências, saberes, experiências, aumentando a sua realização pessoal; promover o ânimo para que se afirme como um cidadão com todos os direitos e presente na vida social; incrementar a ocupação adequada do tempo livre; melhorar a sua saúde e qualidade de vida; estabelecer um vínculo entre o passado, presente e o futuro e combater o *stress* (Jacobs, 2007 cit. por Pereira, 2012).

A pesquisa e a informação em Geriatria, Gerontologia e CP são ainda muito escassas, no entanto, de extrema importância. Numa perspetiva integradora, os CP e os valores fundamentais da Gerontologia/Geriatria coincidem: o paciente e a sua família estão no centro dos cuidados, a perspetiva é de uma abordagem interdisciplinar, holística e compreensiva, além do paciente e família serem vistos como uma única unidade de cuidados. É de extrema

relevância que a Gerontologia aborde a temática do fim de vida, os CP, a morte e o morrer, e integre a prestação de CP e a prestação de cuidados especializados a pessoas em fim de vida, nas estruturas residenciais (Andrade, 2018). O gerontólogo possui competências para trabalhar em contexto institucional específico, como residências de idosos e serviços de apoio domiciliário, assim como, em contexto comunitário, junto da família, ou de instituições da administração local (camaras municipais, juntas de freguesia, segurança social) ou ainda em instituições de saúde (hospitais e centros de saúde) (Pereira, 2012).

3.6. Conclusão

A partir deste primeiro estudo de revisão e com o aumento da população idosa, a Gerontologia assume gradualmente um papel importante na sociedade e em particular no apoio à pessoa idosa e respetiva família, reconhecendo-se a necessidade de um modelo organizacional de saúde e de assistência social sendo apontado como uma solução, a criação de unidades geriátrico-paliativas. É consensual, pelos diversos autores abordados neste estudo, a importância da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade que permita um acompanhamento individualizado ao doente e à sua família, para um melhor controlo dos sintomas físicos, psicossociais e espirituais e uma melhor compreensão e respeito pelo trabalho dos colegas da equipa, com a principal finalidade de contribuir para o atendimento holístico ao paciente, bem como as recomendações e estratégias de melhoria de desempenho em Gerontologia na vertente dos CP (Schapmire et al, 2018; Tomasovic, 2005; Andrade, 2018 e Supiano, 2013).

Todos os estudos abordam os desafios e necessidades emergentes que o envelhecimento populacional impõe, nomeadamente no cuidado à pessoa idosa, em fase terminal, no entanto, a evidência que suporta o papel do gerontólogo em CP é pouco visível.

Existem recomendações e estratégias de melhoria de desempenho em Gerontologia ao nível da formação e da avaliação. Ao nível da formação refere-se a conceção de um currículo profissional gerontológico (Shapmire et.al., 2018) e de um curso de pós-graduação em CP, destinado a estudantes de Enfermagem, Farmácia, Serviço Social e Gerontologia, em que os objetivos gerais passavam pela transmissão do conhecimento básico dos CP através das disciplinas (Supiano, 2013). Ao nível da avaliação, destaca-se a prática gerontológica num processo dividido em três fases (escuta, avaliação e intervenção). No âmbito de uma

abordagem multidisciplinar e bio-psico-social com os clientes, a avaliação é realizada através do *Guia Prático de Gerontologia*, baseado no modelo ABCDEF (Andrade, 2018).

Para que se inicie o processo da avaliação multidimensional do idoso e de acordo com Pereira (2012), os cuidados domiciliários são indubitavelmente, um meio enriquecedor para o desenvolvimento da profissão do gerontólogo, pois possibilita que este se depare com a pessoa idosa, o seu meio habitacional, familiar, social e cultural.

É de extrema relevância que a Gerontologia aborde a temática do fim de vida, os CP, a morte e o morrer, e integre a prestação de CP e a prestação de cuidados especializados a pessoas em fim de vida nas estruturas residenciais (Andrade, 2018).

Neste sentido, o gerontólogo poderá exercer a sua prática profissional em contacto direto ou indireto com a população idosa, tanto em contexto comunitário, como institucional, em diferentes áreas de trabalho, nomeadamente em centros de dia, centros de convívio, lares e residências para idosos (Paço, 2016). É exatamente neste tipo de instituições, que este profissional assume um papel preponderante em relação a outros, da mesma área social, no apoio à pessoa idosa que careça de CP, aos cuidadores e aos familiares.

As características da Gerontologia/Geriatria, mencionadas pelos autores dos artigos desta revisão, coincidem com as competências inerentes ao gerontólogo, nomeadamente na capacidade que este profissional possui na coordenação dos diferentes serviços que apoiam as pessoas idosas, bem como as respetivas famílias, identificando e assegurando uma efetiva administração de serviços, de acordo com as suas necessidades; na dotação de serviços para a pessoa idosa individualmente, bem como para grupos, com base no conhecimento multidisciplinar que detém acerca do processo de envelhecimento, sendo por isso, capazes de antecipar futuras necessidades e implementar soluções inovadoras; e na avaliação das necessidades numa determinada esfera, contribuindo para o planeamento de intervenções que correspondem à solução dessas necessidades (Letra, M. et.al., 2018).

Como limitações deste estudo, aponta-se para a dificuldade sentida, por parte da investigadora, na pesquisa de artigos que fossem ao encontro dos objetivos pretendidos, sendo uma constante ao longo deste trabalho inicial, pelo facto da produção científica nesta área ser muito reduzida, o que constituiu um constrangimento à expansão e fluidez do trabalho.

Posto isto, verifica-se que não existe um despertar efusivo no que diz respeito à importância da Gerontologia na vertente dos Cuidados Paliativos, sentindo-se a necessidade de um reforço em termos de fundamentação teórico-prática. A realização de um segundo

estudo (estudo piloto) procura complementar, de uma forma ténue, essa realidade, tendo como objetivo principal analisar e compreender a perspetiva dos profissionais de saúde, de equipas de CP dos Açores, face ao papel e competências do gerontólogo social numa equipa de CP.

4. Estudo II

Dado que o número de estudos encontrados, para a concretização do *Estudo I*, é insuficiente na obtenção de respostas objetivas e consistentes, relativamente ao tema central desta dissertação, de acordo com os dados encontrados na *scoping review*, torna-se essencial aprofundar com mais detalhe esta área da Gerontologia/GS em CP, e assim poder contribuir, não só para futuras investigações, mas também para o crescimento da Gerontologia, nomeadamente nos CP.

Neste seguimento, desenvolveu-se um estudo piloto que se caracteriza por ser um teste, em pequena escala, dos procedimentos, materiais e métodos propostos para determinada pesquisa (Mackey; Gass, 2005 cit. por Bailer et.al., 2011). É considerado uma mini-versão do estudo completo que envolve a realização de todos os procedimentos previstos na metodologia, de modo a possibilitar uma alteração ou melhoria dos instrumentos, na fase que antecede a investigação em si (Bailer et.al., 2011).

O estudo piloto permite testar os instrumentos e garantir que cada um produza resultados próprios, de forma a responder às questões da pesquisa; permite também antever resultados; avaliar a viabilidade e utilidade dos métodos de coleta, em cada fase de execução e aprimorar os pontos necessários. O estudo piloto torna-se um instrumento valioso, pois permite que o investigador chegue ao contexto da sua pesquisa, com mais experiência e com escolhas metodológicas aperfeiçoadas (Bailer et.al., 2011).

Desta forma, este estudo piloto visa analisar e compreender a perspetiva dos profissionais que integram equipas de CP, face ao papel e competências do gerontólogo social neste contexto, através do preenchimento de um questionário desenvolvido para esta investigação, com a finalidade de responder simultaneamente às questões “A atuação do gerontólogo social em CP acarreta benefícios significativos para o doente e respetiva família?” e “Poderá o gerontólogo social acrescentar algo de novo à equipa de CP?”

Este questionário, disponibilizado através da plataforma *Google Forms*, foi aplicado a quatro equipas de CP do arquipélago dos Açores, mais concretamente, duas ECSCP da ilha

Terceira, uma de São Miguel e uma EIHCP, do Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, São Miguel.

4.1. Metodologia

4.1.1. População e Amostra

Na Região Autónoma dos Açores existem três hospitais centrais distribuídos pelas ilhas São Miguel, Terceira e Faial, sendo nestas três ilhas onde reside 96% da população açoriana. Na ilha de São Miguel reside mais de metade da população do arquipélago (57%) e na ilha Terceira mais de um quarto da população residente (29%) (SREA, 2018).

A distribuição das unidades de saúde pelas ilhas não segue a mesma tendência da distribuição populacional, ou seja, nas três ilhas acima referidas encontram-se 14 unidades de saúde de um total de 25, o que representa 56% deste tipo de estruturas. As ilhas que não dispõem de hospital, utilizam os serviços do Centro de Saúde, com internamento, nomeadamente Pico (n=3), São Jorge (n=2) e as restantes ilhas apenas 1 unidade (SREA, 2018).

Para este estudo-piloto, a população-alvo são os profissionais inseridos nas equipas de CP, das ilhas do arquipélago dos Açores. A amostra são os profissionais pertencentes a todas as equipas de CP das duas ilhas com maior população. No entanto, a amostra ficou condicionada aos elementos de quatro equipas de CP, distribuídas de forma equitativa pelas ilhas Terceira e São Miguel, pelo facto da informação não ter sido disseminada, com a fluidez desejável, pelos responsáveis das entidades gestoras dessas duas ilhas.

Os participantes foram seleccionados a partir dos contactos disponibilizados pelas entidades que gerem as equipas (USIT e USISM), sendo que a investigadora apenas manteve contacto, ao longo do estudo, com os responsáveis pelas equipas, que se prontificaram a enviar o questionário aos respetivos colegas.

As ECSCP da ilha Terceira, pertencentes à USIT e localizadas nos Centros de Saúde de Angra do Heroísmo e da Praia da Vitória, possuem, na totalidade, 20 elementos (Anexo I), enquanto as restantes equipas (ECSCP e EIHCP), pertencentes à USISM e ao Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, possuem um total de 41 profissionais. Dos 61 elementos (Anexo I) que constituem as equipas referidas, apenas se obteve 11 respostas, passando a ser este o número de elementos da amostra, o que representa 18% da população em estudo. Os

dados obtidos foram recolhidos através de um questionário de autopreenchimento, enviado online.

4.1.2. Instrumento de Colheita de Dados

Os dados foram recolhidos através de um questionário, enviado por *email*, aos responsáveis pelas equipas e pode ser acedido através do seguinte link: <https://docs.google.com/forms/d/1WP9yf4FAzGRe13wImZg4Bg6G7VOMVMMcOwsfJqN1JqE/edit>. O mesmo instrumento encontra-se, também, disponível em Apêndice (Apêndice I).

Optou-se pelo método quantitativo, no âmbito do estudo/investigação empírica, uma vez que permite recolher e tratar informação de forma mensurável, assim como a sua interação entre o empírico e a “*expressão matemática das relações quantitativas*”. Para uma maior compreensão dos fenómenos estudados, usou-se o questionário, como um dos instrumentos mais utilizados na investigação em ciências sociais, o que permite uma associação entre as variáveis qualitativas e quantitativas (Tinoca, 2011).

Para Fortin (1999) cit. por Tinoca (2011), o questionário é “*um método de recolha de dados, junto dos indivíduos sobre factos, ideias, comportamentos, preferências, sentimentos, expectativas e atitudes*”. É um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis (Fortin, 1999 cit. por Tinoca, 2011).

“*A atuação do gerontólogo social em CP acarreta benefícios significativos para o doente e respetiva família?*” e “*Poderá o gerontólogo social acrescentar algo de novo à equipa de CP?*”. Estas duas questões orientadoras foram o ponto de partida para a elaboração do questionário, tendo havido a preocupação de formular questões de âmbito geral, relacionadas com a importância da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade; de novas metodologias de trabalho; do atendimento personalizado ao utente e família, afunilando, ao longo do questionário, para questões mais específicas e direcionadas à relevância e às competências do gerontólogo em CP (SBGG, 2015).

Após a construção do questionário, este foi submetido a um pré-teste, realizado por seis pessoas de diferentes áreas da saúde e residentes na área metropolitana do Porto, algumas com formação em CP, com a finalidade de testar a formulação dos itens. Desta forma, houve necessidade de se reajustar o questionário até à versão final. Esta fase decorreu durante o mês de setembro de 2018.

A aplicação do questionário foi realizada na Região Autónoma dos Açores, pelo facto da investigadora ser residente na ilha Terceira e por manifestar especial interesse em conhecer as equipas de CP, assim como, as opiniões dos profissionais que as constituem, acerca da Gerontologia em articulação com os CP.

O questionário é constituído por vinte e uma questões e sendo do tipo misto, apresenta questões de resposta fechada, com vista a permitir mais rapidez e facilidade de resposta, assim como maior uniformidade, rapidez e simplificação na análise das respostas, e questões de resposta aberta, com o intuito de prezar pelo pensamento livre e originalidade; obter respostas mais representativas e fiéis da opinião do inquirido e é vantajoso para o investigador, pois permite-lhe recolher variada informação sobre o tema em questão (Amaro et.al. 2004).

A primeira parte do questionário está relacionada com o consentimento livre e esclarecido dos participantes sendo, portanto, de resposta obrigatória. A prossecução no questionário e no estudo implicava uma resposta afirmativa neste campo (Apêndice II). A segunda parte é relativa à caracterização sociodemográfica, formação e experiência profissional, sendo que todas as perguntas são de carácter obrigatório.

As questões seguintes pretendem obter dados relacionados com a dinâmica, metodologias de trabalho e comportamentos da equipa, assim como, analisar a perspetiva e atitude do profissional, relativamente aos pontos referidos anteriormente. Deste modo, e de forma indireta, pretende-se compreender a necessidade de integrar um gerontólogo numa equipa de CP.

Com a última parte do questionário, a investigadora pretende aferir o nível de conhecimento do participante, no que diz respeito ao papel e às competências do gerontólogo (social) numa equipa de CP, assim como, conhecer a opinião acerca da importância da integração deste profissional na equipa.

Relativamente aos resultados obtidos, os dados foram recolhidos e tratados a partir da plataforma *Google Forms* e com recurso ao *software* estatístico *Excel*, o que permitiu resumir os dados para descrever e analisar os resultados das observações, através da estatística descritiva.

4.1.3. Procedimentos da Recolha de Dados

Numa primeira fase e antes da aplicação do questionário, foi requerida autorização às entidades gestoras das equipas de CP, tendo sido enviado, no final do mês de setembro de 2018, para o Conselho de Administração da USIT e da USISM um *email* para oficializar a respetiva autorização, anexando um exemplar do questionário.

Os documentos referidos anteriormente foram, por sua vez, reencaminhados pela USISM para o responsável pela ECSCP, tendo obtido autorização, no início do mês de outubro (Anexo II).

A Comissão de Ética da USIT submeteu o questionário para apreciação e, no mês de dezembro, deu um parecer favorável (Anexo III) com a respetiva autorização (Anexo IV).

Para participar no questionário, foram obtidas autorizações por parte da USIT, da USISM e do Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, contemplando desta forma, 61 profissionais, no entanto, por motivo de não resposta, apenas participaram 11.

A colheita de dados foi realizada em 2019, no período compreendido entre 15 de janeiro e 25 de julho, com um total de 11 participantes.

4.2. Resultados

Nesta secção apresentam-se, em síntese, os resultados encontrados.

Caracterização sociodemográfica, formação e experiência profissional dos participantes

Neste estudo, participaram 11 profissionais, sendo a maioria dos participantes (82%) do sexo feminino e a média de idades de 42 anos (mínimo 33 anos, máximo 54 anos).

Relativamente à profissão, dez dos inquiridos são enfermeiros e um é assistente social. Regista-se também que 46 % dos participantes trabalha em CP há mais de 5 anos. É de referir que, segundo informações recolhidas da plataforma da APCP, três das quatro equipas contactadas com um total de 61 profissionais, cerca de metade são enfermeiros (Anexo I).

Relativamente aos 11 participantes, 91% pertencem a uma equipa comunitária e, em termos de localização geográfica, a maior parte dos participantes (73%) pertence a uma equipa de CP do grupo central (ilha Terceira). Três participantes (27%) são provenientes do grupo oriental (ilha de São Miguel).

Tabela 8. Caracterização sociodemográfica, formação e experiência profissional dos participantes (n=11).

Variáveis	N	%
Profissão		
Enfermeiro	10	90.9%
Assistente Social	1	9.1%
Género		
Feminino	9	81.8%
Masculino	2	18.2%
Grupo Etário		
[30, 35[	1	9.1%
[35, 40[	4	36.3%
[40, 45[	2	18.2%
[45, 50[	1	9.1%
[50, 55[	3	27.3%
Tempo serviço em CP		
6 meses a 1 ano	5	45.5%
2 a 5 anos	3	27.3%
Superior a 5 anos	3	27.3%
Equipa		
Comunitária	10	90.9%
Hospitalar	1	9.1%
Localização Geográfica da Equipa		
Grupo central	8	72.7%
Grupo oriental	3	27.3%

Dinâmica e funcionamento da equipa

Nesta secção pretende-se analisar a perspetiva do participante, face à dinâmica e funcionamento da equipa em que está inserido, assim como compreender a sua experiência, enquanto profissional de uma equipa de CP. Desta forma, pretende-se analisar a necessidade de inserção de novos profissionais numa equipa de CP, nomeadamente o gerontólogo social.

Constata-se que todos os participantes consideram que trabalhar em equipa multidisciplinar maximiza os ganhos em saúde, assim como, incentivar os membros da equipa em trabalho colaborativo. Acrescenta-se ainda, que a maioria (82%) assinala que a equipa a que pertence promove o trabalho interdisciplinar e 91% (n=10) é recetiva à utilização de novas metodologias de trabalho

Todos os participantes foram unânimes, na concordância, quanto à questão “*Reconhece os limites do seu papel e da sua competência, sendo capaz de encaminhar o utente para outros profissionais sempre que adequado*”.

Todos estão igualmente de acordo relativamente às famílias, muitas vezes, não terem competências para gerir os problemas físicos e psicológicos e consideram importante envolver os outros (utentes/familiares/cuidadores) no processo terapêutico, com vista à obtenção de uma intervenção eficaz.

Ainda neste contexto, 73% (n=8) *concorda parcialmente*, que possui o tempo necessário para apoiar o doente a alcançar os seus objetivos/metast e 27% *concorda totalmente*.

No entanto, em relação ao tempo necessário que o profissional possui para promover a participação do utente e seus familiares/cuidadores nas atividades em que o mesmo tem condições de realizar, 8 participantes (72,7%) estão parcialmente de acordo, 2 (18,2%) totalmente e 1 (9,1%) afirma não possuir o tempo necessário.

Nas questões 13 (*De acordo com a sua experiência, enquanto profissional que integra uma equipa de Cuidados Paliativos, é pouco visível a área de:*) e 13.1 (*De acordo com a sua experiência, enquanto profissional que integra uma equipa de Cuidados Paliativos, é praticamente inexistente a área de:*), sendo possível assinalar mais do que uma opção, 82% dos participantes consideram que, enquanto profissionais que integram uma equipa de CP, é **pouco visível** a área relativa ao *Apoio Espiritual*, com 9 respostas, seguindo-se as *Terapias não-farmacológicas (estimulação cognitiva; estimulação psicomotora; treino das atividades de vida diária; estimulação sensorial; musicoterapia; arteterapia; dança terapêutica; psicoterapia; terapia assistida por animais)* com 7 respostas, o que representa 64% dos participantes.

Na questão seguinte, verifica-se o oposto, uma vez que a maioria considera que as *Terapias não-farmacológicas (estimulação cognitiva; estimulação psicomotora; treino das atividades de vida diária; estimulação sensorial; musicoterapia; arteterapia; dança terapêutica; psicoterapia; terapia assistida por animais)* são **praticamente inexistentes** (8 respostas, dadas por 73% dos participantes), seguindo-se o *Apoio Espiritual* (6 respostas, ou seja, 55% dos participantes).

Dos 11 participantes, 6 concordam parcialmente (54,5%), relativamente à questão “*A sua equipa oferece resposta com prontidão e de forma eficaz às necessidades dos doentes em Cuidados Paliativos.*” e os restantes concordam totalmente.

Dos participantes que concordam parcialmente, foram dadas 5 respostas referentes a obstáculos para o sucedido, tais como:

- *Obstáculos financeiros, por exemplo, para adquirir equipamento/dispositivos de apoio.*
- *Falta de apoio espiritual credenciado. Impossibilidade de administrar morfina injetável nos domicílios.*
- *Medicação (analgesia) disponível para domicílio. Inexistência de serviço de internamento para cuidados paliativos. Número reduzido de material de apoio para empréstimo (ex: camas, colchões de pressão alternada, cadeiras de rodas).*
- *Não termos capacidade de atendimento a todos os doentes referenciados.*
- *Quando o utente precisa de cuidados, fora do horário, precisa recorrer aos cuidados hospitalares, apesar de tudo ser planeado de forma a antecipar e ser dada resposta no horário de funcionamento da equipa.*

Ainda no mesmo contexto da questão anterior, mas relativo às necessidades das famílias/cuidadores dos doentes em CP, três dos inquiridos (27,3%) concordam, de forma parcial, que a sua equipa oferece resposta com prontidão e de forma eficaz, considerando que existem necessidades que beneficiariam da intervenção de outros profissionais e de outros recursos, sendo também importante a existência de grupos de apoio aos cuidadores, propiciando a partilha de experiências, com apoio profissional.

Na questão “*A sua equipa possui condições técnicas/profissionais para dar resposta a um apoio mais individualizado e personalizado aos doentes em Cuidados Paliativos*”, pouco mais de metade dos participantes (54,5%), concorda totalmente, no entanto, os restantes participantes estão parcialmente de acordo (45,5%), justificando, como obstáculos, a falta de recursos humanos; o horário pouco expansivo de apoio médico e psicológico e a necessidade de integrar outros profissionais de saúde e outras ferramentas, alargando também o horário de apoio ao utente até 24h.

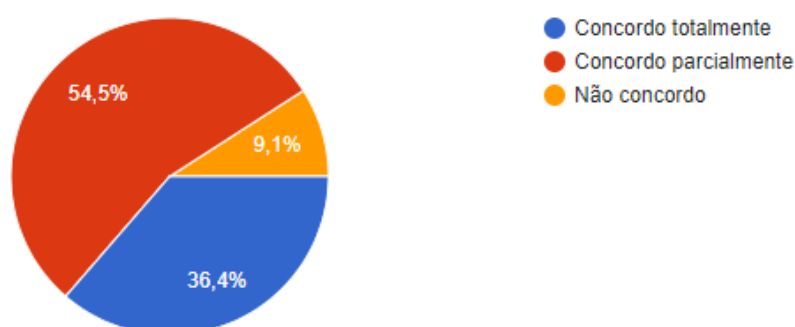
Por fim, é consensual, a importância de “*criar e desenvolver políticas e programas que respondam às necessidades reais dos doentes em CP e suas famílias*”.

Conhecimento sobre o papel do gerontólogo social

A parte final do questionário foi destinada para analisar a perspectiva dos participantes, relativamente ao papel do gerontólogo social nos CP.

Como tal, verifica-se, através do seguinte gráfico circular (Gráfico 1), que 54,5% (n=6) concorda parcialmente, que o gerontólogo social tem um papel relevante numa equipa de CP, 4 concordam totalmente e 1 dos inquiridos não concorda.

Gráfico 1. Relevância do papel do gerontólogo social numa equipa de Cuidados Paliativos (n=11)



Na questão “*Na minha opinião, o gerontólogo social poderá ser facilmente substituído numa equipa por outro profissional das Ciências Sociais*”, 55% dos participantes não concorda, enquanto 9% (n=1) concorda totalmente na substituição deste profissional por outro das Ciências Sociais.

Neste sentido, aos participantes que concordam total ou parcialmente, era-lhes solicitado que indicassem, pelo menos um profissional das Ciências Sociais, que pudesse substituir o gerontólogo social e respetiva justificação. As respostas dadas indicam o assistente social e o psicólogo como profissionais que conseguem dar conta das situações que vão surgindo e ambos possuem competências na área da gerontologia, melhoradas por formação complementar; também o terapeuta ocupacional foi indicado como possível substituto; um dos inquiridos afirma que apesar de considerar o assistente social como possível substituto do gerontólogo, desconhece o seu campo de atuação numa equipa de CP.

Os participantes que não concordassem teriam também que justificar a opção, sendo que foram obtidas respostas, indicando que cada profissional tem a sua particularidade e área de atuação, possuindo competências específicas; e que cada um possui a sua própria valência, sendo que as “*ciências sociais estudam os aspetos sociais do mundo humano, enquanto na*

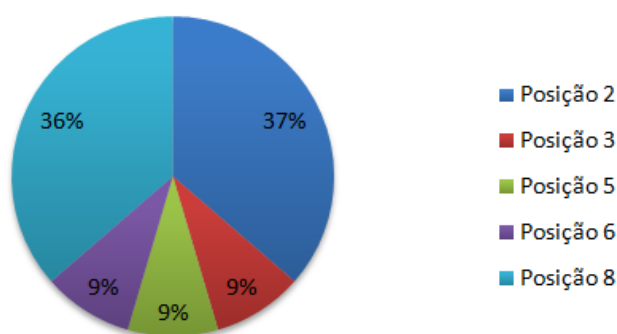
gerontologia social, o objetivo é o estudo do fenómeno do envelhecimento, como parte do desenvolvimento do ciclo vital”.

Concordam total ou parcialmente, 82% (n=9) dos participantes, no que diz respeito à questão “*Sendo o gerontólogo (social) especializado na área do envelhecimento e sabendo que os doentes em Cuidados Paliativos estão na sua maioria acima dos 65 anos, integrar este profissional na equipa acarreta benefícios significativos para o doente e família*”.

Na última questão, era solicitado ao participante que assinalasse, por ordem crescente de prioridade (1 – Prioridade elevada,..., 8 – Prioridade reduzida), os profissionais que incluiria numa equipa de CP, sendo que esta mesma equipa já incluía médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social.

De acordo com o gráfico que se segue foi possível verificar que menos de metade dos participantes (n=4) atribuiu ao gerontólogo a *posição 2* e outros 4 a *posição 8*, ou seja, as respostas situam-se na prioridade elevada e prioridade reduzida. Os restantes 3 participantes dividem-se equitativamente pelas prioridades intermédias (*posições 3, 5 e 6*).

Gráfico 2. Posição do gerontólogo social numa equipa de Cuidados Paliativos



4.3. Discussão

A partir do estudo piloto, procura-se responder às questões “A atuação do gerontólogo social em CP acarreta benefícios significativos e respetiva família? e “Poderá o gerontólogo social acrescentar algo de novo à equipa de CP?”. Os participantes do questionário referem, de forma expressiva, a importância do papel do gerontólogo social numa equipa de CP, uma vez que apenas um, dos onze inquiridos, não concorda com a relevância desse papel. Acrescenta-se ainda que, apenas um único profissional inquirido, considera que o gerontólogo social poderá ser facilmente substituído por outro das Ciências Sociais, numa equipa de CP.

As respostas a estas questões poderão ser ainda fundamentadas por Correia (2019), ao afirmar que a Gerontologia tem um papel importante na reabilitação e CP, referindo que as pessoas passam por perdas no decorrer da vida, mas na fase da velhice há destaque sobre as mesmas que podem ser reversíveis. Acrescenta ainda que, em casos mais críticos, o papel da Gerontologia passa por acionar o sistema de saúde e segurança ao assistido, de modo a assegurar os devidos cuidados e a qualidade de vida para todas as pessoas.

Esta última ideia, poderá ainda ser reforçada pela Associação Nacional de Gerontólogos (2017), ao publicar na revista *4Sénior*, que a Gerontologia, sendo uma ciência que estuda o envelhecimento humano, é a área científica que se dedica ao estudo do processo de envelhecimento nas suas diversas dimensões: biológica, psicológica e social. *Nós, enquanto seres humanos, não somos só biologia, não somos só psicologia, não somos só social. Somos uma compilação, bastante complexa, de todas essas dimensões.* Por isso, acrescenta que a Gerontologia é uma ciência necessariamente multi e transdisciplinar, necessária para enfrentar os grandes desafios do envelhecimento humano.

Neste sentido, o gerontólogo é um profissional de relação, que está perto e que gere as necessidades do seu cliente, não substituindo (mas complementando) o médico, o enfermeiro ou o psicólogo. O gerontólogo é aquele que, por via das várias competências que detém, saberá determinar que profissionais mobilizar, quando, em que condições, dinamizando a teia de relações que leva a que o idoso veja a sua situação otimizada de forma mais rápida e eficaz. *Se os vários profissionais são blocos sólidos, o gerontólogo é o cimento que os une de forma a fortalecer toda a estrutura que dá cobertura à população idosa* (Associação Nacional de Gerontólogos, 2017).

Ainda em relação ao estudo II, apesar de dez participantes reconhecerem o papel relevante do gerontólogo numa equipa de CP, quando são confrontados com a afirmação “*A sua equipa oferece resposta com prontidão e de forma eficaz às necessidades dos doentes em Cuidados Paliativos*”, cinco concordam totalmente, o que poderá significar que estes participantes não sentem a falta de outros profissionais na equipa. Os outros seis inquiridos, que concordam parcialmente com a afirmação, na questão seguinte do questionário, apontam como obstáculos para o sucedido, situações em que, em nenhuma delas, está implícito as competências e/ou o papel do gerontólogo social.

Face ao exposto, os resultados obtidos carecem de alguma reflexão, ou seja, se por um lado os participantes reconhecem a importância do gerontólogo numa equipa, por outro lado,

quando referem obstáculos, mencionam os de carácter financeiro, os de natureza espiritual, os de âmbito da saúde (medicação) e os constrangimentos logísticos e de recursos materiais/humanos, ou seja, nenhum dos obstáculos referidos está diretamente relacionado com o papel do gerontólogo.

Regista-se ainda outra incoerência nas informações obtidas, principalmente aquando do cruzamento de diferentes respostas, nomeadamente das questões 13.1 e 14.1. Oito participantes assinalam como praticamente inexistente, a área das *terapias não farmacológicas, tais como a estimulação cognitiva; a estimulação psicomotora; o treino das atividades de vida diária; a estimulação sensorial; a musicoterapia; a arteterapia; a dança terapêutica; a psicoterapia; a terapia assistida por animais*. No entanto, nenhuma destas competências estão inerentes às cinco respostas do(s) obstáculos encontrado(s) (referidos no parágrafo anterior) para que a *equipa ofereça resposta com prontidão e de forma eficaz às necessidades dos doentes em Cuidados Paliativos*.

Atualmente, a formação em Gerontologia Social, ao nível da licenciatura, debruça-se, essencialmente no último semestre do curso, sobre esta área das terapias não farmacológicas (Laboratório de Arteterapia; Laboratório de Expressão Musical e Musicoterapia; Laboratório de Movimento e Dança e Animação Teatral), sendo que os alunos desenvolvem competências fundamentais para atuar no sentido de proporcionar a melhor qualidade de vida possível à pessoa idosa, em contextos diversificados (Escola Superior de Educação de Coimbra, s.d.).

As terapias não farmacológicas englobam um vasto leque de intervenções. As terapias *standard* são a Terapia da Reminiscência, a Terapia da Validação e a Terapia de Orientação na Realidade. A Terapia da Reminiscência é uma técnica de estimulação cognitiva que utiliza a recordação sistemática de memórias antigas com o intuito de ativar o passado da pessoa idosa, tendo como benefício o estímulo da própria identidade e auto-estima. A Terapia da Orientação na Realidade é uma técnica de estimulação cognitiva que se dedica a intervir nas alterações da orientação e da memória através da estimulação das pessoas idosas com demência, para que estas readquirem dados sobre si próprias e sobre o meio em que se inserem. A Terapia da Validação destina-se a dar a oportunidade de resolver conflitos pendentes através do encorajamento e validação da expressão de sentimentos. Baseia-se numa atitude de respeito e empatia para com o idoso, de forma a que o cuidador (formal/informal) se adapte e aceite a conduta da pessoa idosa (Garcia, 2011).

As intervenções não farmacológicas estendem-se também aos cuidadores/famílias ao nível psicológico, em quatro vertentes: intervenções com cuidadores que pretendem melhorar os sintomas neuropsiquiátricos ou a frequência da institucionalização de pessoas idosas com demência; intervenções psicoeducativas para ensinar aos cuidadores como modificar as suas interações com os idosos com demência; formação de conselhos familiares com vista à redução da institucionalização dos idosos e utilização de recursos humanos especializados no tratamento de pessoas com demência na formação de cuidadores informais inseridos na comunidade (Garcia, 2011).

Acrescenta-se também, que as intervenções não farmacológicas situam-se ao nível psicossocial, que vai desde a Musicoterapia até à Estimulação Multi-Sensorial (Snoezelen), passando por outras formas de intervenção, tais como, massagens combinadas com música, programas de integração sensorial que enfatizem as respostas corporais e a estimulação sensorial, intervenções de toque corporal expressivas ou ainda estimulação através de elementos naturais durante o banho (sons da natureza, visualização de imagens) (Garcia, 2011).

Ainda ao nível da intervenção não farmacológica, estão presentes atividades estruturadas, nomeadamente programas de atividades terapêuticas; atividades baseadas no método Montessori, que proporcionam a socialização e diversão através da interação; o exercício físico – caminhadas acompanhadas por cuidadores; diminuição da estimulação sensorial – desligar as televisões, baixar o tom da voz, reduzir o movimento dos profissionais na instituição; manipulação do meio ambiente – adaptação do meio em que a pessoa idosa com demência se insere com vista a diminuir o sentimento de *stress* e os comportamentos inadequados consequentes do mesmo; sinalização de objetos/espacos/caminhos; residências assistidas e formação dos cuidadores formais na gestão de problemas comportamentais (Garcia, 2011).

Em suma, a intervenção não-farmacológica diz respeito a um conjunto de intervenções que visam maximizar o funcionamento cognitivo e o bem-estar da pessoa, bem como ajudá-la no processo de adaptação à doença. As atividades desenvolvidas têm como fim a estimulação das capacidades da pessoa, preservando, pelo maior período de tempo possível, a sua autonomia, conforto e dignidade (Alzheimer Portugal, s.d.).

Apesar das dificuldades existentes na investigação da implementação das terapias não farmacológicas, uma grande variedade de abordagens tem sido testada com sucesso. Muitas

abordagens não farmacológicas tiveram como resultados melhorias estatísticas e clinicamente significativas na manifestação de problemas de comportamento. Este tipo de abordagem é muitas vezes utilizado em detrimento das terapias farmacológicas, uma vez que visa abordar as razões psicossociais/ambientais que conduzem à manifestação de determinado comportamento e evita as limitações de intervenções farmacológicas (nomeadamente efeitos colaterais adversos, interações medicamentosas e eficácia limitada). Tem ainda a vantagem de não mascarar a verdadeira necessidade da pessoa idosa, não eliminando o comportamento (que alerta para a necessidade). Não há assim uma redução da já comprometida comunicação por parte da pessoa idosa e não limita a capacidade do cuidador de prestar o apoio adequado (Garcia, 2011).

A criação e o desenvolvimento de novas políticas e programas que respondam às necessidades reais dos doentes em CP, também é uma das múltiplas competências do gerontólogo, sendo que a totalidade dos participantes do Estudo II entendem a importância desta medida. Neste sentido, cabe ao gerontólogo social, e segundo Fernández-Ballesteros (2000) e Paúl e Fonseca (2005), intervir e desenvolver políticas sociais, educativas e de saúde, através de campanhas de promoção de estilos de vida saudáveis, investigação académica, políticas de ação social, no sentido otimizar o processo de envelhecimento.

A opinião dos 11 participantes divide-se, notavelmente, na última questão do estudo piloto, quando é solicitado para priorizar, de forma crescente, diferentes profissionais numa equipa. Neste sentido, o gerontólogo, tanto permanece em segundo lugar, com 36% das respostas, como permanece em oitavo, com 37% das respostas. Estes resultados extremos poderão sugerir um desconhecimento acerca da profissão e uma divergência na introdução de novos profissionais em CP, mas também uma aceitação e compreensão acerca da importância do gerontólogo e dos diversos benefícios que a equipa, utentes e famílias poderão usufruir com a introdução deste profissional em CP.

Este possível desconhecimento poderá dever-se ao facto da Gerontologia poder ser definida, segundo Birren & Bengston (1988), como uma ciência recente, rica em dados mas pobre em teorias, sendo esta questão motivo de alguma preocupação por parte das entidades de investigação, devido à ambição patente quanto ao desenvolvimento da Gerontologia como ciência e no que concerne ao desenvolvimento teórico da mesma, proporcionando, deste modo, a organização, e dando sentido à existente multiplicidade de dados empíricos, assim como, fundamentar a sua intervenção e a mudança social.

Assim, apesar de os resultados não poderem ser generalizados, sendo, neste caso, meramente descritivos, são importantes para compreender o estado de entendimento sobre o papel do gerontólogo em CP e a necessidade de aprofundamento do tema.

Contudo, considera-se pertinente a realização de uma investigação mais aprofundada sobre o tema, com uma amostra, que seja o mais representativa possível do todo e que produza resultados legítimos, inequívocos e conclusivos, que traduzam a realidade (Marconi e Lakatos, 2002) das equipas de CP, no arquipélago dos Açores. A impossibilidade de generalizar resultados com precisão estatística deve-se ao facto de ter sido utilizada uma amostragem do tipo não probabilística.

A escolha pelas ilhas Terceira e São Miguel deveu-se, primeiramente, ao facto da investigadora ser residente nos Açores e manifestar interesse e curiosidade em compreender a realidade atual, referente ao tema desta investigação, e também por possuírem um nível de desenvolvimento mais elevado, comparativamente com as restantes ilhas açorianas.

Acresce ainda, que a informação dos 61 elementos previstos para participarem no questionário foi obtida através da plataforma da APCP (Anexo I), uma vez que a investigadora deparou-se com obstáculos organizacionais/institucionais, com informações incongruentes, nomeadamente no que diz respeito ao número exato de equipas de CP existentes, assim como, o número de profissionais que as compõem. Neste sentido, só após terem sido desenvolvidos esforços persistentes na obtenção de informações oficiais e atualizadas, é que a investigadora conseguiu obter as respostas solicitadas.

Quanto ao reduzido número de participações no questionário, relativamente aos 61 previstos, é importante referir que apesar da insistência constante por parte da investigadora e do alargado período atribuído para recolha de dados, foram colocados, por vezes, alguns entraves quanto à formulação de questões e quanto à obrigatoriedade de respostas às mesmas, por parte de elementos de algumas equipas de CP da região.

Perante o exposto, a investigadora apelou novamente para o preenchimento do questionário, indicando a possibilidade de serem manifestadas as referidas críticas no campo destinado às “*Observações*”. Contudo, essa opção teve uma adesão muito pouco significativa, não contribuindo para uma participação ativa.

De referir ainda que, três dos onze inquiridos proferiram algumas críticas, nomeadamente quanto à formulação das questões 13; 13.1 e 21., referindo:

- *“Não concordo em absoluto que a pergunta 21 não possibilite mais do que 1 resposta por coluna. Por outro lado, é necessário ter em conta o tipo de equipa especializada que estamos a falar... por exemplo, numa equipa comunitária o papel da assistente operacional é muito reduzido se compararmos com o papel que o mesmo grupo profissional tem numa Unidade de Cuidados Paliativos.”*
- *“Não concordo com a forma em como está estruturada a questão 13 e 13.1. Tive de responder sendo obrigatório no entanto, não concordo muito com a minha resposta. Não acho o apoio espiritual pouco visível mas todas as opções tb não o são. O mesmo acontece na resposta 13.1. Tb não concordo como está estruturada a questão 21. Não consigo dar maior ou menor prioridade entre alguns profissionais.”*
- *“Na minha perspetiva tenho de reconhecer que entre todas as opções acima descritas o nutricionista o fisioterapeuta e o gerontólogo social tem o seu papel crucial e a suas prioridades são elevadas, como enfermeira acho crucial a elevada importância das 3 profissões descritas para o bom funcionamento da equipa multidisciplinar em Cuidados Paliativos.”*

A importância da elaboração deste estudo piloto torna-se evidente, pois poderá ser um ponto de partida para futuras investigações e, através da realização de todos os procedimentos previstos na metodologia, possibilitando uma alteração ou melhoria dos instrumentos, na fase que antecede a investigação em si (Bailer et.al., 2011). Este tipo de estudo torna-se um instrumento valioso, pois permite que o investigador chegue ao contexto da sua pesquisa, com mais experiência e com escolhas metodológicas aperfeiçoadas (Bailer et.al., 2011).

4.4. Conclusão

Através do estudo piloto, obtiveram-se informações recolhidas de dados de uma amostra de 11 profissionais de saúde dos Açores, sobre o papel e competências do gerontólogo social em CP. Os resultados revelam existir a maximização dos ganhos em saúde, quando se trabalha numa equipa multidisciplinar, havendo receptividade à utilização de novas metodologias de trabalho.

Neste sentido, o gerontólogo é um profissional de relação, que está perto e que gere as necessidades do seu cliente, não substituindo (mas complementando) o médico, o enfermeiro ou o psicólogo. O gerontólogo é aquele que, por via das várias competências que detém, saberá determinar que profissionais mobilizar, quando, em que condições, dinamizando a teia de relações que leva a que o idoso veja a sua situação otimizada de forma mais rápida e eficaz. *Se os vários profissionais são blocos sólidos, o gerontólogo é o cimento que os une de forma a fortalecer toda a estrutura* (Associação Nacional de Gerontólogos, 2017).

Atualmente, a formação em Gerontologia Social debruça-se, essencialmente sobre as terapias não farmacológicas (Laboratório de Arteterapia; Laboratório de Expressão Musical e Musicoterapia; Laboratório de Movimento e Dança e Animação Teatral), sendo que os futuros gerontólogos desenvolvem competências fundamentais para atuar no sentido de proporcionar a melhor qualidade de vida possível à pessoa idosa, em contextos diversificados (Escola Superior de Educação de Coimbra, s.d.).

Apesar das dificuldades existentes na investigação da implementação das terapias não farmacológicas, uma grande variedade de abordagens tem sido testada com sucesso (Garcia, 2011).

O acima descrito justifica, em parte, os benefícios acrescidos/significativos da atuação do gerontólogo social em CP para o doente e para a respetiva família, assim como, o que o mesmo poderá acrescentar de novo à referida equipa.

Os resultados vão ao encontro da importância do trabalho colaborativo e multidisciplinar. Nas equipas multidisciplinares existe uma inter-relação entre os diferentes profissionais envolvidos, os quais devem considerar o doente como um todo, numa atitude humanizada e uma abordagem mais ampla e resolutive do cuidado. Impõe-se, assim, a crescente formação de equipas multidisciplinares que sistematizem os conhecimentos das diferentes áreas para melhorar a efetividade das intervenções e aprimorar os serviços a serem prestados (Atlas da Saúde, 2019).

A importância deste tipo de abordagem tem sido documentada cientificamente, evidenciando geralmente melhor serviço aos doentes, beneficiando estes mais quando os profissionais de saúde trabalham em conjunto. Os estudos mostram, também, que a introdução de equipas multidisciplinares se associa a menor tempo de internamento quando os doentes são admitidos em unidades hospitalares, e a um maior índice de satisfação com os serviços de saúde (Nogueira, 2004).

Ainda neste contexto, é imperativo que se atue profissionalmente segundo uma visão integral das informações e acontecimentos, adotando a totalidade do conhecimento, o diálogo, o intercâmbio de informações e a comunicação aberta; como forma de criar novos conhecimentos e possibilidades a favor dos objetivos comuns traçados no quotidiano de trabalho (Gueudeville, 2007).

Apesar do reconhecimento de benefícios do trabalho em equipa multidisciplinar, algumas dificuldades e problemas têm sido identificadas no seio de equipas multiprofissionais, a destacar a intensa divisão social e técnica do trabalho na área da saúde; o processo de alta especialização e compartimentação do saber na formação académica dos profissionais; e a crença de que a competência de cada profissional isoladamente será suficiente para a complexidade do atendimento das necessidades de saúde do doente e da comunidade (Atlas da Saúde, 2019).

No entanto, no seguimento do estudo II, estas dificuldades apontadas não são manifestamente visíveis pelos participantes do questionário, uma vez que referem a importância de incentivar os membros de uma equipa, para trabalhar em conjunto e, essencialmente, pela capacidade de reconhecimento dos limites do seu papel e da sua competência, encaminhando o utente para outros profissionais, sempre que adequado.

Ainda no âmbito do estudo piloto, destaca-se a importância de envolver os outros (utentes/famíliares/cuidadores) no processo terapêutico, com vista à obtenção de uma intervenção eficaz e, neste sentido, a importância de criar e desenvolver políticas e programas que respondam às necessidades reais dos doentes em CP e suas famílias. Neste sentido, cabe ao gerontólogo social intervir e desenvolver políticas sociais, educativas e de saúde, através de campanhas de promoção de estilos de vida saudáveis, investigação académica, políticas de ação social, no sentido otimizar o processo de envelhecimento. (Fernández-Ballesteros, 2000 e Paúl e Fonseca, 2005)

Importa referir que, de acordo com a pesquisa realizada, o presente estudo é desafiante, pelo facto de existir pouca informação, pouco conhecimento e poucas experiências acerca da Gerontologia, em particular, GS, no contexto dos CP.

Como uma das limitações desta investigação, aponta-se a dimensão reduzida da amostra (11 indivíduos) que, consequentemente poderá não ser representativa da população, comprometendo uma perceção do conhecimento geral dos profissionais que integram as equipas de CP dos Açores sobre este tema.

Refere-se ainda, uma outra condicionante do Estudo II, que diz respeito à comunicação e morosidade de resposta das entidades contactadas e colocação de entraves à aplicação do questionário. Acresce a dificuldade de obtenção de dados quantitativos oficiais, no que diz respeito ao número total de equipas de CP existentes e ao número de elementos que as constituem.

Alguns obstáculos institucionais encontrados permitiram compreender a complexidade da organização dos CP da Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados, da Região Autónoma dos Açores, principalmente no que diz respeito à obtenção de informações de cariz estatístico.

CAPÍTULO III: DISCUSSÃO, CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO

O constante aumento do índice de envelhecimento populacional e o consequente aumento do nível de dependência faz emergir a necessidade de um maior número de profissionais especializados na pessoa idosa e com um melhor nível de preparação, para atuar em diversos contextos. Neste sentido, a Gerontologia surge como um ramo da ciência que se propõe a estudar o processo de envelhecimento em diferentes vertentes e os múltiplos problemas que possam envolver o ser humano (Beauvoir, 1990).

A abordagem geriátrica/gerontológica e paliativa foca-se no cuidado à pessoa e não na doença, reconhecendo a inserção da família nesse processo. Possuem um propósito em comum: maximizar a capacidade da pessoa, visando, acima de tudo, o alívio e o conforto. É pois, fundamental a integração de profissionais de múltiplas competências técnicas numa conjugação de saberes e ações que caracteriza a interdisciplinaridade, pautada pela competência profissional, sensibilidade, humildade, altruísmo, disponibilidade, bom humor e capacidade de comunicação (SBGG, 2015). A importância da interdisciplinaridade, que também é reconhecida no estudo piloto (Estudo II), pelos 11 profissionais participantes que integram as equipas de CP dos Açores, em que de uma forma inequívoca e unânime, reconhecem a existência de ganhos em saúde, quando se trabalha numa equipa multidisciplinar e o incentivo dos membros da equipa ao trabalho conjunto. Foi também consensual a receptividade à utilização de novas metodologias de trabalho.

O atendimento ao paciente, por parte de uma equipa interprofissional, requer uma maior articulação/envolvimento de cada um, no desempenho das suas funções específicas, bem como o desenvolvimento de uma melhor compreensão e respeito pelo trabalho dos colegas da equipa, com a principal finalidade de contribuir para o atendimento holístico ao paciente (Schapmire et al, 2018; Tomasovic, 2005; Andrade, 2018 e Supiano, 2013).

Sendo a Gerontologia multidisciplinar, preocupa-se em estudar os aspetos físicos, mentais e sociais do envelhecimento e visto que o cuidado atribuído à pessoa idosa é mais abrangente do que a prática de uma disciplina, especialistas de várias áreas e profissões são necessários para formar equipas. As vastas necessidades dos adultos em envelhecimento tendem a exigir novas abordagens para a educação e prática (Schapmire et.al. 2018).

A abordagem interdisciplinar, sendo um ponto em comum entre os estudos, é necessária para dar resposta a uma complexa rede no sistema de saúde e apoio social e, desta

forma, contribuir para uma melhor qualidade de vida da população idosa. Devido à complexidade dos cuidados sociais e de saúde desta faixa etária, o trabalho em equipa torna-se inevitável (Schapmire et al, 2018; Tomasovic, 2005; Andrade, 2018 e Supiano, 2013).

De mencionar que todos os estudos se referem aos desafios e necessidades emergentes que o envelhecimento populacional impõe, nomeadamente no cuidado à pessoa idosa, em fase terminal (Andrade, 2018; Tomasovic, 2005; Schapmire et.al. 2018; Supiano, 2013).

A partir do primeiro estudo realizado (*scoping review*) foi possível constatar a pesquisa e a informação obtida em Geriatria, Gerontologia e CP são muito escassas e silenciosas, no entanto, de extrema importância (Andrade, 2018; Tomasovic, 2005; Schapmire et.al. 2018; Supiano, 2013).

Apesar das múltiplas competências do gerontólogo, a articulação entre a Gerontologia e os CP é ainda pouco evidente e pouco explorada, tendo isto despertado a necessidade de aprofundar, com mais detalhe, o tema e, através do estudo piloto analisar e compreender a perspetiva dos profissionais, face às competências do gerontólogo social nos CP.

Numa perspetiva integradora, os CP e os valores fundamentais da Gerontologia coincidem: o paciente e a sua família estão no centro dos cuidados, a perspetiva é de uma abordagem interdisciplinar, holística e compreensiva, além do paciente e família serem vistos como uma única unidade de cuidados (Andrade, 2018; Tomasovic, 2005; Schapmire et.al. 2018; Supiano, 2013). O gerontólogo é um profissional de relação, que gere as necessidades do seu cliente, não substituindo (mas complementando) outros profissionais. O gerontólogo é aquele que, por via das várias competências que detém, saberá determinar que profissionais mobilizar, quando e em que condições, dinamizando a teia de relações que leva a que o idoso veja a sua situação otimizada de forma mais rápida e eficaz (Associação Nacional de Gerontólogos, 2017). Os estudos encontrados abordam estes dois conceitos de forma complementar, mas também com alguma ambiguidade.

A evidência que suporta o papel do gerontólogo em CP é visivelmente limitada, o que poderá ser constatado através de resultados do Estudo II, em que é notável a divisão da opinião dos participantes no questionário, quando é solicitado para priorizar a importância, de forma crescente, diferentes profissionais numa equipa, sendo que o gerontólogo, tanto permanece em segundo lugar (prioridade elevada), como permanece em oitavo (prioridade reduzida). Estes resultados antagónicos poderão sugerir um desconhecimento acerca da profissão e uma divergência de interesses na introdução de novos profissionais em CP, o que

poderá justificar a *posição 8*, no entanto, outros, ao assinalarem a *posição 2*, poderão admitir uma aceitação e compreensão acerca da importância do gerontólogo e dos diversos benefícios que a equipa, utentes e famílias poderão usufruir com a introdução deste profissional numa equipa de CP.

Os resultados da investigação, além de revelarem um conhecimento ténue das competências gerais do gerontólogo, por parte dos profissionais inquiridos, também são inconclusivas as informações acerca da pertinência deste profissional numa equipa de CP, o que merecem uma reflexão e um estudo mais aprofundado.

As características da Gerontologia/Geriatria, mencionadas pelos autores dos artigos do Estudo I (Schapmire et al, 2018; Tomasovic, 2005; Andrade, 2018 e Supiano, 2013), coincidem com as competências inerentes ao gerontólogo, nomeadamente na capacidade que este profissional possui na coordenação dos diferentes serviços que apoiam as pessoas idosas, bem como as respetivas famílias, identificando e assegurando uma efetiva administração de serviços, de acordo com as suas necessidades; na dotação de serviços para a pessoa idosa individualmente, bem como para grupos, com base no conhecimento multidisciplinar que detém acerca do processo de envelhecimento, sendo por isso, capazes de antecipar futuras necessidades e implementar soluções inovadoras; e na avaliação das necessidades numa determinada esfera, contribuindo para o planeamento de intervenções que correspondem à solução dessas necessidades (Letra, M. et.al., 2018).

É também da responsabilidade do profissional de Gerontologia, criar um relacionamento com o cliente e com os respetivos familiares, no sentido de ajudar a encarar esse complexo cenário, ouvir e acolher esse sofrimento. Esse cuidador torna-se um fator-chave em ajudar as pessoas a encontrar um sentido no final da vida (Andrade, 2018).

O acima descrito poder-se-á aferir a partir dos resultados do estudo II, em que é possível verificar o reconhecimento, unânime, dos limites das competências no desempenho profissional, de forma a ser feito o encaminhamento do utente para outros profissionais, o que de certa forma, poderá revelar uma abertura para a integração de outros profissionais na própria equipa. É ainda reconhecida a importância de envolver os outros (utentes/famíliares/cuidadores) no processo terapêutico, com vista à obtenção de uma intervenção eficaz; e na importância de criar e desenvolver políticas e programas que respondam às necessidades reais dos doentes em CP e suas famílias.

O gerontólogo poderá exercer a sua prática profissional em contacto direto ou indireto com a população idosa, tanto em contexto comunitário, como institucional, em diferentes áreas de trabalho, nomeadamente em centros de dia, centros de convívio, lares e residências para idosos. É exatamente neste tipo de instituições, que este profissional assume um papel preponderante em relação a outros, da mesma área social, no apoio à pessoa idosa que careça de CP, aos cuidadores e aos familiares (Paço, 2016).

Enfatiza-se a importância da criação de espaços com características de um lar de idosos para situações de tratamento e estadia prolongada, dentro de hospitais com unidades geriátrico-paliativas, como forma de diminuição dos leitos hospitalares de idosos com necessidades de CP, atribuindo uma importância aos serviços extra-hospitalares para a população geriátrica (assistência domiciliar, instituições sociais e médicas para o cuidado diário, serviços para a população idosa, entre outras) (Tomasovic, 2005 e Andrade, 2018).

Neste sentido e uma vez que o gerontólogo desenvolve, na maioria das vezes, a sua intervenção no domicílio e nas instituições de apoio à terceira idade, o seu campo de ação ultrapassa o meio hospitalar, estendendo-se para uma área mais visível (Paço, 2016).

O apoio no tratamento dos idosos em ambiente domiciliar ou institucional, tem-se assumido como tendência e, deste modo, a pesquisa em Gerontologia, uma vez que requer uma abordagem multidisciplinar, torna-se uma questão delicada e complexa, sendo, por isso, necessário aprimorá-la, para assim poder contribuir para o desenvolvimento de uma medicina mais humana para a população idosa (Tomasovic, 2005 e Andrade, 2018).

De acordo com Pereira (2012) e relativamente aos cuidados domiciliários, estes são, indubitavelmente, um meio enriquecedor para o desenvolvimento da profissão do gerontólogo, pois possibilita que este se depare com a pessoa idosa, o seu meio habitacional, familiar, social e cultural, e que diante de todas estas variáveis, inicie o processo da avaliação multidimensional do idoso.

A criação e o desenvolvimento de novas políticas e programas que respondam às necessidades reais dos doentes em CP, também é uma das múltiplas competências do gerontólogo, sendo que todos os participantes entendem a importância desta medida. Neste sentido, cabe ao gerontólogo social, e segundo Fernández-Ballesteros (2000) e Paúl e Fonseca (2005), intervir e desenvolver políticas sociais, educativas e de saúde, através de campanhas de promoção de estilos de vida saudáveis, investigação académica, políticas de ação social, no sentido otimizar o processo de envelhecimento.

As intervenções não-farmacológicas poderão assumir um papel relevante na atuação do gerontólogo numa equipa de CP e dizem respeito a um conjunto de intervenções que visam maximizar o funcionamento cognitivo e o bem-estar da pessoa, bem como ajudá-la no processo de adaptação à doença (Alzheimer Portugal, s.d.). Apesar das dificuldades existentes na investigação da implementação das terapias não farmacológicas, uma grande variedade de abordagens tem sido testada com sucesso. Muitas abordagens não farmacológicas tiveram como resultados melhorias estatísticas e clinicamente significativas na manifestação de problemas de comportamento (Garcia, 2011).

Dos resultados obtidos no estudo II, poder-se-á depreender a necessidade de realizar uma investigação mais exaustiva sobre a temática, de forma a produzir informações que traduzam a realidade das equipas de CP.

Como uma das limitações desta investigação, aponta-se a dimensão reduzida da amostra (11 indivíduos) que, consequentemente poderá não ser representativa da população, comprometendo uma perceção do conhecimento geral dos profissionais que integram as equipas de CP dos Açores sobre este tema.

A dificuldade sentida, por parte da investigadora, na pesquisa de artigos que fossem ao encontro dos objetivos pretendidos, foi uma constante ao longo do trabalho inicial do Estudo I, pelo facto da produção científica nesta área ser muito reduzida, o que constituiu um constrangimento à expansão e fluidez do trabalho.

Refere-se, por fim, uma outra condicionante do Estudo II, que diz respeito à comunicação e morosidade de resposta das entidades contactadas e colocação de entraves à aplicação do questionário. Acresce ainda a dificuldade de obtenção de dados quantitativos oficiais, no que diz respeito ao número total de equipas de CP existentes e ao número de elementos que as constituem.

Através dos dois estudos realizados nesta dissertação, verifica-se que a investigação e a avaliação são essenciais e emergentes, para que através delas sejam postas em prática mudanças que respondam às necessidades reais nos mais variados níveis e às expectativas das pessoas mais velhas que constituem a sociedade atual, uma vez que as alterações na composição etária da população residente em Portugal são reveladoras do envelhecimento demográfico ocorrido nos últimos anos, como de resto tem acontecido na maioria dos países desenvolvidos (UNECE, 2017).

Em 2015, a população portuguesa com mais de 65 anos, ultrapassava os 2 milhões de pessoas, o que representava quase 20% da população. O número de idosos já há muito que ultrapassou o número de jovens em Portugal, tendo o índice de envelhecimento atingindo os 140 idosos por cada 100 jovens, nesse ano. Por seu lado, o índice de dependência, que permite aferir a relação entre o número de idosos e o número de pessoas em idade ativa, tem vindo a aumentar continuamente nas últimas décadas, sendo de 31 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa, em 2015 (UNECE, 2017).

Neste sentido, as exigências que se colocam aos cidadãos, numa sociedade progressivamente envelhecida, fazem com que a pertinência da Gerontologia, enquanto área de conhecimento e de intervenção, de natureza multidisciplinar, se justifique (Ribeirinho, 2013). O grande desafio da Gerontologia é garantir que o processo de envelhecimento seja bem-assistido e orientado (Andrade, 2018).

A Gerontologia torna-se de extrema importância, face ao brusco crescimento da população idosa e à necessidade de encontrar respostas com uma base científica, que possam explicar o envelhecimento humano e fazer a sua transferência para a prática no dia-a-dia, através da criação de serviços inovadores, numa sociedade solidária e inclusiva, onde o envelhecimento não constitua um problema, mas seja pelo contrário uma conquista do ser humano (Paço, 2016).

O envelhecimento acompanha necessariamente as mudanças internas do organismo que ocorrem devido às alterações em alguns órgãos vitais e às que ocorrem no metabolismo basal. Devido às transformações ocorridas em vários sistemas, a pessoa idosa, encontra-se mais propensa ao aparecimento de diversas patologias, que poderá condicionar a sua independência e autonomia (Sequeira, 2010).

As principais causas de morbilidade e mortalidade das pessoas idosas são as doenças não transmissíveis, incapacitantes e de evolução prolongada, com tendência para a cronicidade. Em Portugal, as principais causas de mortalidade a partir dos 64 anos são as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos (DGS, 2005).

O apoio a pessoas idosas em fase terminal é de extrema importância e, como tal, capacitar profissionais que possam dar o seu contributo nesta vertente é um grande passo para uma sociedade visivelmente envelhecida. Neste sentido, o gerontólogo surge como um profissional com maior competência, em termos de conhecimentos e de acompanhamento do

processo de envelhecimento nos seus aspetos bio-psico-sociais e os múltiplos problemas que possam envolver o ser humano nesta faixa etária específica (Beauvoir, 1990).

Deparamo-nos com uma nova perspetiva do envelhecimento, apoiada pelas novas políticas sociais e pelo entendimento que a GS veio trazer a este processo, que apesar de estar sujeito a prejuízos físicos ou mentais para os idosos, encontram-se ligados a patologias clínicas, para as quais há ou haverá tratamento médico, prejuízos físicos ou mentais que para além da medicina, podem ser superados através de políticas e programas de reinserção social do idoso, e políticas de educação e de sensibilização da população (Miguel e Luz, 2014).

O envelhecimento poderá ser pensado, não como um problema em si, por algumas limitações que importa às pessoas que passam por ele, mas como a abertura de novos mercados para a economia e como uma das maiores conquistas da humanidade, para que se tracem políticas ajustadas que promovam a autonomia, proporcionem o apoio e cuidados adequados e a integração da pessoa idosa à medida que vai envelhecendo. Neste papel preponderante no apoio à terceira idade, a família, para além do Estado e da sociedade, deverá continuar a ser a maior fonte de apoio físico e emocional desta população (Koffi Annan, 2002, cit. por Miguel e Luz, 2014).

O Estado, em Portugal, tem um papel importante no que respeita ao apoio que deverá ser dado na terceira idade, de modo a permitir aos idosos viverem de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma mudança de atitude e comportamentos da sociedade, assim como o comprometimento das instituições públicas e privadas de ensino, na formação de profissionais da saúde e de outros campos de intervenção social, nomeadamente na área da GS (Miguel e Luz, 2014).

Considera-se pois fundamental que, essencialmente, ao nível da licenciatura, os estudantes de Gerontologia e GS abordem, também, de forma mais profícua, a área dos CP, bem como os diferentes tipos de intervenção e campos de atuação, neste contexto, de forma a tornarem-se profissionais mais capacitados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afonso, S. & Minayo, M. (2013). *A reappraisal of the works of Elisabeth Kubler-Ross*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9) 2729-2732.

Álvarez El., Zaragoza Já. (s.d.). *Cuidados Paliativos en el anciano*. Sociedad Española de Cuidados Paliativos: Guías Médicas. Disponível em: <https://www.secpal.com/CUIDADOS-PALIATIVOS-EN-EL-ANCIANO> [Consult. 14 junho 2019].

Alzheimer Portugal. (s.d.). Intervenção Não-Farmacológica. Disponível em: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-35-30-intervencao-nao-farmacologica> [Consult. 20 agosto 2019].

Amaro A., Póvoa A., Macedo L. (2004). *A Arte de Fazer Questionários*. Metodologias de Investigação em Educação. Faculdade de Ciências da Universidade do Porto.

Andrade, P. (2018). *Competências de um gerontólogo com formação em cuidados paliativos*, (Dissertação de Mestrado, Programa de Mestrado em Cuidados Paliativos). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde, Viana do Castelo.

Arksey, H. O'Malley, L. (2005). *Scoping studies: towards a methodological Framework*. *International Journal of Social Research Methodology*, 8:1, 19-32.

Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). *Organização de serviços de cuidados paliativos. Recomendações da ANCP*. Disponível em: https://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf [Consult. 18 junho 2019].

Associação Nacional de Gerontólogos (2017). *Ser Gerontólogo – uma profissão do presente, para o Futuro. 4SÉNIOR*. Disponível em: <https://www.4senior.pt/index.php?pg=partilha-details&id=56> [Consult. 29 agosto 2019].

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (s.d.). *Equipas*. Disponível em: <https://www.apcp.com.pt/equipas.html> [Consult. 20 junho 2019].

Atlas da Saúde (2019). *A importância das equipas multidisciplinares*. Disponível em: <https://www.atlasdasaude.pt/publico/content/importancia-das-equipas-multidisciplinares> [Consult. 29 agosto 2019].

Azeredo Z. (2011). *O Idoso Como um Todo* (1ª ed.). Viseu: Psicosoma.

Baltes, P.B. (1995). Prefácio In: Neri, A.L. (Org.). *Psicologia do envelhecimento*. Campinas: Papirus.

Barbosa, A. & Neto, I. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*, Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Bailer, C., Tomitch, L., D'Ely, R. (2011). *Planejamento como processo dinâmico: a importância do estudo piloto para uma pesquisa experimental em linguística aplicada*. Revista Intercâmbio, XXIV: 129-146.

Beauvoir, S. (1990). *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Berger, L. (1995). Aspectos Biológicos do Envelhecimento. **In** Berger, L. e Mailloux-Poirier, D. (Org), *Pessoas Idosas: Uma Abordagem Global* (1ª ed.). Lisboa: Lusodidacta.

Birren, J., & Bengtson, V. (1988). Preface, in emergent theories of aging. New York: Springer.

Cibrão R. (2014). *Geriatría e cuidados paliativos* (Dissertação de Mestrado integrado em Medicina). Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Coimbra.

Clark, D. (2000). Palliative Care History: Ritual Process. *European Journal of Palliative Care*, 7(2), 50-55.

Clark, D. (2004). History and culture in the rise of palliative care. **In** Payne, S., Seymour, J., Ingleton, C. *Palliative Care Nursing: Principles and Evidence for Practice* (2ª ed.). Inglaterra: Open University Press.

Colquhoun, H., Levac, D., O'Brien, K., Straus, S., Tricco, A., Perrier, L., Kastner, M., Moher, D. (2014). Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *Journal of Clinical Epidemiology*, (67(12):1291-4).

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2017). *Plano Estratégico de Cuidados Paliativos para desenvolvimento dos Cuidados Paliativos*. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1.pdf [Consult. 20 agosto 2019].

Correia, A. (2019). *As Diferenças entre Geriatria e Gerontologia*. Disponível em: <http://andriacorreiaapsicologa.com.br/as-diferencas-entre-geriatria-e-gerontologia/> [Consult. 29 agosto 2019].

Costa M. (2011). *Indicadores de qualidade para a contratualização de cuidados paliativos* (Dissertação de Mestrado em Gestão de Saúde). Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.

Direção-Geral da Saúde (2005). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa: DGS.

Escola Superior de Educação de Coimbra. (s.d.). *Gerontologia Social*. Disponível em: https://www.esec.pt/sites/default/files/wysiwyg_files/gs_8.pdf [Consult. 20 agosto 2019].

Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontologia Social. Una introducción*. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontologia Social* (32-54). Madrid: Pirámide.

Figueiredo, D., Ignacio, M., Alvarelhão, J., Gonçalves, L. e Magalhães, C. P. (2004). Perfil e Competências da Prática Profissional do Gerontólogo em Portugal. In Fernandes, V. *Os Homens Velhos: Cui(dar) em Gerontologia*. Escola Superior de Educação João de Deus: Lisboa.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores

Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa-UNECE (2017). *Relatório de Portugal: Terceiro Ciclo de Revisão e Avaliação da Estratégia de Implementação Regional (RIS) do Plano Internacional de Acção de Madrid sobre o Envelhecimento (MIPAA)*. Portugal: Gabinete de Estratégia e Planeamento.

Garcia, M. (2011). *Intervenção não farmacológica em idosos com comprometimento cognitivo*. (Dissertação de Mestrado em Gerontologia). Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Aveiro.

González AG., Dueñas MN. (s/d). *Procesos terminales en el anciano*, In Influencia de los Cambios del Proceso de Envejecimiento en la Satisfacción de las Necesidades del Anciano.

Gueudeville, R. (2007). *Avaliação da comunicação entre a equipe Multidisciplinar e do tempo de permanência na UTI, após a introdução do formulário de objetivos diários*. (Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Gutierrez, B.A.O. & Barros, T.C.de. (2012). *O despertar das competências profissionais de acompanhantes de idosos em cuidados paliativos*. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/17049/12672> [Consult. 18 junho 2019].

Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal*. Lisboa- Instituto Nacional de Estatística.

Klie, T., Wilkening, K. (2003). *Morrer com Dignidade*. Jornal de Gerontologia e Geriatria, Alemanha.

Letra, M., Fonseca, C., Caravau, H., Pinheiro, R., Oliveira, G., Dantas, T., Alves, J. (2018). *Editorial*. Associação Nacional de Gerontólogos, Aveiro.

Levac, D., Colquhoun, H., O'Brien, K. (2010). *Scoping studies: advancing the methodology*. Implementation Science.

Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Moher, D. (2009). The *PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration*. PLoS Medicine, 6(7).

Manton, K. G., Corder, L., & Stallard, E. (1997). *Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, (94(6), 2593–2598).

Marconi, M., Lakatos, E. (2002). *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo: Atlas Ed.

Marques, A. L. (2014). História dos Cuidados Paliativos em Portugal: Raízes. **In** Capelas, M.. *Cuidados Paliativos* (Vol.1). Porto: Direção da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.

Miguel, I., Luz, H. (2014). *Gerontologia Social: Perspetivas de Análise e Intervenção*. Coimbra: Centro de Investigação em Inovação Social e Organizacional do Instituto Superior Bissaya Barreto.

Mirra, J. (2012). *Qual o significado que o doente em cuidados paliativos atribui à sua sexualidade*. (Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos). Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Porto.

Moher, D. Shamseer, L., Clarke, M. Ghersi, D. Liberati, A. Petticrew, M. Shekelle, S. Stewart, L. PRISMA-P Group (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015. BMC Part of Spring Nature.

Neri, A.L. (2008). *Palavras-chave em Gerontologia* (3ªed.). Campinas (SP): Alínea.

Neto, I. G. (2006). *Princípios e Filosofias dos cuidados Paliativos*. **In** *Manual de Cuidados Paliativos* (1ª ed.) Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Neves, J. G., Garrido, M., Simões, E. (2006). *Manual de competências pessoais, interpessoais e instrumentais: teoria e prática*. Lisboa: Sílabo.

Nogueira, J. (2004). A gestão da doença crónica com o desafio dos custos. *Revista Saúde*, (2).

Oxman, A. D., Sackett, D. L., Guyatt, G. H. (1993). *Users' guide to the medical literature I: how to get started*. JAMA, 270(17), 2093–5.

Paço, C. (2016). *Solidão e Isolamento na Velhice*. (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social). Universidade Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa.

Papaléo-Netto, M. (2002). O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In Freitas E., Py L., Neri AL, Cançado F., Gorzoni M., Rocha SM, *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

Paul, C., Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Paul, C. (2012). *Tendências actuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia*. In C. Paul & O. Ribeiro (Coords.), *Manual de Gerontologia* (pp. 1-20). Lisboa: LIDEL.

Pereira, A., Schneider, R., Schwanke, C. (2009). *Geriatrics, a centenarian medical specialty*. Porto Alegre: Scientia Medica.

Pereira da Silva & Sudigursky, D. (2008). *Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica*. Acta Paul Enferm 21 n.3; 504-8.

Pereira, F., Org. (2012). *Teoria e prática da gerontologia: um guia para cuidadores de idosos* (1ª ed.). Viseu: Psicossoma.

Pessini, L., Bertachini, L. (2005). Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *O mundo da Saúde*, 491- 509. Disponível em: www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/32/03_Novas%20pers.ectivas%20cuida.pdf [Consult. 18 junho 2019].

Peters, M. Godfrey, C. Khalil, H. McInerney, P. Parker, D. Soares, C. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 13(3):141–146.

Raimundo, M. J., Lima, M. (2002). Cuidar do idoso – Os cuidados que prestamos, as pessoas que somos, *In Servir*, Vol. 50, n.º 4, 192-195.

Requejo, O. A. (2007). *As pessoas Idosas: Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.

Ribeirinho, C. (2013). Serviço Social Gerontológico: Contextos e práticas profissionais **In** Carvalho, Maria Irene (coord.), *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa: Pactor.

Rodrigues, R. Diogo, M. (2000). *Como Cuidar dos Idosos*, (2ª ed.). Campinas: Papirus Editora.

Rosenberg, M, Lamba, S., Misra, S. (2013). *Palliative medicine and geriatric emergency care: challenges, opportunities, and basic principles* (29(1):1–29) Clin Geriatr Med. Elsevier Inc.

Sackett, D., Richardson, W., Rosenberg, W., & Haynes, R. (1997). *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM* (1ª ed.). New York: Churchill Livingstone.

Santos, P. (2002). *A depressão no idoso: estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra: Quarteto Editora.

Sasser, J., Moddy, H. (2018). *Gerontology: The Basics* (1ª ed.). Londres: Routledge.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Porto: Lidel.

Schapmire T. et. al. (2018). *Overcoming barriers to interprofessional education in gerontology: the interprofessional curriculum for the care of Older Adults*, (9 109–118). *Advances in Medical Education and Practice*. Kentucky, Estados Unidos da América.

Silva, S. (2009). *Caracterização dos cuidados de saúde prestados ao doente oncológico em agonia num Serviço de Cuidados Paliativos*. (Dissertação de Mestrado em Oncologia). Universidade do Porto, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Simões, A. (2006). *A Nova Velhice: um novo público a educar*. Porto: Ambar.

Sociedade Brasileira de Gerontologia e Geriatria (2015). *Vamos Falar de Cuidados Paliativos*. Comissão Permanente de Cuidados Paliativos, Brasil.

Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas*. Loures: Lusociência.

Serviço Regional de Estatística dos Açores (2018). *Estimativas da População Residente*. Disponível em: <https://srea.azores.gov.pt/ReportServer/Pages/ReportViewer.aspx?%2fDemografia%2fEstimativas+da+Popula%C3%A7%C3%A3o+Residente&rs:Command=Render> [Consult. 29 agosto 2019].

Serviço Regional de Estatística dos Açores (2018). *Nº de camas, médicos e pessoal de enfermagem dos hospitais, centros de saúde e casas de saúde e clínicas particulares dos Açores, por Ilha e ano*. Disponível em: <https://srea.azores.gov.pt/Conteudos/Media/file.aspx?ida=6844> [Consult. 13 maio 2019].

Stearns, S., Kovar, M., Hayes, K., Koch, G. (1996). *Risk indicators for hospitalization during the last year of life*, (31(1):49–69). USA: Health Research and Educational Trust.

Serviço Nacional de Saúde (2010). *Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Disponível em: https://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/668/cuidadospaliativos_1-1-2011.pdf [Consult. 18 junho 2019].

Supiano, K. (2013). *Weaving Interdisciplinary And Disciplinespecific Content Into Palliative Care Education: One Successful Model For Teaching End-Of-Life Care*, (67(1-2) 201-206). Estados Unidos da América: OMEGA.

Tinoca, L. (2011). *Métodos de Recolha de Dados, o questionário*. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/isamab/mtodos-de-recolha-de-dados-questionario> [Consult. 7 agosto 2019].

Tomasovic, N. (2005). *Geriatric-Palliative Care Units Model for Improvement of Elderly Care*, (29 (1): 277–282). Health Center Dubrovnik, Dubrovnik, Croatia. Coll. Antropol.

Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos*, 177 p. ISBN: 972-796-001-4. Lisboa: Climepsi Editores.

Universidade do Porto (2019). *Bases de Dados de Referência*. Disponível em: <https://biblioteca.med.up.pt/wordpress/bases-de-dados-de-referencia/> [Consult. 14 junho 2019].

World Health Organization (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. Inglaterra: Worldwide Palliative Care Alliance.

World Health Organization - Europe (2004). *Better Palliative Care for Older People*. Itália: Floriani Foundation.

World Health Organization – Europe (2011). *Palliative Care For Older People: Better Practices*. Itália: Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus.

ANEXOS

ANEXO I

ECSCP da USIT-Angra do Heroísmo

ECSCP da USIT-Praia da Vitória

ECSCP da USISM-Ponta Delgada

EIHCP do Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

ECSCP da USIT – Angra do Heroísmo



EQUIPA/SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS FORMULÁRIO DE DADOS

RECURSOS HUMANOS																
(Indicar o nº de profissionais em casa célula, sendo que os totais devem coincidir)																
Área Profissional	Total	Dedicação		Formação*						Experiência Profissional			Experiência em C. Paliativos			
		Completa	Parcial	Básica (18-45 h)		Intermédia (90-180 h)		Avançada (≥200 h, Mestrados)		<2A	2-5	>5A	<2A	2-5	>5A	
				C/estágio	S/estágio	C/estágio	S/estágio	C/estágio	S/estágio							
Médico Responsável	1		1				1						1		1	
Outros Médicos																
Enfermeiro responsável	1	1			1								1		1	
Outros Enfermeiros	5	5			2	3					1		4	1	4	
Psicologia	2		2		2						1		1	1	1	
Serviço Social	1		1		1								1		1	
Fisioterapia																
Terapia Ocupacional																
Assistência espiritual																
Assistência religiosa																
Aux. ação médica																
Administrativos																
Motoristas																
Outros (especificar)																
	Nutricionista	1		1		1							1		1	
Total de Profissionais	11	6	5		7	3	1				2		9	2	1	8
Voluntários																

*-De acordo com as recomendações da APCP/EAPC

ECSCP da USIT – Praia da Vitória



PROPOSTA DE NOVA EQUIPA DE CUIDADOS PALIATIVOS

RECURSOS HUMANOS															
(Indicar o nº de profissionais em casa célula, sendo que os totais devem coincidir)															
Área Profissional	Total	Dedicação		Formação*						Experiência Profissional			Experiência em C. Paliativos		
		Completa	Parcial	Básica (18-45 h)		Intermédia (90-180 h)		Avançada (≥200 h, Mestrados)		<2A	2-5	>5A	<2A	2-5	>5A
				C/estágio	S/estágio	C/estágio	S/estágio	C/estágio	S/estágio						
Médico Responsável	1														
Outros Médicos															
Enfermeiro responsável	1														
Outros Enfermeiros	3								(1)						
Psicologia	1														
Serviço Social															
Fisioterapia	1														
Terapia Ocupacional															
Assistência espiritual															
Assistência religiosa															
Aux. acção médica	1														
Administrativos															
Motoristas															
Outros (especificar)															
Nutricionista	1														
Total de Profissionais															
Voluntários															

*-De acordo com as recomendações da APCP/EAPC

ECSCP da USISM – Ponta Delgada



EQUIPA/SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS

FORMULÁRIO DE DADOS

RECURSOS HUMANOS															
(Indicar o nº de profissionais em casa célula, sendo que os totais devem coincidir)															
Área Profissional	Total	Dedicação		Básica (18-45 h)		Formação* Intermédia (90-180 h)		Avançada (≥200 h, Mestrados)		Experiência Profissional			Experiência em C. Paliativos		
		Completa	Parcial	C/estágio	S/estágio	C/estágio	S/estágio	C/estágio	S/estágio	<2A	2-5	>5A	<2A	2-5	>5A
Médico Responsável	1		1					1				1	1		
Outros Médicos	1		1		1							1	1		
Enfermeiro responsável	1	1						1				1			1
Outros Enfermeiros	1	1						1				1	1		
Psicologia															
Serviço Social	1		1									1	1		
Fisioterapia	1		1		1							1	1		
Terapia Ocupacional															
Assistência espiritual															
Assistência religiosa															
Aux. acção médica															
Administrativos	1		1									1	1		
Motoristas															
Outros (especificar)															
Farmacêutico	2		2									2	2		
Total de Profissionais	9	2	7		2			3				9	8		1
Voluntários															

*-De acordo com as recomendações da APCP/EAPC

EIHCP do Hospital Divino Espírito Santo – Ponta Delgada



EQUIPA/SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS

FORMULÁRIO DE DADOS

RECURSOS HUMANOS															
(Indicar o nº de profissionais em casa célula, sendo que os totais devem coincidir)															
Área Profissional	Total	Dedicação		Formação*						Experiência Profissional			Experiência em C. Paliativos		
		Completa	Parcial	Básica (18-45 h)		Intermédia (90-180 h)		Avançada (≥200 h, Mestrados)		<2A	2-5	>5A	<2A	2-5	>5A
				C/estágio	S/estágio	C/estágio	S/estágio	C/estágio	S/estágio						
Médico Responsável	1		1			1			1			1		1	
Outros Médicos	3		3		1	1		2	1	2		1	2	1	
Enfermeiro responsável	1	1						1				1		1	
Outros Enfermeiros	13	12	1		7		4	2		1	12	12	1		
Psicologia	1		1		1							1		1	
Serviço Social	1		1		1							1		1	
Fisioterapia	1		1				1					1	1		
Terapia Ocupacional															
Assistência espiritual	1		1			1						1		1	
Assistência religiosa															
Aux. acção médica	7	7			7					1		6	7		
Administrativos	1	1			1					1			1		
Motoristas															
Outros (especificar)															
Farmacêutico	1		1	1								1		1	
Médico MFR	1		1									1	1		
Total de Profissionais	32	22	11	1	18	3	5	4		4	1	27	24	9	
Voluntários	2				2						1	1	1	1	

*-De acordo com as recomendações da APCP/EAPC

ANEXO II

Autorização ECSCP da USISM (Excerto de email)

Autorização EIHCP do Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada (Excerto de email)

Autorização ECSCP da USISM (Excerto de *email*)

Colaboração em Estudo Mestrado Cuidados Paliativos

4 mensagens

8 de outubro de 2018 às 15:31

Para: "anapaulabfroque@gmail.com" <anapaulabfroque@gmail.com>

Boa tarde,

Foi-me reencaminhado pelo Conselho de Administração da Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel (USISM) o seu pedido de autorização para aplicação de inquérito para fins académicos com o intuito de colaborarmos no preenchimento dos mesmos. Da nossa parte, estamos disponíveis para colaborar

Enfermeira Responsável da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos da Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel



Autorização EIHCP do Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada (Excerto de *email*)

13/10/2018, 08:36

para eu ▾

Bom dia Ana,

Pode contar com a nossa colaboração.

Aproveito para endereçar o convite para visitar a nossa unidade numa eventual vinda a São Miguel.

Votos de um ótimo trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Enfermeiro Responsável

[1525289874277_200ucp.jpg]

Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER

Avenida D. Manuel I 9500-370 Ponta Delgada, Açores

Telm: (+351) 968656769 | Tel: (+351) 296 203 893 | Extensão: 8941/3

ANEXO III

Parecer Comissão de Ética para a Saúde

Unidade de Saúde da Ilha Terceira



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE
DIREÇÃO REGIONAL DA SAÚDE
UNIDADE DE SAÚDE DA ILHA TERCEIRA
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER 06/2018

A Comissão de Ética para a Saúde da Unidade de Saúde da Ilha Terceira (CES da USIT), reuniu extraordinariamente em treze de Dezembro de dois mil e dezoito, para apreciação de um Projeto de Investigação denominado “ O Papel do Gerontólogo Social nos Cuidados Paliativos”, efetuado pela Gerontóloga Ana Paula Barbosa Freitas Roque, mestranda na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, sob orientação da Mestre Maria Francisca Melo Pojal da Silva Rego.

Neste contexto, e, por unanimidade dos membros presentes, a CES da USIT decidiu que não vê inconveniente na realização do Projeto de Investigação acima referido, pelo que, pode ser levado a efeito caso a Administração da USIT o venha a autorizar. Chama-se a atenção da investigadora para a necessidade de ser observado tudo o que se encontra estabelecido no Regulamento Geral de Proteção de Dados.

Angra do Heroísmo, 13 de Dezembro de 2018

A Comissão de Ética da Unidade de Saúde da Ilha Terceira

ANEXO IV

Autorização para Aplicação Inquérito

Unidade de Saúde da Ilha Terceira



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE
DIREÇÃO REGIONAL DA SAÚDE
UNIDADE DE SAÚDE DA ILHA TERCEIRA

Exm.ª Senhora

Ana Paula Barbosa Freitas Roque

Vossa Referência

N.º
Proc.º

Vossa Comunicação

Nossa Referência

N.º SAICSAH CA/2018/509
Pasta

Agra do Heteroismo

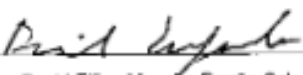
26/12/2018

ASSUNTO: AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DE INQUÉRITO MESTRADO

Na sequência do vl pedido de autorização para a aplicação de inquérito para fins académicos, foi deliberado, em sessão do Conselho de Administração, emitir parecer favorável, condicionado ao cumprimento da legislação em vigor no que se refere à proteção de dados.

Com os melhores cumprimentos.

O Vogal Executivo


David Filipe Moacho Ferrão Salgado

APÊNDICE I

Instrumento de Colheita de Dados

Instrumento de Colheita de Dados

Link para acesso online:

<https://docs.google.com/forms/d/1WP9yf4FAzGRe13wImZg4Bg6G7VOmVMMcOwsfJqN1JqE/edit>

O Papel do Gerontólogo Social nos Cuidados Paliativos

Consentimento Informado

Investigador: Ana Paula Barbosa Freitas Roque

Email: anapaulabfroque@gmail.com

No sentido de realizar a recolha de dados para fins de investigação relativa à dissertação, cujo tema é: “O Papel do Gerontólogo Social nos Cuidados Paliativos”, integrada no mestrado em Cuidados Paliativos, ministrado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, sob orientação da Mestre Maria Francisca Melo Pojal da Silva Rego, venho por este meio solicitar a sua colaboração no preenchimento de um questionário para prosseguimento da referida dissertação. Em caso de dúvidas e questões que possa ter em relação à sua participação nesta investigação, deverá entrar em contacto com o investigador principal. A sua participação é absolutamente voluntária, anónima e confidencial e poderá ser interrompida a qualquer momento. A participação neste estudo não acarreta quaisquer vantagens ou desvantagens para os participantes. Estão assegurados todos os princípios éticos envolvidos neste tipo de estudo, através da confidencialidade e anonimato da resposta. Os dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados recolhidos estritamente confidenciais, utilizados unicamente para fins desta investigação. Os dados obtidos poderão ser utilizados para fins clínicos, apresentações e publicações científicas. O tempo médio de preenchimento do questionário é de aproximadamente 10 minutos. Declara-se que não existe nenhum conflito de interesse por parte dos profissionais que promovem o estudo, nem por parte dos participantes.

1. Confirmo que aceito participar no estudo suprarreferido.

Sim

Não

A aplicação do questionário para o estudo em causa é de extrema importância para analisar a perspetiva dos profissionais que integram as equipas de Cuidados Paliativos dos Açores face ao papel e às competências do gerontólogo social nos Cuidados Paliativos. Para indicar a resposta a cada pergunta, assinale apenas uma opção ou preencha o espaço em branco para essa finalidade. Sempre que lhe for solicitada uma resposta por extenso, procure responder de forma mais completa possível.

Profissão

Data de nascimento

Sexo

Feminino

Masculino

Tempo de serviço em Cuidados Paliativos

Inferior a 6 meses

6 meses a 1 ano

1 a 2 anos

2 a 5 anos

Superior a 5 anos

Equipa

Comunitária

Hospitalar

Localização geográfica da equipa

Grupo Central

Grupo Ocidental

Grupo Oriental

Número de elementos da equipa

1.Trabalhar em equipa multidisciplinar maximiza os ganhos em saúde.

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

2. É recetivo(a) à utilização de novas metodologias de trabalho.

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

3. É importante incentivar os membros de uma equipa para trabalhar em conjunto.

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

4. A equipa a que pertence desenvolve de forma eficaz o papel de planear, coordenar e monitorizar as atividades desenvolvidas.

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

5. A equipa a que pertence promove a formação inicial e contínua dos profissionais da equipa.

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

6. A equipa a que pertence promove o trabalho interdisciplinar.

Interdisciplinaridade: Processo de integração recíproca entre várias disciplinas e campos de conhecimento. Constitui uma associação de disciplinas, por conta de um projeto ou de um objeto que lhes sejam comuns.

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

7. A equipa a que pertence promove o trabalho multidisciplinar.

Multidisciplinaridade: As várias disciplinas são colocadas lado a lado, sem o estabelecimento de relações entre os profissionais representantes de cada área.

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

8. Reconhece os limites do seu papel e da sua competência, sendo capaz de encaminhar o utente para outros profissionais sempre que adequado.

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

9. Possui o tempo necessário para apoiar o doente a alcançar os seus objetivos/metast.

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

10. Possui o tempo necessário para promover a participação do utente e seus familiares/cuidadores nas atividades em que o mesmo tem condições de realizar.

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

11. É importante envolver os outros (utentes/familiares/cuidadores) no processo terapêutico com vista à obtenção de uma intervenção eficaz.

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

12. Muitas vezes as famílias não têm competências para gerir os problemas físicos e psicológicos que advém na fase terminal da doença.

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

INSTRUÇÃO QUESTÕES 13 E 13.1

NESTAS QUESTÕES PODE ASSINALAR MAIS QUE UMA OPÇÃO

13. De acordo com a sua experiência, enquanto profissional que integra uma equipa de Cuidados Paliativos, é pouco visível a área de:

Cuidados de Saúde (Médicos e de Enfermagem)

Apoio Psicológico

Apoio Social

Apoio Espiritual

Terapias não-farmacológicas (estimulação cognitiva; estimulação psicomotora; treino das atividades de vida diária; estimulação sensorial; musicoterapia; arteterapia; dança terapêutica; psicoterapia; terapia assistida por animais)

13.1 De acordo com a sua experiência, enquanto profissional que integra uma equipa de Cuidados Paliativos é praticamente inexistente a área de:

Cuidados de Saúde (Médicos e de Enfermagem)

Apoio Psicológico

Apoio Social

Apoio Espiritual

Terapias não-farmacológicas (estimulação cognitiva; estimulação psicomotora; treino das atividades de vida diária; estimulação sensorial; musicoterapia; arteterapia; dança terapêutica; psicoterapia; terapia assistida por animais)

14. A sua equipa oferece resposta com prontidão e de forma eficaz às necessidades dos doentes em Cuidados Paliativos.

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

14.1 Se concorda parcialmente ou não concorda, que obstáculo(s) encontra para o sucedido?

15. A sua equipa oferece resposta com prontidão e de forma eficaz às necessidades das famílias/cuidadores dos doentes em Cuidados Paliativos.

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

15.1 Se concorda parcialmente ou não concorda, que obstáculo(s) encontra para o sucedido?

16. A sua equipa possui condições técnicas/profissionais para dar resposta a um apoio mais individualizado e personalizado aos doentes em Cuidados Paliativos.

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

16.1 Se concorda parcialmente ou não concorda, que obstáculo(s) encontra para o sucedido?

17. É importante criar e desenvolver políticas e programas que respondam às necessidades reais dos doentes em Cuidados Paliativos e suas famílias.

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

18. O gerontólogo social tem um papel relevante numa equipa de Cuidados Paliativos.

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

19. Na minha opinião, o gerontólogo social poderá ser facilmente substituído numa equipa por outro profissional das Ciências Sociais.

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

19.1 Se concorda total ou parcialmente, diga pelo menos um profissional das Ciências Sociais que poderá substituir o gerontólogo social e porquê.

19.2 Se não concorda, justifique.

20. Sendo o gerontólogo (social) especializado na área do envelhecimento e sabendo que os doentes em Cuidados Paliativos estão na sua maioria acima dos 65 anos, integrar este profissional na equipa acarreta benefícios significativos para o doente e família.

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo

21. Suponha que vai ser formada uma equipa especializada em Cuidados Paliativos. Esta equipa já inclui médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social. Assinale, por ordem crescente de prioridade, os profissionais que também incluiria nesta equipa (1 - Prioridade elevada, ..., 8 - Prioridade reduzida).

	1	2	3	4	5	6	7	8
Terapeuta da fala								
Gerontólogo social								
Fisioterapeuta								
Assistente operacional e/ou auxiliar de ação médica								
Terapeuta ocupacional								
Nutricionista								
Orientador espiritual/ representante religioso								
Farmacêutico								

Comentários/Observações

[Surge a opção para submeter o formulário]

APÊNDICE II

Documento de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Documento de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Anexo ao formulário submetido online.

Investigador: Ana Paula Barbosa Freitas Roque

Email:

No sentido de realizar a recolha de dados para fins de investigação relativa à dissertação, cujo tema é: “O Papel do Gerontólogo Social nos Cuidados Paliativos”, integrada no mestrado em Cuidados Paliativos, ministrado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, sob orientação da Mestre Maria Francisca Melo Pojal da Silva Rego, venho por este meio solicitar a sua colaboração no preenchimento de um questionário para prosseguimento da referida dissertação.

Em caso de dúvidas e questões que possa ter em relação à sua participação nesta investigação, deverá entrar em contacto com o investigador principal.

A sua participação é absolutamente voluntária, anónima e confidencial e poderá ser interrompida a qualquer momento. A participação neste estudo não acarreta quaisquer vantagens ou desvantagens para os participantes.

Estão assegurados todos os princípios éticos envolvidos neste tipo de estudo, através da confidencialidade e anonimato da resposta. Os dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados recolhidos estritamente confidenciais, utilizados unicamente para fins desta investigação. Os dados obtidos poderão ser utilizados para fins clínicos, apresentações e publicações científicas.

O tempo médio de preenchimento do questionário é de aproximadamente 10 minutos.

Declara-se que não existe nenhum conflito de interesse por parte dos profissionais que promovem o estudo, nem por parte dos participantes.

Confirmo que aceito participar no estudo suprarreferido.

Sim

Não

F
A
C
U
L
D
A
D
E
D
E
M
E
D
I
C
I
N
A

