



**Identificação do Modelo de Urgência Amigo dos Mais Velhos  
adequado ao contexto populacional da ULS Amadora Sintra**

Curso de Especialização em Administração Hospitalar

**Inês Pereira de Brito Pinto Elvas**

**Julho 2024**





## **Identificação do Modelo de Urgência Amigo dos Mais Velhos adequado ao contexto populacional da ULS Amadora Sintra**

Trabalho de Campo apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Especialista em Administração Hospitalar, realizado sob orientação científica da Professora Doutora Sílvia Lopes e da Doutora Teresa Nunes

**Julho 2024**



*“Um vendedor de flores ensina os seus filhos a escolher seus amores”*

(autor desconhecido)



## Agradecimentos

Esta página é livre e sem referências, mas de grande reflexão, de balanços e de emoções. É dedicada apenas à gratidão, assim, quero agradecer, não apenas a quem me acompanhou neste percurso, mas também a quem contribuiu para o que me construí durante esta viagem do curso de Administração Hospitalar e na pessoa que hoje sou.

Agradeço a quem me motivou e foi o catalisador para iniciar esta viagem – o Ricardo, o meu irmão João, o Dr. Paulo Espiga e a minha querida Miriam. Agradeço em especial ao Paulo Barreto por tantas conversas “fora da caixa” e tanto desafio de reflexão sob diferentes perspetivas.

Agradeço a quem me deu o voto de confiança para apanhar este comboio – a minha equipa e a minha “querida urgência”. A estes também peço desculpa pelo “abandono”. A quem me deu oportunidade de conciliar o trabalho com o curso e agarrar a oportunidade de voltar a viver e a reconstruir-me – o Pedro Martins. Agradeço a quem me acompanhou neste caminho, a minha nova e querida equipa de enfermeiros da UCIM, a Maria Inês, a Jéssica, a Ana, a Cláudia, o Fábio, a Filipa, o Jorge, o Hugo, a Catarina, a doce Madalena e a D. Helena. Os amigos que me ouviram, me acompanharam, me deram suporte, coragem e o verdadeiro ombro que é tão essencial como o oxigénio que respiramos – Carlos, Susana, Miguel, Carla e Helena.

À melhor turma de sempre, à qual tive a sorte de pertencer – os magníficos do 53º CEAH - todos, mas em particular a Filipa, o Maurício e o Nuno. Com todas as suas diferenças e afinidades permitiram que o caminho fosse muito mais desafiante, muito mais rico e, sem dúvida, muito mais feliz. Aos professores da ENSP que se empenharam na “construção” de novos Administradores Hospitalares em especial à Professora Sílvia Lopes com muita paciência académica e à Dra. Teresa Nunes com a sua experiência pragmática de terreno que contribuíram para reflexões fundamentais de muita construção neste caminho.

Agradeço às três pessoas que me “adotaram” e foram verdadeiras mães de coração e me acolheram no colo de quem nunca abandona os seus filhos – a Elisabete, a Rosa e a Ida.

E a ti mãe - a Mãe coragem - onde estiveres, desejo de coração que me “vejas”, que me acompanhes e que estejas muito orgulhosa de mim.



## Resumo

### **Introdução:**

Este trabalho surge da preocupação com a adequação dos serviços de urgência para idosos. O envelhecimento populacional é uma realidade, e os idosos recorrem frequentemente às urgências devido à necessidade ou à inadequação dos serviços de saúde, enfrentando um ambiente altamente agressivo para os mais frágeis. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica para fundamentar estas preocupações, identificando serviços de urgência e soluções apropriadas para esta população.

O conceito de um Serviço de Urgência Amigo dos Mais Velhos surgiu na última década, à medida que os hospitais compreenderam que uma abordagem única não serve para todos no serviço de urgência. Os idosos têm características e necessidades e específicas que precisam de atenção especial. Esta pode ser uma área separada para os idosos ou simplesmente a aplicação das melhores práticas para no serviço de urgência existente. Estas práticas incluem formação específica em geriatria, uma equipa interdisciplinar, adoção de abordagens padronizadas para resolver problemas comuns entre os idosos, garantir a transição dos cuidados do serviço de urgência para outros ambientes, como internamento, casa, cuidados comunitários, reabilitação e cuidados de longo prazo e melhorar continuamente a qualidade dos cuidados prestados aos idosos, com o ambiente físico e os materiais utilizados. Ao criar um Serviço de Urgência Amigo dos Mais Velhos, os cuidados prestados aos idosos serão melhores e os recursos necessários estarão disponíveis. Isto também mostra ao público que a instituição se preocupa com os mais altos padrões de cuidados de qualidade para os cidadãos idosos da comunidade.

### **Objetivo:**

Identificar o modelo de urgência amigo dos mais velhos adequado ao contexto populacional dos idosos do SU da ULS Amadora Sintra - Hospital Dr. Fernando Fonseca.

### **Metodologia:**

Desenvolveu-se um estudo observacional transversal retrospectivo com uma metodologia de natureza mista, constituído por duas fases distintas, uma quantitativa e outra qualitativa.

**Resultados:**

Os resultados do estudo sublinham a necessidade urgente de reformar o sistema de saúde para um atendimento de maior qualidade à população envelhecida. A implementação de um modelo centrado na pessoa com equipas multidisciplinares pode melhorar significativamente os cuidados para aos idosos. São necessários estudos adicionais de e satisfação dos doentes e sustentabilidade económica para avaliar o impacto e a eficácia do modelo.

**Conclusão:**

Conclui-se que, embora a cultura institucional seja uma barreira, este modelo é essencial para um atendimento mais humano e eficaz no SNS.

**Palavras-chave do estudo:**

*Serviços de Urgência*

*Envelhecimento*

*Fragilidade*

*Administração Hospitalar*

## Abstract

### **Introduction:**

*This work stems from concerns regarding the adequacy of emergency departments for the elderly. Population aging is a reality, and the elderly frequently resort to emergency department due to necessity or inadequacies in healthcare services, facing a highly aggressive environment for the most fragile. A bibliographic review was conducted to support these concerns with the aim of identifying appropriate solutions for this population.*

*The concept of an Age-Friendly Emergency Department emerged in the last decade as hospitals realized that a one-size-fits-all approach does not work for everyone in the emergency department. The elderly have specific characteristics and needs that require personalized approach. This may involve a separate area for the elderly or simply applying best practices within the existing emergency. These practices include specific training in geriatrics, an interdisciplinary team, standardized approaches to solve common problems among the elderly, ensuring the transition of care from the emergency to other settings such as hospitalization, home, community care, rehabilitation, and long-term care, and continuously improving the quality of care provided, including the physical environment and materials used. The creation of an Age-Friendly Emergency Department can improve care for the elderly, and guarantee the availability of the necessary resources. This also demonstrates to the public that the institution is committed to the highest standards of quality care for the elderly community.*

### **Objective:**

*To identify the age-friendly emergency model suitable for the elderly population context of the Emergency of the ULS Amadora Sintra - Hospital Dr. Fernando Fonseca.*

### **Methodology:**

*A retrospective cross-sectional observational study with a mixed-methods approach was developed, consisting of two distinct phases, one quantitative and the other qualitative.*

### **Results:**

*The study results underline the urgent need to reform the healthcare system to provide higher quality care for the elderly. Implementing a person-centered model with multidisciplinary teams can significantly improve care for the elderly. Additional studies*

*on patient satisfaction and economic sustainability are needed to evaluate the impact and effectiveness of the model.*

**Conclusion:**

*It is concluded that, although institutional culture is a barrier, this model is essential for more humane and effective care in the SNS.*

**Study Keywords:**

*Emergency Medicine*

*Geriatrics*

*Frailty*

*Hospital Management*

## Lista de Abreviaturas

4M's - *What Matter's; Medication; Mentation; Mobility*

ACEi - Avaliação Abrangente de Cuidados de Urgência para idosos

CS – Centro de Saúde

EDOU - Unidades de Observação de Emergência

EFC - Escala de Fragilidade Clínica

EFU - Unidades de Fragilidade de Emergência

GED - Departamentos de Urgência Geriátricos

HFF - Hospital Fernando da Fonseca

OMS – Organização Mundial de Saúde

RAC - Centros de Acesso Rápido

SU – Serviços de Urgência

SUG - Serviços de Urgência Geral

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF - Unidade de Fragilidade

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais na Comunidade

USF – Unidades de Saúde Familiares,

USP – Unidade de Saúde Pública

ULS – Unidade Local de Saúde



## Índice de Figuras

FIGURA 1- ESCALA DE FRAGILIDADE CLÍNICA .....	16
FIGURA 2- ESTRUTURA 4M'S .....	18



## Índice de Tabelas

TABELA 1- DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	23
TABELA 2- PARTICIPANTES DO FOCUS GROUP .....	25
TABELA 3- CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA.....	28
TABELA 4 - MOTIVOS DE ADMISSÃO À URGÊNCIA POR QUADRO DE SINTOMAS REGISTRADOS NO MOMENTO DE TRIAGEM.....	29
TABELA 5 - PERTINÊNCIA DO MODELO SU AMIGOS DOS MAIS VELHOS NAS ORGANIZAÇÕES DO SNS..	32
TABELA 6 - POPULAÇÃO ALVO DO MODELO SU AMIGOS DOS MAIS VELHOS.....	34
TABELA 7 - PROFISSIONAIS DO MODELO SU AMIGOS DOS MAIS VELHOS .....	35
TABELA 8 - A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO SU AMIGOS DOS MAIS VELHOS - ESTRUTURA 4M's .....	37
TABELA 9 - A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO SU AMIGOS DOS MAIS VELHOS - ESPAÇO FÍSICO.....	38
TABELA 10 - A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO SU AMIGOS DOS MAIS VELHOS - INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS E REPLICABILIDADE NO SNS .....	40



## Índice de Gráficos

GRÁFICO 1 - TRIAGEM DE MANCHESTER POR FAIXA ETÁRIA.....	30
GRÁFICO 2 - TEMPO DE PERMANÊNCIA PARA RESOLUÇÃO DE EPISÓDIO DE URGÊNCIA;.....	30
GRÁFICO 3 - CARACTERIZAÇÃO POR DESTINO APÓS FIM DE EPISÓDIO DE URGÊNCIA DA POPULAÇÃO EM ESTUDO .....	31



# Índice

RESUMO.....	21
ABSTRACT .....	23
LISTA DE ABREVIATURAS .....	25
ÍNDICE DE FIGURAS .....	27
ÍNDICE DE TABELAS.....	29
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	31
ÍNDICE .....	33
<b>1 - INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>5</b>
2.1 - O ENVELHECIMENTO .....	5
2.2 - O SERVIÇO DE URGÊNCIA E OS MAIS VELHOS NOS DIAS DE HOJE .....	5
2.3 - OS MAIS VELHOS E O SERVIÇO DE URGÊNCIA – NOVAS PERSPETIVAS .....	8
2.3.1 - <i>Iniciativas individuais dos profissionais dos Serviços de Urgência</i> .....	9
2.3.2 - <i>Iniciativas de equipas de Serviços de Urgência</i> .....	10
2.3.3 - <i>Iniciativas de alteração à infraestrutura física e equipas multidisciplinares do Serviço de Urgência</i> .....	11
2.4 – PROPOSTA DE MODELO DE URGÊNCIA AMIGO DOS MAIS VELHOS .....	12
2.4.1 – <i>Concetualização</i> .....	13
2.4.2 - <i>Eixos estratégicos do plano de ação envelhecimento ativo e saudável (2023 – 2026)</i> .....	13
2.4.3 - <i>Eixos estratégicos da Unidade Local de Saúde Amadora Sintra - Hospital Dr. Fernando Fonseca</i> .....	14
2.4.4 - <i>Propósito do Serviço de Urgência Amigo dos Mais Velhos</i> .....	14
2.4.5 – <i>Implementação do Serviço de Urgência Amigo dos Mais Velhos</i> .....	15
<b>3 - OBJETIVOS .....</b>	<b>20</b>
<b>4 – METODOLOGIA .....</b>	<b>21</b>
4.1 - DESENHO DO ESTUDO .....	21
4.2 – QUESTÕES ÉTICAS .....	21
4.3 – METODOLOGIA PARA ANÁLISE QUANTITATIVA .....	22
4.3.1 – <i>Fonte de dados</i> .....	22
4.3.2 - <i>Critérios de inclusão e exclusão</i> .....	22
4.3.3 - <i>Descrição das variáveis</i> .....	23
4.3.4 – <i>Análise de resultados quantitativos</i> .....	23
4.4 – METODOLOGIA PARA ANÁLISE QUALITATIVA .....	24
4.4.1 – <i>Participantes</i> .....	24
4.4.2 – <i>Colheita de dados em focus group</i> .....	25
4.4.3 – <i>Análise de resultados do focus group</i> .....	27
<b>5 – RESULTADOS.....</b>	<b>28</b>
5.1 – FASE I - QUANTITATIVO .....	28
5.1.1 – <i>Caracterização demográfica</i> .....	28
5.1.2 – <i>Caracterização por quadro de sintomas referidos no momento de admissão à urgência da população em estudo</i> .....	29
5.1.3 – <i>Caracterização por prioridade segundo Triagem de Manchester da população em estudo</i> 30	
5.1.4 – <i>Caracterização por tempos de permanência no SU</i> .....	30
5.1.5 – <i>Caracterização por destino após fim de episódio de urgência da população em estudo</i> .....	31
5.2 – FASE II - QUALITATIVO .....	32
5.2.1 - <i>Enquadramento do Modelo Serviço de Urgência Amigo dos Mais Velhos (SUA+V)</i> .....	32
5.2.2 – <i>A quem? - Identificação dos doentes</i> .....	34
5.2.3 – <i>Por quem? - A equipa multidisciplinar dedicada</i> .....	35

5.3.4 – Como? - A estrutura 4M's .....	37
5.2.4 – Onde? – Espaço próprio com infraestrutura física adaptada.....	38
5.2.5 - Integração de cuidados e replicabilidade noutros hospitais do SNS .....	40
<b>6 – DISCUSSÃO .....</b>	<b>43</b>
- Pertinência do modelo SU amigos dos mais velhos nas organizações do SNS.....	44
- População alvo do modelo SU amigos dos mais velhos.....	44
- A implementação do modelo SU amigos dos mais velhos – a equipa multidisciplinar, a estrutura 4M's, espaço físico .....	45
- A integração de cuidados e replicabilidade no SNS .....	45
- Limitações do trabalho.....	47
<b>7 – CONCLUSÃO.....</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>55</b>
ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HFF.....	56
ANEXO 2 – CONSENTIMENTO INFORMADO DO GRUPO DE PERITOS.....	58
ANEXO 3 – APRESENTAÇÃO DO GUIÃO DO FOCUS GROUP .....	74

## 1 - Introdução

Um sistema de saúde amigo dos mais velhos é aquele onde todos os intervenientes estão comprometidos com a prestação de cuidados.<sup>[1]</sup> Este sistema reconhece que, com o avançar da idade, as pessoas desenvolvem necessidades e preferências distintas. O que é valorizado por uns pode não ter o mesmo significado para outros. A perspetiva de cuidados deve ser abrangente, não se focando unicamente na doença, mas sim na pessoa como um todo, com uma história e complexidades únicas devido ao envelhecimento, como alterações na visão, audição, compreensão, mobilidade, entre outros. A qualidade dos cuidados reflete-se na capacidade de adaptação às particularidades de cada indivíduo, proporcionando um apoio que respeite as suas prioridades pessoais. Em última análise, um sistema de saúde verdadeiramente amigo dos idosos é aquele que coloca o indivíduo no centro da sua atuação, garantindo que a assistência prestada é tão diversa e complexa quanto as pessoas a que se destina.

As projeções do Eurostat indicam que o número de idosos entre 75 e 84 anos deverá crescer aproximadamente 56% até 2050, atingindo os 2,1 mil milhões. Este aumento populacional irá impactar significativamente o setor da saúde, um dos mais afetados por esta mudança demográfica.<sup>[2]</sup> O envelhecimento é visto pelas Nações Unidas como uma oportunidade para impulsionar a coesão social, saúde pública, inovação científica e crescimento económico. A Década do Envelhecimento Ativo, proclamada pela OMS para 2021-2030, reconhece a necessidade de uma atuação intersectorial e a Comissão Europeia sublinha a promoção de estilos de vida saudáveis e a aprendizagem ao longo da vida como fundamentais na resposta ao envelhecimento, destacando a relevância do aumento da participação no mercado de trabalho e na investigação em saúde.<sup>[3](1)</sup>

O envelhecimento demográfico é uma realidade na sociedade atual. Em Portugal no ano 2022, o índice de envelhecimento foi de 185,6 pessoas idosas por cada 100 jovens, aumentando 4,3 pontos percentuais relativamente ao ano anterior.<sup>[4]</sup> Este envelhecimento progressivo da população, caracterizado pela fragilidade, prevalência de doenças crónicas, comorbilidades e consciência da finitude leva ao uso mais frequente dos serviços de urgência por parte dos idosos (mais do que em qualquer outra faixa etária). Além disso, com o aumento de reformados, e o crescimento do número de pessoas a viverem sozinhas e os impactos socioeconómicos, pressionam os serviços de saúde, resultando em mais consultas e internamentos prolongados.<sup>[2,3]</sup>

Os sistemas de saúde têm um impacto incontestável no desenvolvimento das sociedades modernas. O seu crescimento, evolução, novas tecnologias e a melhoria da qualidade de vida, através de medidas preventivas e promotoras de saúde pública,

foram fundamentais para melhorar a saúde das populações e aumentar a esperança média de vida. A combinação destes fatores e as suas consequências originaram a transição epidemiológica, que fez com que o atendimento de doenças crónicas e o envelhecimento se tornassem o foco principal das políticas públicas e dos sistemas de saúde. [5]

Os idosos, devido à sua maior fragilidade e número de incapacidades, requerem uma atenção clínica mais específica em comparação a outros grupos. A perda de referências pessoais, devido à necessidade de cumprir normas de serviço, é menos significativa para adultos jovens, mas pode ter um impacto considerável nos mais velhos, especialmente quando estão em estado de fragilidade. Vários autores destacam, que o verdadeiro cuidado surge do reconhecimento da fragilidade do doente, que demonstra a necessidade de cuidados e a sua capacidade de contribuir para esse processo. [6]

Os serviços de urgência constituem o ponto inicial de acesso ao sistema de saúde e estão frequentemente sobrecarregados. Destaca-se a maior permanência de doentes idosos, vulneráveis e com múltiplas patologias o que aumenta a necessidade de internamento hospitalar com impacto de custos adicionais para o sistema. Devido às suas características próprias, como a intensidade e frequência de emoções fortes, o contato constante com situações de emergência e morte, bem como a alta rotatividade de profissionais, a sobrelotação de doentes e familiares, induzem a despersonalização e desumanização dos cuidados. Isso pode causar desconforto, insegurança e confusão nos idosos, exacerbando o seu estado físico e mental já comprometido pela condição clínica, levando à ocorrência de eventos adversos como quedas, desorientação, agravamento de infeções, eventos cardiovasculares e aumento da mortalidade. [2,6,7]

A revisão dos modelos de urgência existentes é essencial para avaliar a sua capacidade de responder adequadamente às necessidades dos idosos e identificar áreas de melhoria. (7) Os Serviços de Urgência Geral (SUG), pela sua natureza dinâmica e incerta, exigem gestão apurada e equipas multidisciplinares com características específicas a uma população cada vez mais envelhecida, com doenças complexas e muitas necessidades diferentes cuidados. Em Portugal, especialmente nas regiões da Amadora e Sintra, a população idosa realça a importância de um atendimento nos Serviços de Urgência (SU) que seja sensível às especificidades do envelhecimento, doenças crónicas e fragilidade. O Hospital Fernando da Fonseca (HFF), com a sua abordagem interdisciplinar, enfrenta os mesmos desafios, evidenciando a necessidade de modelos assistenciais otimizados para os idosos. Destaca-se assim, a importância de compreender as necessidades e expectativas dos idosos que procuram atendimento nos Serviços de Urgência (SU), em particular nas áreas de Amadora e Sintra. [4]

Os SU desempenham um papel fundamental no atendimento aos idosos perante as suas vulnerabilidades e necessidades específicas, que incluem desafios clínicos e sociais.<sup>[8]</sup> É fundamental identificar conceitos-chave, como envelhecimento, idoso e fragilidade, além de explorar a agudização de doenças crónicas e a doença aguda, ou seja, os motivos mais comuns de acesso à urgência após os 65 anos. Para uma compreensão abrangente, o enquadramento teórico subsequente discutirá conceitos chave como envelhecimento, fragilidade e a procura de cuidados de saúde, assim como diferentes estratégias de atendimento de urgência à população idosa. A constante confrontação com desafios organizacionais e de integração de cuidados motivaram uma investigação académica mais aprofundada, levando a escolha do HFF para o estudo de campo. Este interesse, tanto pessoal quanto profissional, procura desenvolver um modelo de SU replicável que eleve a qualidade e eficiência dos cuidados prestados aos mais velhos no SNS.

Considerando o âmbito do presente estudo, com ponto de partida na apresentação de um modelo assistencial no serviço de urgência dedicado aos idosos a apresentar à ULS Amadora Sintra, foi necessário refletir sob dois pontos de vista, ou seja, por um lado foi fundamental conhecer a população com mais de 65 anos que recorre ao SU do HFF e, por outro lado, auscultar a opinião dos profissionais peritos na área envolvidos na resposta às necessidades assistenciais da população. Assim, optou-se por um estudo natureza mista, constituído por duas fases, uma quantitativa e outra qualitativa. Na primeira fase o intuito foi conhecer a população com mais de 65 anos, que recorre ao SU do HFF – método quantitativo. Na segunda fase o foco foi a investigação sobre qual o modelo de urgência mais adequado para idosos no HFF através da recolha de opinião de peritos por meio de *focus group* - método qualitativo.



## 2 - Enquadramento Teórico

### 2.1 - O envelhecimento

O envelhecimento é caracterizado pelo declínio progressivo das funções orgânicas, afetando tanto aspetos físicos como cognitivos. Não há um ponto de partida definido, e as idades cronológica, biológica, social e psicológica podem ser consideravelmente diferentes entre os indivíduos. O envelhecimento é composto por mudanças físicas e mentais, iniciando-se geralmente por volta dos 60 a 65 anos, embora esse marco seja arbitrário e variável. Essas mudanças incluem alterações na função de órgãos e mentais, resultando num declínio gradual da reserva funcional do organismo. (8) Os estilos de vida adotados desde a juventude desempenham um papel fundamental no processo de envelhecimento fisiológico. Embora o envelhecimento afete o organismo como um todo os diferentes órgãos, tecidos e células, podem envelhecer de maneira distinta. Isso reflete-se em mudanças perceptíveis, como diminuição do fluxo sanguíneo para órgãos vitais, redução da capacidade de eliminação de toxinas, declínio da função cardíaca e pulmonar, e comprometimento da função celular imunológica. (8)

### 2.2 - O Serviço de Urgência e os mais velhos nos dias de hoje

Portugal está a enfrentar um processo de envelhecimento populacional, evidenciado pelo aumento significativo da proporção de idosos na estrutura demográfica. Isso resulta da queda na taxa de natalidade e do aumento da esperança de vida. (1,8). Os sistemas de saúde têm um impacto incontestável no desenvolvimento das sociedades modernas. O seu crescimento, evolução, novas tecnologias e a melhoria da qualidade de vida, através de medidas preventivas e promotoras de saúde pública, foram fundamentais para melhorar a saúde das populações e aumentar a esperança média de vida. [5]. A combinação destes fatores e as suas consequências originaram a transição epidemiológica, que fez com que o atendimento de doenças crónicas e o envelhecimento se tornassem o foco principal das políticas públicas e dos sistemas de saúde. [5]

Os idosos têm mais tendência a recorrer a serviços de urgência com problemas mais urgentes do que em qualquer outra faixa etária, mas as suas necessidades de cuidados são mais complexas, têm mais fatores de risco individuais como demência, delírio, dependência “(...) *situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou*

*incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária”* <sup>[5]</sup>, risco de desnutrição, risco de úlcera de pressão e auto-percepção da sua saúde, maior probabilidade de doenças crônicas, múltiplas comorbidades e poli-medicação e o impacto da ocorrência de eventos adversos tem consequências de maior gravidade do que noutras idades. <sup>[5,8]</sup> As doenças crônicas e comorbidade como patologias pulmonar, cardíaca e renal, doenças relacionadas com o álcool ou psiquiátricas, incluindo demência, e história de infeções estão fortemente associadas a hospitalizações potencialmente evitáveis e, portanto, são áreas de doença com alto potencial para melhoria.<sup>[9]</sup>

A missão de um Serviço de Urgência “é a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar”<sup>[10]</sup> Os doentes mais velhos não são um grupo homogêneo, abrangem uma ampla faixa etária e são um grupo diverso em termos de saúde geral, de queixas apresentadas e necessidade de cuidados. (9) O uso dos serviços de saúde aumenta com a idade dos idosos. O acesso ao serviço de urgência por esta faixa etária pode ser explicado por fatores de risco que afetam particularmente os idosos e pela ineficácia de outros setores de saúde.<sup>[11]</sup> O envelhecimento da população irá em parte sobrecarregar os nossos serviços de urgência, porque estes não estão adequadamente concebidos para satisfazer as necessidades complexas dos idosos. (3)

Ao entrar na velhice, os idosos dividem-se em três grupos: os que vivem uma vida ativa e independente, os que estão em transição entre uma vida ativa saudável e fragilidade e os idosos frágeis e vulneráveis como resultado de problemas de saúde ou necessidades de cuidados sociais. (5,10). Foquemo-nos nos mais frágeis.

A Europa tem uma proporção crescente de adultos com mais de 65 anos e, conseqüentemente, um número crescente de pessoas com fragilidade. A fragilidade é definida como a perda de reservas fisiológicas ou metabólicas e caracterizada pela acumulação de doenças crônicas ou défices funcionais, causando uma vulnerabilidade aumentada quando expostos a eventos adversos. <sup>[12]</sup>

Num cenário onde se verifica um aumento da procura e uma pressão acentuada nos serviços de urgência, os idosos considerados frágeis representam um desafio particular. Tal como o risco de morrer, em média, a fragilidade aumenta com a idade. <sup>[13]</sup> As pessoas são frágeis quando têm mais problemas do que outras da mesma idade. Isso pode não parecer um grande problema, mas é um verdadeiro desafio para a forma como prestamos cuidados de saúde atualmente. <sup>[14]</sup> O nosso enorme sucesso no tratamento

de uma doença de cada vez faz-nos pensar que é assim que as pessoas devem adoecer. No entanto, à medida que a nossa população envelhece e, porque a fragilidade e a idade andam de mãos dadas, muitos dos doentes têm vários problemas todos ao mesmo tempo. Esse é o desafio, compreender a fragilidade e adequar o atendimento às necessidades. <sup>[15]</sup>

A apresentação de sintomas de forma vaga ou genérica torna o diagnóstico e o tratamento desses doentes ainda mais complexo. <sup>[16]</sup> Além disso, um grupo significativo de idosos é considerado frágil, o que acresce como dificuldade extra para os profissionais dos SU identificarem e proporcionarem o atendimento adequado. Assim, quando os idosos frágeis chegam ao SU é vital abordar as suas condições urgentes considerando a sua condição de fragilidade. (9) . É frequente que estes recorram ao serviço de urgência e enfrentam desafios específicos que complicam a oferta de cuidados seguros, eficientes e de alta qualidade. (9). Estas características, juntamente com possíveis deficiências físicas, tornam o ambiente rápido dos Serviços de Urgência particularmente desafiante para este grupo. (2,9)

Estes factos sugerem uma complexidade nas necessidades de saúde que vão além do atendimento médico imediato, incluindo problemas relacionados com a capacidade de autocuidado e a gestão de doenças crónicas. Importa compreender quais as causas que motivam idas aos serviços de urgência, quais os riscos/eventos adversos a que estão sujeitos e qual o seu impacto nos idosos. <sup>[17]</sup> A condição de fragilidade é apontada como um exemplo paradigmático dessa necessidade de mudança, evidenciando a importância de uma abordagem multidimensional e interdisciplinar nos cuidados geriátricos. (12) Apesar de os idosos serem considerados frágeis e com múltiplas condições de saúde, o aumento da procura pelos serviços de urgência não se deve apenas à complexidade clínica, mas também ao isolamento social, às mudanças nas estruturas familiares e às dificuldades de acesso aos cuidados de saúde primários. A solidão, a falta de apoio social e familiar, e o receio do fim da vida emergem como razões subjacentes para a procura destes serviços, mesmo em situações que podem não ser compreendidas como emergências pelos profissionais de saúde. (2,3)

Torna-se difícil identificar de forma objetiva os resultados de uma maior permanência de um idoso num serviço de urgência, muitas vezes porque os motivos de admissão são vagos como “mau estar”, os códigos de diagnóstico diferem entre países e entre instituições, ou porque são classificados de formas muito dispare. No entanto, em estudos comparativos de SU geriátricos e não geriátricos, é possível refletir sobre alguns dados:(11)

- O tempo de permanência no SU é menor nos geriátricos do que nos não geriátricos
- Em todas os parâmetros de diagnóstico associado à idade os SU geriátricos tiveram taxas de diagnóstico mais altas do que os SU não geriátricos em três das quatro condições de interesse de síndrome geriátrico: infecções do trato urinário, demência e delírio/alteração do estado mental.
- O risco de queda aumenta proporcionalmente com a idade, mas o resultado de análise entre os dois tipos de SU foi semelhante.
- A taxa média de alta nos SU geriátricos foi consistentemente mais baixa em relação aos SU não geriátricos, em todas as faixas etárias. (11)

Os quatro desafios principais que os SU enfrentam ao cuidar de idosos frágeis são:

- A dificuldade em identificar objetivamente os doentes frágeis,
- A ausência de uma definição universalmente aceite para a fragilidade,
- A necessidade de cuidar dos idosos frágeis considerando a sua condição geral ao invés de focar unicamente na razão imediata da sua visita,
- A escassez de orientações clínicas específicas para o atendimento a idosos frágeis nestes ambientes. (6)

Neste sentido será importante, repensar o serviço de urgência para se adequar a esta população, tornando-o mais acolhedor e minimizando efeitos negativos de eventos adversos, desorientação espaço temporal e infecções associadas a cuidados hospitalares. É imperativo considerar não só os aspetos clínicos na prestação de cuidados aos idosos nos serviços de urgência, mas também entender e abordar as suas necessidades pessoais, sociais e emocionais. (2) É fundamental uma abordagem mais integrada, uma boa relação entre doente e equipa de saúde, a presença de um familiar ou pessoa significativa que possa oferecer apoio emocional ao idoso durante a sua estadia no SU, etc.

### 2.3 - Os mais velhos e o Serviço de Urgência – novas perspetivas

Este subcapítulo explora mudanças de práticas de prestação de cuidados e foca-se em ações destinadas a indivíduos com mais de 65 anos e em estado de fragilidade. Os dados referentes à viabilidade e recetividade a tais alterações são limitados. O propósito desta secção reside na organização, classificação e esclarecimento das práticas assistenciais mais relevantes.

Um grupo de trabalho da *School of Health and Related Research (ScHARR)* da *University of Sheffield* no Reino Unido fez o mapeamento de uma revisão sistemática e meta-análise sobre a evidência para a identificação e gestão de pessoas idosas com síndrome de fragilidade no serviço de urgência. <sup>[18]</sup> O âmbito desta revisão foi identificar a gestão de cuidados às pessoas idosas frágeis dentro do serviço de urgência. Isto permitiu mapear intervenções para identificar pessoas idosas frágeis e aquelas com alto risco de eventos adversos, estudar a gestão da oferta de cuidados e identificar o potencial de melhoria tanto nos *outcomes* dos doentes como nos resultados dos serviços de saúde. <sup>[18]</sup> Para assegurar uma exposição lógica e sistemática as intervenções foram sistematizadas e classificadas conforme os seguintes critérios:

- a) Iniciativas desenvolvidas por profissionais dos SU de forma individual
- b) Iniciativas desenvolvidas pelos profissionais dos S em equipa multidisciplinar
- c) Iniciativas com alterações da estrutura física e das equipas dos SU

As iniciativas descritas focam-se em reformular o atendimento prestado nos SU com o objetivo de melhor responder às necessidades específicas da população idosa. Essas intervenções têm como metas principais prevenir admissões hospitalares desnecessárias, otimizar a coordenação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde e a conciliação terapêutica destes doentes considerados mais vulneráveis devido à sua faixa etária e às condições de saúde pré-existentes. Estas iniciativas refletem um esforço louvável de adaptação dos serviços de urgência às necessidades da população idosa, reconhecendo a importância de um atendimento especializado e coordenado. No entanto, a eficácia dessas abordagens mostra-se variável, evidenciando a complexidade de intervir em sistemas de saúde já estabelecidos. <sup>[18]</sup>

### 2.3.1 - Iniciativas individuais dos profissionais dos Serviços de Urgência

Para atingir os objetivos, tem-se apostado na inclusão e integração de diversos profissionais de saúde no ambiente do SU, como médicos geriatras, farmacêuticos, enfermeiros especializados e coordenadores de cuidados. Esta abordagem multidisciplinar procura criar um ambiente de atendimento mais holístico e adaptado às complexidades que o tratamento de doentes idosos implica. <sup>[19]</sup> As iniciativas que envolveram apenas coordenadores/gestores de equipas do serviço de urgência, com foco na redução das taxas de admissão através da integração de cuidados com equipas de cuidados domiciliários e comunitários, não demonstraram resultados significativos. <sup>[20]</sup>

A destacar, a forma positiva da contribuição de médicos com experiência em geriatria, como consultores na diminuição de admissões hospitalares. Estes profissionais, ao colaborarem com a equipa já presente no SU, não só forneceram orientações valiosas sobre a gestão de medicamentos e o planeamento de cuidados posteriores ao atendimento inicial, como também conseguiram efetivamente evitar internamentos. No entanto, estes idosos internados, ao terem maior dependência de cuidados suscitam preocupações relacionadas com o aumento o número de indivíduos em condições mais graves ou instáveis. [21]

A ausência de diferenças notáveis nas taxas de admissão ou reinternamento sugeriu que o impacto dessa intervenção pode ter sido limitado, talvez devido a limitações no seu desenho ou implementação, indicando que a mera coordenação de cuidados sem uma estratégia clara ou recursos adequados pode não ser suficiente para alterar os resultados de saúde nessa população. (9)

### 2.3.2 - Iniciativas de equipas de Serviços de Urgência

Foram desenvolvidas uma variedade de equipas especializadas multidisciplinares com intervenções direcionadas a doentes idosos incluindo o atendimento a idosos vítimas de quedas, serviços de ligação de medicina geriátrica, equipas de avaliação para pessoas mais velhas, entre outras. Estas iniciativas têm como objetivo, em grande parte, prevenir admissões desnecessárias no serviço de urgência, reduzir a duração da demora média de internamento, evitar diagnósticos inconclusivos e diminuir readmissões, tendo demonstrado resultados positivos. Por exemplo, a presença de um médico geriatra consultor no SU contribuiu para evitar admissões hospitalares e, a formação de uma equipa de avaliação especializada em idosos com múltiplos fatores de fragilidade, resultou na prevenção de admissões significativas, trazendo também poupanças económicas consideráveis. [18]

Apesar dos resultados positivos, a análise revela que o impacto destas intervenções pode variar, dependendo do design e da implementação específica de cada iniciativa. Por exemplo, enquanto algumas equipas conseguiram reduzir significativamente as taxas de readmissão, outras não mostraram diferenças significativas nos resultados analisados. Isso sugere que a eficácia das intervenções pode ser influenciada por vários fatores, incluindo a abrangência da avaliação geriátrica, a integração dos cuidados domiciliários e serviços comunitários, e a capacidade de identificar e responder às necessidades complexas de doentes idosos e frágeis. (15,19–22)

A integração de equipas multidisciplinares no atendimento a idosos no serviço de urgência promove abordagens holísticas, melhorando os resultados de saúde e a eficiência dos serviços. Este foco abrange condições médicas e sociais dos doentes idosos. No entanto, ainda existem desafios na implementação dessas abordagens, incluindo a necessidade de mais pesquisa para identificar os modelos de intervenção mais eficazes. A diversidade nos resultados e métodos de avaliação entre os estudos sugere a necessidade de um quadro uniformizado para medir o impacto, permitindo comparações precisas e uma melhor compreensão das práticas mais efetivas. (9)

### 2.3.3 – Iniciativas de alteração à infraestrutura física e equipas multidisciplinares do Serviço de Urgência

Na reformulação dos cuidados destinados às pessoas mais velhas (23), observou-se a implementação de uma Unidade de Fragilidade composta por uma equipa multidisciplinar, resultando numa redução significativa nas taxas de ocupação de camas e mortalidade, mantendo inalteradas as taxas de readmissão. Além disso, a criação de uma unidade de avaliação geriátrica abrangente (24) procurou minimizar admissões desnecessárias, permitindo admissões diretas em especialidades quando necessário. Este esforço resultou num aumento das altas no mesmo dia para os doentes que receberam cuidados. (23,24)

Dentro de um serviço de urgência, a integração de uma Unidade de Fragilidade (25) de emergência, composta por geriatras, médicos de urgência, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e coordenadores de cuidados primários, levou a uma diminuição significativa das taxas de admissão de idosos, apesar de um aumento geral nas admissões ao serviço de urgência. Importa salientar que as taxas de readmissão também apresentaram uma diminuição, embora dados específicos sobre resultados como a mortalidade, não tenham sido recolhidos. (25)

As alterações na infraestrutura física dos serviços de urgência (28), que vão desde a criação de Departamentos de Urgência Geriátricos (GED) (26), passando por tornar os SU mais adaptados às necessidades de doentes frágeis e idosos, até à instalação de unidades específicas dentro dos SU para atender a estas populações (28) demonstraram resultados positivos, desde a redução das taxas de ocupação de camas, à diminuição das taxas de mortalidade e de admissão, bem como o aumento do grau de satisfação dos doentes. As avaliações de unidades de Avaliação Abrangente de Cuidados de Urgência para idosos (ACEi) (26) e Unidades de Fragilidade de Emergência (EFU) dentro dos SU revelaram resultados como o aumento de altas

clínicas no mesmo dia e a diminuição significativa nas taxas de admissão. Contudo, não foram colhidos e analisados dados sobre resultados diretos nos doentes, como a mortalidade no caso da EFU (25). Além disso, a introdução de GED resultou na diminuição da taxa de mortalidade para doentes frágeis e idosos, e a implementação de Unidades de Observação de Emergência (EDOU) (28) e Centros de Acesso Rápido (RAC) (29) demonstrou uma diminuição na duração do tempo de internamento hospitalar

A utilização de uma área/departamento dedicada de urgência geriátrica (26) por pessoas mais velhas e frágeis, comparativamente ao uso de um serviço de urgência convencional, revelou que os taxas de mortalidade significativamente menores. A par destas melhorias dos resultados, foram descritas melhorias significativas na satisfação dos doentes, refletindo positivamente as alterações implementadas nos cuidados prestados. (26). Notou-se também uma diminuição acentuada nas admissões hospitalares atribuída à eficiência do departamento de urgência geriátrico. Este fenómeno foi igualmente observado em serviços de urgência sénior, onde se registou uma redução nas admissões sem impacto nas readmissões ou no aumento da demora média de internamento hospitalar. (26) Em particular, uma unidade de serviço de urgência sénior equipada com 15 camas (27) e gerida por um coordenador de cuidados de enfermagem, que incluía avaliação, intervenções e acompanhamento após a alta, o que demonstrou resultados estatisticamente significativos na redução de admissões. (26,27)

No geral, estas intervenções não só refletem a preocupação em melhorar a eficiência e eficácia do atendimento a doentes idosos e frágeis nos SU, mas também indicam uma tendência positiva em termos de redução das admissões hospitalares e melhoria da satisfação dos doentes. (4)

## 2.4 – Proposta de Modelo De Urgência Amigo Dos Mais Velhos

Este subcapítulo apresenta a proposta de um novo modelo de urgência, fundamentado no envelhecimento da população. Reconhecendo que os serviços de urgência atuais são desadequados e pouco amigáveis para os idosos, este modelo visa oferecer uma resposta mais eficiente e humanizada às necessidades específicas desta faixa etária.

### 2.4.1 – Concetualização

A elaboração da questão de investigação surgiu a partir da reflexão da revisão bibliográfica do tema em análise, tendo sido o ponto de partida para todo o trabalho. A questão de investigação constituiu, portanto, o elemento inicial e fundamental do processo de investigação, com a função de definir claramente os conceitos principais, a população alvo e fundamentar a pesquisa empírica. (30,31) A partir da formulação do problema de estudo, estabeleceu-se a questão inicial: “O Modelo de Urgência Amigo dos Mais Velhos apresentado é adequado ao HFF?”

O conjunto de intervenções analisadas no enquadramento teórico revela o tipo de modelo de urgência geriátrica com melhores resultados e o impacto positivo na prestação de cuidados de urgência a doentes mais velhos e frágeis, focando não apenas a diminuição das taxas de admissão hospitalar como também o aumento da qualidade do atendimento e o grau de satisfação do doente. Assim, para dar cumprimento ao primeiro objetivo do presente trabalho e, após refletir sobre os resultados dos estudos analisados em conjunto com informação do *Age-Friendly Health Systems do Institute for Healthcare Improvement*, segue-se a proposta do Modelo de Urgência Amigo dos Mais Velhos. <sup>[1]</sup>

Nos modelos de urgência para mais velhos são necessários protocolos de triagem específicos para identificar as necessidades e os riscos dos idosos, bem como a integração dos cuidados geriátricos especializados nos serviços de urgência, especificidades da equipa multidisciplinar, espaço físico adequado, estratégias de comunicação e apoio familiar adaptado às suas necessidades.

A proposta do modelo apresentado alinha-se com a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, com os eixos estratégicos do Plano de Ação Envelhecimento Ativo e Saudável definido para 2023-2026, com os eixos estratégicos da ULS Amadora Sintra definidos no Plano de Atividades e Orçamento de 2023 e estão definidos os propósitos e pilares sobre os quais assenta.

### 2.4.2 - Eixos estratégicos do plano de ação envelhecimento ativo e saudável (2023 – 2026)

O processo de envelhecimento ativo e saudável envolve a intervenção em múltiplas vertentes, com seis pilares essenciais de atuação: saúde e bem-estar, autonomia e vida independente, desenvolvimento e aprendizagem ao longo da vida, vida laboral saudável

ao longo do ciclo de vida, rendimentos e economia do envelhecimento, e participação na sociedade. <sup>[22]</sup> <sup>[23]</sup>

### 2.4.3 - Eixos estratégicos da Unidade Local de Saúde Amadora Sintra - Hospital Dr. Fernando Fonseca

As crescentes necessidades de cuidados de saúde de uma população envelhecida e com maior prevalência de doenças crónicas, o uso crescente de tecnologias diagnósticas e terapêuticas dispendiosas, e a disponibilidade de medicamentos inovadores e caros, em conjunto com as restrições económico-financeiras, representam desafios para a gestão do HFF. Atualmente, os principais desafios do HFF são melhorar os indicadores de acesso, assegurar a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados prestados e a satisfação dos utentes; aumentar a eficiência na gestão dos recursos, visando a sustentabilidade económico-financeira; e apostar em novos modelos de contratualização interna mais eficientes e eficazes. <sup>[24]</sup>

### 2.4.4 - Propósito do Serviço de Urgência Amigo dos Mais Velhos

A promoção da integração de cuidados com o alinhamento dos atores locais, o alinhamento dos cuidados com a motivação dos cidadãos, a identificação das necessidades de uso de medicação e a identificação e gestão do estado mental são fundamentais. Além disso, a promoção da mobilidade, a melhoria da experiência do cidadão e a implementação de uma estratégia de comunicação para combater o idadismo são igualmente importantes. <sup>[25]</sup>

O modelo pressupõe a identificação dos doentes com mais de 65 anos e grau de fragilidade no primeiro contacto com um profissional de saúde no momento de admissão ao SU, ou seja, na triagem <sup>[26]</sup> recursos humanos com equipas dedicadas e o espaço físico com equipamentos seguro e adequado às necessidades dos idosos. <sup>[1]</sup>

É essencial a Implementação sistemática de intervenções baseadas em boas práticas dirigidas aos idosos partindo de 4 elementos base: <sup>[1]</sup>

- Motivação: conhecer e alinhar os cuidados com o resultado esperado para o estado específico de cada pessoa, considerando as suas preferências;
- Medicação: avaliar reconciliação terapêutica e identificar a que não interfira com o que é importante para o idoso;

- Estado Mental: prevenir, identificar, tratar e “gerir” a demência, depressão e estados confusionais;
- Mobilidade: assegurar que o idoso se movimenta de forma segura e que mantém a funcionalidade, a “capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente” para fazer o que quer <sup>[5]</sup>.

#### 2.4.5 – Implementação do Serviço de Urgência Amigo dos Mais Velhos

##### • Identificação dos doentes com mais de 65 anos e grau de fragilidade

A Escala de Fragilidade Clínica (EFC) é uma ferramenta clinicamente orientada, desenvolvida a partir do Índice de Fragilidade do Estudo Canadano de Saúde e Envelhecimento. <sup>[27]</sup> Após avaliar um doente, o profissional de saúde pode determinar o grau de fragilidade presente utilizando imagens e descrições breves (além das informações obtidas na avaliação geral). A EFC é uma escala global de nove pontos que se baseia na avaliação clínica de mobilidade, energia, atividade física e função. É um método rápido e simples para avaliar o nível de fragilidade de uma pessoa, sendo menos demorado e mais fácil de usar em comparação a outras ferramentas mais complexas, enquanto oferece informações preditivas semelhantes. <sup>[1]</sup>

O Protocolo de Triagem de Manchester, define normas de triagem baseadas no risco clínico. <sup>[28]</sup> Este método não fornece um diagnóstico, mas sim uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas. A avaliação clínica é feita a partir da queixa apresentada, que é o principal sinal ou sintoma identificado pelo doente ou pelo profissional de saúde que o motiva a procurar o serviço de urgência. Assim, e porque a triagem deve ser célere, simples e objetiva a aplicação de uma escala visual baseada apenas na mobilidade no momento de admissão ao SU, como é a Escala de Fragilidade Clínica, é a mais facilitadora e adequada. <sup>[10,29]</sup>

Figura 1- Escala de Fragilidade Clínica



Fonte: <https://www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/the-frailty-index.html>

## • A Equipa Multidisciplinar

A eficiência de um Serviço de Urgência Amigo dos Mais Velhos só resulta com recursos humanos com equipas dedicadas, expectativas alinhadas, perfil, motivação e disponibilidade para gestão dos cuidados de qualidade. <sup>[1]</sup> É fundamental formar uma equipa de cuidados interdisciplinares que revejam os 4Ms em reuniões diárias.<sup>[1]</sup> O alinhamento da estratégia, a interdisciplinaridade, ou seja, a prestação de cuidados por profissionais de várias áreas, trabalhando em estreita colaboração, focada na pessoa idosa que necessita de cuidados especializados e complementares entre várias especialidades profissionais, visando a sua recuperação e/ou manutenção do estado de saúde. <sup>[1,5]</sup> Deles fazem parte os seguintes atores:

**Um Idoso e Cuidador** - Os dentes e as suas famílias ou outros cuidadores trazem uma experiência crítica para qualquer equipa de melhoria. Eles têm uma perspetiva diferente do sistema comparada aos prestadores de cuidados e podem identificar questões-chave. Recomendamos fortemente que cada equipa inclua pelo menos um idoso e um membro da família ou outro cuidador (idealmente mais de um), ou uma forma de obter feedback diretamente dessas pessoas.<sup>[1]</sup>

**Líder/Patrocinador** - Esta pessoa defende, autoriza e apoia as atividades da equipa, bem como envolve os líderes séniores e outros grupos dentro da organização para

remover barreiras e apoiar os esforços de implementação e expansão. Embora possam não fazer o trabalho "no terreno", o líder/patrocinador é responsável por:

- Construir um caso para a mudança baseado nas prioridades estratégicas e no retorno calculado do investimento.
- Incentivar a equipa de melhoria a definir objetivos a um nível apropriado.
- Fornecer à equipa os recursos necessários, incluindo tempo de pessoal e fundos operacionais.
- Garantir que a capacidade de melhoria e outros recursos técnicos, especialmente aqueles relacionados com a recolha e análise de dados, tecnologia da informação (TI) e registos de saúde eletrónicos (RSE), estejam disponíveis para a equipa.
- Desenvolver um plano para expandir as mudanças bem-sucedidas da equipa de melhoria para o resto da organização. <sup>[1]</sup>

**Gestor/Administrador Hospitalar** - Representa as disciplinas envolvidas nos 4Ms e trabalha eficazmente com os clínicos, outros especialistas técnicos e líderes dentro da organização. Recomendamos colocar o gestor da unidade/clínica onde as mudanças estão a ser testadas neste papel, pois essa pessoa pode agir rapidamente para tomar as medidas necessárias para testar e implementar as mudanças recomendadas na unidade e está empenhada em sustentar as mudanças que resultam em melhoria. <sup>[1]</sup>

**Profissionais de saúde que representam as disciplinas envolvidas nos 4Ms** - Estes indivíduos podem incluir um médico, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social, farmacêutico, nutricionista, capelão e/ou outros que representem os 4Ms no seu contexto. É recomendada a representação interprofissional na equipa e incentivado a juntar um líder informal que deve ter boas relações de trabalho com os colegas e estar interessados em impulsionar mudanças para alcançar um SU Amigo dos Mais Velhos. Estes profissionais que são líderes de opinião na organização, procurados por outros para aconselhamento e que não têm medo de testar e implementar mudanças. <sup>[1]</sup>

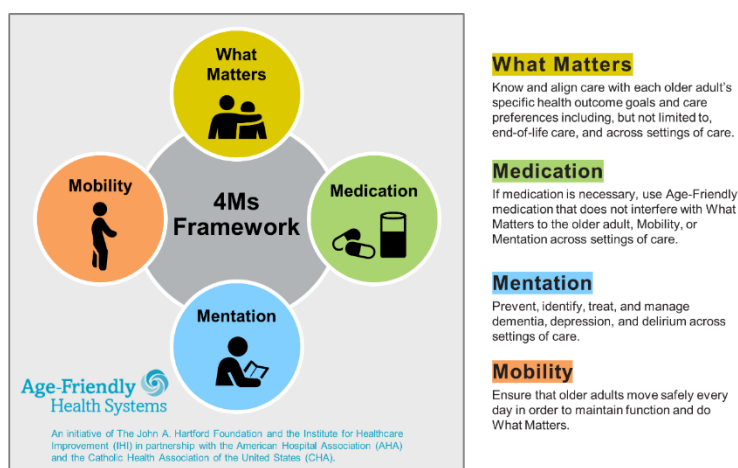
A equipa deve ter uma postura de acolhimento com a família e garantir uma comunicação adequada. Tão importante como os cuidados emergentes tradicionais, são a identificação de síndromes geriátricas, a otimização da mobilidade e o apoio dos idosos a manter a sua funcionalidade. Devem estar disponíveis profissionais que facilitem o acesso às necessidades básicas e incentivar atividades significativas.

Importante também promover rotinas consistentes com um horário que permita reunir em sessões de educação, discussão e debates de perguntas e respostas, por exemplo, realizar um “almoço e aprendizagem” em datas previamente definidas de forma repetida.

## • A estrutura de abordagem em 4M's

Os sistemas de saúde concentram-se nas necessidades dos idosos [1]. Os 4M's - *What Matters*; *Medication*; *Mentation*; *Mobility*: o que importa, medicação, orientação e mobilidade, tornam o plano de cuidados aos idosos que pode ser complexo mais operacional. Estes quatro pilares identificam questões centrais em que se devem orientar os cuidados e a tomada de decisão centrada no bem-estar e nos pontos fortes do idoso, em vez da doença. Os 4M's são relevantes independentemente da queixa/diagnóstico principal do idoso e aplicam-se independentemente do número de problemas funcionais que o doente possa ter, do seu contexto cultural, origem étnica ou religião.

Figura 2- Estrutura 4M's



Fonte: <https://www.ihf.org/networks/initiatives/age-friendly-health-systems>

Sendo os 4 M's uma estrutura (e não um programa) para orientar os cuidados aos idosos incorporando-os nos cuidados existentes de forma à prestação eficaz e de alta qualidade. Os 4 M's são praticados de forma consistente para todos os idosos, em todos os ambientes e em todos os lugares, ou seja, em todas as interações. Para isto é fundamental a redistribuição dos recursos existentes no sistema de saúde, para um alinhamento da estratégia dos cuidados. [1]

Para que a estrutura dos 4 M's se incorpore na prática dos cuidados é importante desenvolver algumas etapas, assim importa compreender o estado atual dos doentes, conhecer a população com mais de 65 anos que recorre à urgência, a etnia, preferências culturais e religiosas e níveis de alfabetização. Utilizar os 4Ms para organizar os cuidados, centrando-se no idoso, no seu bem-estar e nas suas capacidades, em vez de

apenas na doença ou limitações funcionais. Sempre que possível, incorporar os 4Ms nos cuidados e nos fluxos de trabalho existentes. Identificar atividades que possam ser descontinuadas para realocar recursos e praticar os 4Ms de forma consistente. Documentar todos os 4Ms e considere agrupá-los no processo clínico. É fundamental encontrar formas de destacar o que é importante e registar no plano de cuidados para orientar a atenção. Tornar os 4Ms visíveis a toda a equipa de cuidados e em todos os contextos. Educar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os 4Ms. Relacionar os 4Ms com recursos e apoios comunitários para obter os melhores resultados de saúde.

De um modo geral, procurar oportunidades para combinar ou redesenhar atividades, processos e fluxos de trabalho em torno dos 4Ms. Neste processo, pode-se descobrir que certas atividades podem ser descontinuadas e os recursos realocados para apoiar cuidados centrados no idoso. Usar diagramas de fluxo de processos ou mapas de fluxo de valor dos cuidados diários, discutir e partilhar a estratégia com a equipa. <sup>[1]</sup>

#### • **A infraestrutura física**

No espaço físico há pequenas mudanças com impacto imediato que permitem organizar o ambiente, tais como: <sup>[30]</sup>

- Ter disponíveis várias orientações temporo-espaciais, como relógios e calendários;
- Transformar os corredores em espaços agradáveis e seguros para caminhar, piso antiderrapante, leds de identificação, sinalizações claras de acesso a WC e iluminação de boa qualidade;
- Certificar-se de que os assentos das sanitas, barras de apoio e corrimãos tenham cores contrastantes;
- Garantir fácil acesso a auxiliares de marcha e cadeiras de rodas, aparelhos auditivos, óculos/lentes de contacto, materiais de apoio à incontinência, nutrição e hidratação;
- Disponibilizar óculos, baterias para aparelhos auditivos, lupas ou dispositivos de amplificação portáteis;
- Garantir alimentação adequada consoante as necessidades nutricionais dos idosos.

<sup>[30]</sup>

### 3 - Objetivos

O objetivo geral do presente trabalho é identificar o Modelo de Urgência Amigo dos Mais Velhos adequado ao contexto populacional dos idosos do Serviço de Urgência da ULS Amadora Sintra - Hospital Dr. Fernando Fonseca.

Os objetivos específicos são:

1. Caracterizar a população acima dos 65 anos que recorre ao Serviço de Urgência do Hospital Dr. Fernando Fonseca.
2. Explorar a pertinência de um Modelo de Serviço de Urgência Amigo dos Mais Velhos, para doentes com mais de 65 anos e grau de fragilidade, que recorrem ao SU do Hospital Dr. Fernando Fonseca.
3. Auscultar a opinião de peritos sobre a proposta do Modelo de Urgência Amigo dos Mais Velhos apresentada, quanto à triagem dos doentes, a equipa multidisciplinar o espaço dedicado e a estratégia de abordagem assente na estrutura 4M's (*What Matter's; Medication; Mentation; Mobility*).
4. Auscultar a opinião de peritos sobre a integração de cuidados e replicabilidade de um Modelo de Serviço de Urgência Amigo dos Mais Velhos em hospitais do SNS.

## 4 – Metodologia

### 4.1 - Desenho do estudo

O presente trabalho de campo decorreu na ULS Amadora Sintra, constituída pelo Hospital Dr. Fernando Fonseca, um hospital médico cirúrgico nível I e 15 unidades de saúde (USF, UUCSP, URAP, USP E CS). Dá resposta a aproximadamente 600 mil habitantes, dos concelhos de Amadora e Sintra. <sup>[31-33]</sup> Desenvolveu-se um estudo observacional transversal retrospectivo com uma metodologia de natureza mista, constituído por duas fases distintas, uma quantitativa e outra qualitativa.

Numa primeira fase, realizou-se a análise quantitativa da população com mais de 65 anos, que recorreu ao SU do HFF no período de 2 anos (01/01/2022 – 31/12/2023).

Na segunda fase, optou-se por desenvolver um estudo qualitativo com recurso a entrevistas utilizando a técnica de *focus group* com o objetivo de obter de profissionais considerados peritos na área diferentes perspetivas e *insights* sobre pertinência, viabilidade, recursos (humanos e materiais) e implementação do “Modelo de Urgência Amigo dos Mais Velhos adequado ao contexto populacional dos idosos do Serviço de Urgência do Hospital Dr. Fernando Fonseca”, bem como a sua replicação noutros hospitais do SNS.

### 4.2 – Questões éticas

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital Dr. Fernando Fonseca, cuja autorização se anexa (Anexo 1). No *focus group* os participantes colaboraram de forma voluntária e interessada tendo-se obtido o consentimento informado de cada perito, antes de cada reunião (Anexos 2).

## 4.3 – Metodologia para análise quantitativa

### 4.3.1 – Fonte de dados

Os dados demográficos e dados de análise do SU foram solicitados à Unidade de Investigação Clínica do HFF com recurso à plataforma de *Power BI* da Área de Gestão de Produção do HFF. Assim, foram disponibilizados os seguintes:

- Características dos total de episódios de urgência, género, data de nascimento,
- Proveniência, tipo de admissão e tipo de urgência
- Dados de triagem: quadro de sintomas, discriminador, prioridade, tempo de permanência até triagem
- Dados clínicos: especialidade médica de observação, diagnóstico de episódio de urgência, tempo de permanência até 1ª observação médica
- Tempo de permanência no SU: tempo de permanência até vaga/transferência para admissão ao internamento, tempo de permanência até fim de episódio de urgência
- Destino no fim de episódio de urgência: alta clínica, internamento ou óbito. Data de registo de fim de episódio de urgência (desde a admissão à entrada no internamento enquanto aguarda vaga) e data de registo de alta clínica (registo efetivo de saída do serviço de urgência).

### 4.3.2 - Critérios de inclusão e exclusão

A base de dados inicial continha um total de 266.332 episódios de urgência. Foram retirados 180.036 episódios por terem idade inferior a 65 anos. Foram também excluídos da base de dados original 27 episódios cujo ano de nascimento foi 1900 por representarem ausência de dados fidedignos de identificação. Assim, ficam incluídos no estudo 86.269 episódios de urgência, constituindo esta a população em estudo.

### 4.3.3 - Descrição das variáveis

Abaixo identificam-se as variáveis incluídas no estudo:

Tabela 1- Descrição das variáveis

<b>Designação da Variável</b>	<b>Descrição / valores</b>	<b>Tipo</b>
<b>Género</b>	Feminino; Masculino	Qualitativa nominal
<b>Faixa Etária</b>	65 – 75, 76-85, 86-95, > 96 anos	Qualitativa nominal
<b>Tipo de urgência</b>	Traumatologia; Doença aguda	Quantitativa nominal
<b>Fluxogramas de Triagem de Manchester</b>	Quadro de sintomas de apresentação na triagem	Qualitativa nominal
<b>Grau de prioridades de Triagem de Manchester</b>	Muito Urgente (vermelho e laranja); Urgente (amarelo); Pouco Urgente (verde e azul)	Quantitativa contínua
<b>Tempo de permanência no SU até admissão ao internamento</b>	Número de horas de permanência no SU até vaga para internamento	Quantitativa contínua
<b>Tempo de permanência no SU até alta clínica</b>	Número de horas de permanência no SU até fim de episódio de urgência	Quantitativa contínua
<b>Fim de episódio de urgência</b>	Alta clínica, internamento, óbitos	Qualitativa nominal

### 4.3.4 – Análise de resultados quantitativos

Para dar cumprimento aos objetivos, foi necessário conhecer o perfil da população que recorre ao serviço de urgência do hospital Amadora-Sintra. Com recurso a estatística descritiva, em Excel 2011 e caracterizou-se demograficamente a população calculando-se a percentagem por sexo e faixa etária para assim compreender a tendência na evolução da idade e conseqüentemente a fragilidade.

Para compreender as razões principais de ida à urgência mais frequentes nos idosos apuraram-se frequências absolutas das principais queixas registadas nos fluxogramas possíveis da triagem. Dos 43 fluxogramas possíveis, foram selecionados os 10 mais frequentes nos idosos.

Para identificar o grau de prioridade da população em estudo os doentes foram agrupados em três grandes grupos por faixa etária, considerado os emergentes e muito urgentes as triagens das cores vermelha e laranja (identificados por cor laranja), os

urgentes os da cor amarela e pouco urgentes e não urgentes os de cor verde e azul (aqui identificados apenas por cor verde).

A literatura descreve que o tempo de permanência num serviço de urgência tem impacto nos doentes idosos e frágeis <sup>[34]</sup>. Para refletir sobre esse facto foi analisado o tempo de permanência no SU (em número de horas), seja o tempo necessário para resolução da causa de admissão ao SU seja o tempo de espera de vaga para admissão ao serviço de internamento. Para compreender estes resultados foi igualmente importante compreender quantos doentes ficam internados e quantos óbitos existem, dados estes que foram analisados em percentagem.

## 4.4 – Metodologia para análise qualitativa

### 4.4.1 – Participantes

Na presente investigação, foram convidados 24 profissionais de saúde de diversas áreas, género e idade. Participaram Administradores Hospitalares, Médicos, Enfermeiros, Técnicos Superiores de Serviço Social e Farmacêuticos com formação específica ou dedicação profissional ou apenas interesse na área. Consideraram-se peritos com o cumprimento de alguns requisitos: experiência profissional de pelo menos 5 anos em serviços de urgência, serviços com predomínio de doentes na área da geriatria ou na área da segurança do doente, em gestão hospitalar, e/ou com investigação ou trabalhos científicos publicados na área. Esta escolha procurou obter uma representação da variedade de papéis profissionais aliados à experiência da prática assistencial.

Dos participantes 5 não responderam ao convite e 3 não puderam estar presentes por impossibilidade de agenda. Numa plataforma online decorreram três reuniões, com 6, 3 e 7 participantes em cada reunião. Para enriquecer ainda mais os resultados, promoveram-se reuniões distintas entre os diferentes profissionais da ULS Amadora Sintra (7 participantes) e de outras ULS (9 participantes). Os grupos focais decorreram nas datas e horas previamente agendadas, com duração máxima de 90 minutos, respeitando um guião de entrevista semiestruturada, mantendo a congruência nas diferentes discussões do grupo.

Tabela 2- Participantes do *focus group*

<b>Total</b>	<b>16</b>
<i>Género</i>	
Feminino	12
Masculino	4
<i>Administradores Hospitalares</i>	
Médicos	4
Enfermeiros de SU	4
Enfermeiros de Gabinete Segurança do Doente	1
Enfermeiros CSP	1
Técnico Superior de Serviço Social	2
Farmacêutico	1

#### 4.4.2 – Colheita de dados em *focus group*

A opção da técnica de *focus group*, distinta pela sua capacidade de recolher dados qualitativos de indivíduos com características comuns através de discussões em grupo, permitiu auscultar profissionais da prática clínica, segurança do doente e gestão hospitalar. Não se pretendia uma recolha de dados individuais para obter dados, mas sim a promoção da discussão, o debate e a troca de ideias em conjunto sobre a proposta de Modelo de Serviço de Urgência Amigo dos Mais Velhos apresentada, validando a adequação ao SU do HFF e a sua replicabilidade por outros hospitais do SNS. Desta forma, a utilização da técnica de *focus group* foi desafiante e à partida o método ideal.

No início de cada reunião com o grupo fez-se uma apresentação com os seguintes conteúdos (anexo 3):

- Contexto do tema com enquadramento de dados da literatura sobre o envelhecimento, a fragilidade associada à idade e o recurso aos serviços de urgência.
- Caracterização da população em estudo com a análise dos resultados dos dados quantitativos da população que recorre ao SU do HFF (amostra de 2 anos).
- Proposta do Modelo de Serviço de Urgência Amigo dos Mais Velhos descrito no capítulo anterior.

Seguiu-se o pedido de opinião numa perspetiva de identificação de “forças” ou “barreiras” ao modelo, na sua conceção e implementação, em cada uma das suas fases: a identificação dos idosos frágeis na triagem, a organização segundo a equipa multidisciplinar, a estrutura 4M’s, o espaço físico dedicado e por fim a articulação com outros serviços/encaminhamento de alta do SU. Às questões solicitadas, permitiu-se estender a discussão e captar outros *insights* nomeadamente a conjuntura dos serviços de urgência e da própria organização dos serviços de saúde, a cultura instituída no sistema de saúde, a forma como os serviços estão organizados e a possibilidade de replicabilidade do modelo noutros SU do SNS.

Foi criado um plano de entrevista semiestruturada e foram colocadas questões abertas o que permitiu alimentar a discussão do grupo. A moderação do *focus group* seguiu o guião com a estrutura abaixo:

- **Pertinência de um Modelo de Serviço de Urgência Amigo dos Mais Velhos**

Faz sentido existir uma abordagem diferente e pensada na fragilidade desta franja da população, no contexto atual dos SU?

Existe viabilidade no HFF?

O modelo apresentado é adequado ao HFF?

- **Implementação do Modelo Serviço de Urgência Amigo dos Mais Velhos**

Como é que são identificados os doentes com mais de 65 anos, frágeis?

A escala de fragilidade apresentada (baseada na mobilidade) no momento da triagem é exequível, útil e possível?

A equipa multidisciplinar independente e especializada nesta área é importante?

A estrutura de abordagem dos doentes segundo a metodologia 4M’s é adequada?

A infraestrutura física, o espaço próprio com características específicas adaptadas é possível?

- **A integração de cuidados e replicabilidade do modelo para o SNS**

Como é que se prevê a articulação em ULS, com os cuidados de saúde primários e outras entidades?

Qual a opinião na replicabilidade do modelo apresentado noutros SU do SNS?

Todas estas discussões permitiram encontrar uma resposta comum e chegar ao consenso da pertinência do Modelo de Serviço de Urgência Amigo dos Mais Velhos apresentado.

#### 4.4.3 – Análise de resultados do *focus group*

Antes de se iniciar a análise propriamente dita, foram transcritos integralmente os grupos focais previamente gravados. De seguida organizaram-se as respostas por temas, categorias e subcategorias. Por fim, procedeu-se à fase de análise e interpretação dos resultados recorrendo de forma sistemática à indução analítica. <sup>[35]</sup> Emergiram macro categorias, categorias e subcategorias seguindo a lógica dos temas (as macro categorias):

- Pertinência do modelo SU amigos dos mais velhos nas organizações do SNS
- População alvo do modelo SU amigos dos mais velhos
- A implementação do modelo SU amigos dos mais velhos - a equipa multidisciplinar, a estrutura 4M's, espaço físico
- A integração de cuidados e replicabilidade no SNS

Procurou-se compilar os extratos do texto associados, mantendo sempre o contexto original dos extratos, bem como as respetivas notas de campo. <sup>[35]</sup> Este método qualitativo de recolha e análise de dados envolveu um processo lógico de transição de análise de conteúdo das reuniões de *focus group* com o objetivo de identificar as características do Modelo de SU Amigo dos Mais velhos. <sup>[35]</sup> O processo foi desenvolvido manualmente, seguindo os pressupostos metodológicos.

## 5 – Resultados

### 5.1 – Fase I - Quantitativo

#### 5.1.1 – Caracterização demográfica

Da população em estudo 86.296 têm mais de 65 anos no total de admissões hospitalares (num total de 266.332) no período de 2 anos completos, o que representa 24% do total das admissões ao serviço de urgência.

Tabela 3 - Caracterização demográfica

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Género</b>		
<b>Feminino</b>	48.844	56,60%
<b>Masculino</b>	37.452	43,40%
<b>Faixas Etárias</b>		
<b>65 – 74</b>	32.973	38,20%
<b>75 – 84</b>	32 321	32,30%
<b>85 – 94</b>	19.151	19,10%
<b>≥ 95</b>	1.851	1,80%
<b>TOTAL</b>	<b>86.296</b>	<b>100%</b>

A distribuição por género é mais prevalente no feminino.

As faixas etárias mais prevalentes nas admissões urgentes são as dos 65 - 74 anos e 75-84 anos, com 38.2% e 32,3% respetivamente, da amostra total.

### 5.1.2 – Caracterização por quadro de sintomas referidos no momento de admissão à urgência da população em estudo

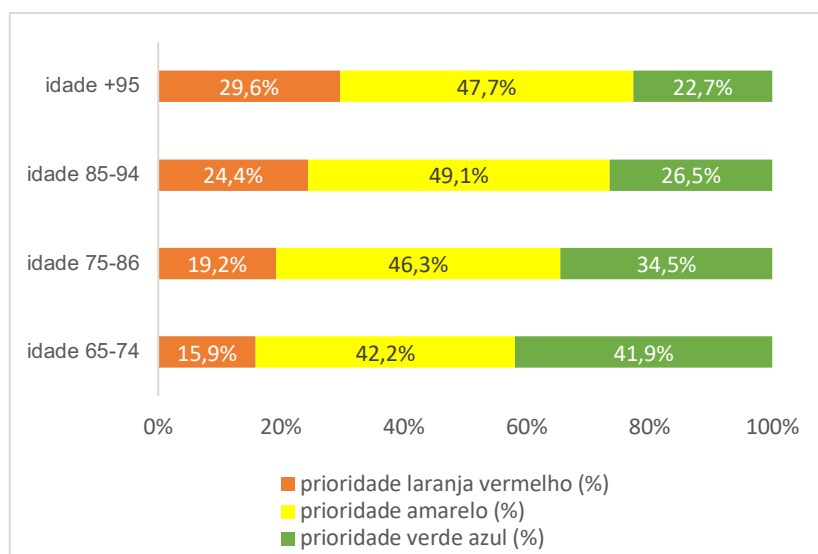
Tabela 4 - motivos de admissão à urgência por quadro de sintomas registados no momento de triagem

	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% de doentes que ficam internados</b>
Dispneia	11.640	13,90%	43,53%
Indisposição no adulto	11.303	13,50%	30,59%
Problemas nos membros	10.153	12,12%	15,81%
Dor abdominal	5.664	6,76%	23,75%
Dor torácica	5.143	6,14%	20,18%
Problemas oftalmológicos	4.161	4,97%	1,20%
Problemas urinários	3.820	4,56%	14,37%
Dor lombar	3.483	4,16%	5,74%
Trauma crânio-encefálico	2.942	3,51%	8,80%
Estado de inconsciência / síncope	2.933	3,50%	19,47%

Na tabela 3 estão identificados os quadros de sintomas referidos no momento de admissão à urgência, registados nos fluxogramas da triagem. Dos 43 possíveis identificados na triagem de Manchéster (consoante a queixa apresentada à admissão), estes são os 10 tipos de queixas mais frequentes identificados, a sua correspondência em percentagem e os mais frequentes que resultam em internamento. Destacam-se as queixas, tal como a dispneia (n= 11.640 – 13,9%) e a indisposição no adulto (n=11.303 – 13,5%), ou seja, queixas cuja natureza tem como causa subjacente a patologia médica e não traumática, sendo também estes os maiores motivos de internamento representando 43,53% e 30,59% respetivamente.

### 5.1.3 – Caracterização por prioridade segundo Triagem de Manchester da população em estudo

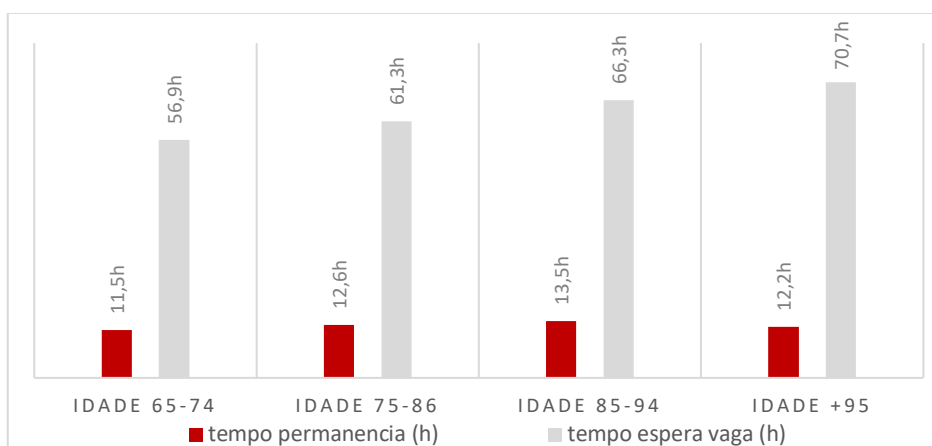
Gráfico 1 - Triagem de Manchester por faixa etária



O gráfico 4 descreve a distribuição por cores de prioridade por faixa etária. A prioridade de maior prevalência dos doentes com mais de 65 anos é a de cor amarela (sempre com valores entre os 42,2% e os 49,1%), ou seja, prioridade considerada “urgente”. Na distribuição da faixa etária por prioridades de admissão segundo a Triagem de Manchester observa-se que a gravidade acompanha a idade, a percentagem de acima dos 85 anos com prioridade de cor “laranja” (muito urgente) aumenta dos 15,9% e 19,2% passa para 24,4% e 29,6%, o que pressupõe, segundo os critérios da triagem de Manchester maior risco de vida ou de perda de órgão.

### 5.1.4 – Caracterização por tempos de permanência no SU

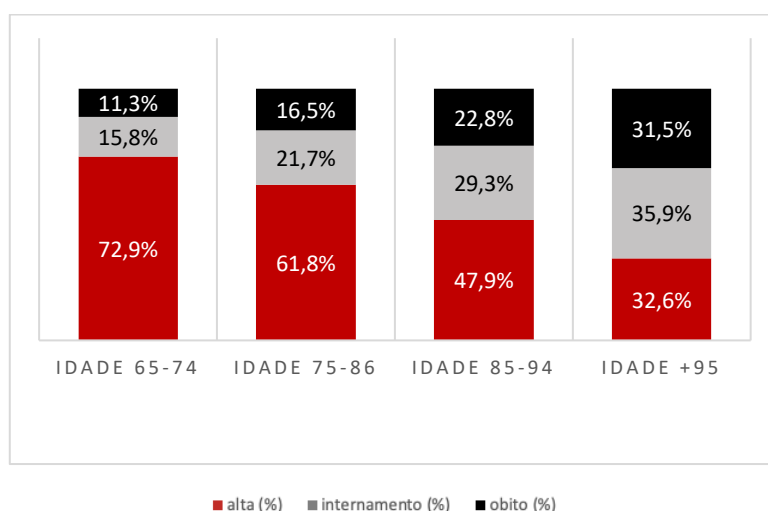
Gráfico 2 - Tempo de permanência para resolução de episódio de urgência;  
Tempo de espera de vaga para internamento



Nos resultados relacionados com tempos de espera, analisou-se o tempo de permanência no SU até resolução da causa aguda que cessa com o fim de episódio de urgência (o tempo necessário para resolução do motivo de ida à urgência) e o tempo de espera de vaga de internamento, ou seja, o motivo de admissão à urgência foi identificado e resolvido, mas carece de continuação de cuidados noutra área do hospital (serviço de internamento) que ainda não está disponível, permanecendo o doente na urgência a aguardar vaga. A resolução do motivo de ida à urgência ronda as 11,5h e as 12,2h e é estável ao longo das faixas etárias. Já o tempo de espera de vaga aumenta ao longo das faixas etárias. O número de horas de espera de vaga está acima das 56 horas a partir dos 65 anos, aumentando para 70,7 horas nas idades acima dos 95 anos.

### 5.1.5 – Caracterização por destino após fim de episódio de urgência da população em estudo

Gráfico 3 - Caracterização por destino após fim de episódio de urgência da população em estudo



O gráfico 4 apresenta o destino dos doentes no fim do episódio de urgência. Verifica-se que a percentagem de doentes com alta diminui ao longo das faixas etárias, de 72,9% para 32,6%, ao passo que o internamento e a mortalidade aumentam.

Nas faixas etárias mais baixas 15,8% a 21,7% ficam internados, aumentando para 29,3% e 35,9% nas faixas etárias a acima dos 85 anos.

Destaca-se uma elevada a percentagem de óbitos a partir dos 95 anos (31,5%). Tanto a percentagem de internamentos como a de óbitos, aumentam ao longo das faixas etárias, verificando-se 35,9% e 31,5% de internamento e óbitos acima dos 95 anos, o que sugere que apenas 1 em cada 3 doentes acima dos 95 anos tem alta do hospital.

## 5.2 – Fase II - Qualitativo

### 5.2.1 - Enquadramento do Modelo Serviço de Urgência Amigo dos Mais Velhos (SUA+V)

Tabela 5 - Pertinência do modelo SU Amigos dos Mais Velhos nas organizações do SNS

<b>Categoria</b>	<b>Sub categoria</b>	<b>Exemplos de extratos</b>
<b>Necessidade</b>	População com necessidades particulares de resposta de cuidados de saúde - contexto de fragilidade associado ao envelhecimento, às doenças crónicas - e à forma como os serviços de saúde estão pouco organizados à especificidade destes cuidados e à grande utilização de serviços de urgência	<p><i>DB - “Este modelo é o contrário de idadismo, é para proteção dos idosos”</i></p> <p><i>PE – “A segmentação do público-alvo, permite identificar e compreender a procura e necessidade de cuidados”</i></p> <p><i>AC – “É uma população com necessidades”</i></p> <p><i>AC – “São doentes que necessitam de cuidados específicos, diferente de um adulto de 40 anos”</i></p> <p><i>SE – “faz sentido para a população que recorre à urgência” “Há nitidamente um aumento da população idosa”</i></p> <p><i>PE - “Não assumimos a geriatria” (...) “O tecido social está muito doente e muitas situações vêm parar à urgência.”</i></p> <p><i>AC – “Há falta de investimento na prevenção” (...) “Os cuidados de saúde são reativos e não proactivos”</i></p> <p><i>PE - “O sistema de saúde está focado na doença aguda, mas as necessidades não são essas (na realidade há muitos doentes crónicos)”</i></p>
<b>Oportunidade</b>	Oportunidade de resposta em determinado ponto de contacto dos mais velhos com o sistema de saúde com resposta adequada por profissionais especializados na área	<p><i>J – “O modelo é uma oportunidade”</i></p> <p><i>PE – “Não assumimos a geriatria, não é o tema do dia “</i></p> <p><i>AC – “O sistema de saúde tem o foco na organização para a doença aguda”</i></p> <p><i>PE – “É uma oportunidade de diminuição de dias de internamento”</i></p> <p><i>AC – “O financiamento em saúde é feito com base na doença, com número de cirurgias, consultas, etc.”</i></p> <p><i>CJ - “Não se pensa a montante”</i></p> <p><i>SG – “Existe sobrecarga de doentes acumulados na Urgência”</i></p>

Dos participantes, chegou-se a uma discussão construtiva com novos insights, cujo objetivo era recolher dados, opiniões e interações centradas no tema "Modelo de Urgência Amigo dos Mais Velhos". Da análise dos resultados obtidos, todos os participantes referiram o envelhecimento da população como um facto evidente e um tema sobre o qual é fundamental refletir: *"os serviços de urgência têm sobrelotação de idosos a aguardar vaga de internamento"* (CJ) *"os serviços de internamento têm doentes com idades acima dos 80 anos"* (SM) o que corresponde aos dados evidenciados pelo INE e verifica-se nos dados analisados da população que recorre ao SU do HFF, representando ¼ do peso no serviço de urgência. <sup>[4]</sup>

Os peritos da área da gestão referem a forma como a Saúde está organizada refletindo sobre o tema, em particular sobre a missão dos SU <sup>[10]</sup>: *"só estamos focados na doença aguda e não na doença crónica"* (HM) Referem ainda preocupações sobre como *"o financiamento em saúde é feito, baseado na doença, no número de cirurgias, consultas, etc."* (AC). Por estas razões destaca-se o elevado nível de concordância dos peritos em relação ao modelo em capítulos anteriores, sendo esta uma ideia pertinente e apresentada como *"é uma ideia com valor"* (PB).

A conceptualização do Modelo é uma força por si só: *"não é um serviço para velhos, é centrar nas pessoas, num determinado ponto de contacto com o sistema e dar-lhe a resposta adequada por pessoas que sabem o que estão a fazer"* (PE)

Foi referido o facto de inexistência de estudos de impacto de sustentabilidade económica como pouco importante face ao impacto na população *"faz todo o sentido"* (PE), *"é uma ideia de grande valor em saúde"*, principalmente para os mais frágeis:

## 5.2.2 – A quem? - Identificação dos doentes

Tabela 6 - População alvo do Modelo SU Amigos dos Mais Velhos

<b>Categoria</b>	<b>Sub categoria</b>	<b>Exemplos de extratos</b>
<b>Idade</b>	O critério idade seleciona o grupo da população, mas por si só não é suficiente	<p>SG – “Identificar doentes na admissão hospitalar (triagem)”</p> <p>HM – “Para definir o que é idoso não basta escolher um limite de idade, como os 65 anos.”</p> <p>HM - Há alguns doentes, mesmo que mais novos, que são doentes crónicos complexos e que se calhar mereciam entrar neste modelo.”</p> <p>HM - Também devemos considerar os doentes hiper frequentadores.</p> <p>MC – “A triagem proposta é simples de aplicar.”</p>
<b>Fragilidade</b>	Uma escala de avaliação de fragilidade, simples de e fácil de aplicar na triagem, o momento certo de admissão ao SU	<p>CJ – “O encaminhamento segundo critérios de vulnerabilidade é simples”</p> <p>HM – “encaminhamento dentro de critérios de vulnerabilidade”</p> <p>MC – “Quando um doente fica na urgência 2 ou 3 dias, continuam a chegar outros doentes, e não conseguimos garantir os cuidados que aquele doente precisa”</p> <p>MC – “Os circuitos diferentes - permitem mais atenção ao doente frágil”</p> <p>AM – “Os idosos são um grupo frágil que precisa de cuidados específicos”</p>

Foi apresentada uma escala de avaliação de fragilidade <sup>[27]</sup> a qual foi facilmente compreendida e entendida como facilitadora na identificação dos doentes frágeis permitindo assim separação de circuitos e encaminhamento dos doentes com mais de 65 anos e frágeis para uma área dedicada. “A triagem proposta é simples de aplicar.” (SG) “Identificar doentes na admissão hospitalar (triagem) com esta escala de fragilidade (simples e objetiva) permite o encaminhamento dentro de critérios de vulnerabilidade. Para definir o que é idoso não basta escolher um limite de idade, como os 65 anos.” (CJ)

### 5.2.3 – Por quem? - A equipa multidisciplinar dedicada

Tabela 7 - Profissionais do Modelo SU Amigos dos Mais Velhos

<b>Categoria</b>	<b>Sub categoria</b>	<b>Exemplos de extratos</b>
<b>Importância da equipa</b>	As equipas dedicadas permitem maior convergência e adequação de cuidados	<p><i>DB – “Perceção dos profissionais, ou seja, ter noção dos utilizadores que ficam”</i></p> <p><i>PB – “As equipas dedicadas têm mais sensibilidade, mais preparação”</i></p> <p><i>DB – “As equipas dedicadas permitem alteração de hábitos e adequação de cuidados”</i></p> <p><i>HM – “A colaboração entre pares tem funcionado melhor.”</i></p> <p><i>HM – “É fundamental arranjar convergência dentro das várias categorias profissionais.</i></p> <p><i>CJ – “A equipa multidisciplinar é uma barreira na forma atual”</i></p>
<b>Multidisciplinaridade</b>	As equipas multidisciplinares aumentam a eficiência de prestação de cuidados num serviço de urgência	<p><i>DM – “A equipa multidisciplinar inclui saúde mental, serviço social e nutricionista”</i></p> <p><i>AC – “Isto é fundamentalmente trabalho de enfermagem.”</i></p> <p><i>AR – “Não está bem definido quem é o gestor de caso, e qual o seu papel.”</i></p> <p><i>DB – ““o foco nas necessidades, identificar o doente, colocar os doentes no local certo, com os profissionais certos, numa lógica de equipa multidisciplinar”</i></p>
<b>Expectativa das equipas</b>	A motivação e o alinhamento das expectativas dos profissionais são fundamentais	<p><i>PB – “A expectativas dos profissionais nos serviços de urgência não é trabalhar com idosos/ crónicos”</i></p> <p><i>PB – “Os profissionais têm pouco interesse na área o que os deixa frustrados “</i></p> <p><i>DB – “O doente frágil e cheio de comorbilidades é desinteressante para os profissionais de saúde”</i></p> <p><i>DB – “Perceção dos profissionais, ou seja, ter noção dos utilizadores que ficam”</i></p> <p><i>DB – “A motivação tem alinhamento com as expectativas dos profissionais”</i></p>

A literatura refere a importância do trabalho multidisciplinar evidenciando o seu impacto na eficiência de um Serviço de Urgência Amigo dos Mais Velhos.<sup>[36,37]</sup> Este foi um ponto importante na discussão do *focus group*: “o foco nas necessidades, identificar o doente, colocar os doentes no local certo, com os profissionais certos, numa lógica de equipa multidisciplinar” (DB)

Mas se a existência de “uma equipa dedicada com perceção dos profissionais (ter noção dos utilizadores)” (HM) “com mais sensibilidade, mais preparação alteração e hábitos e adequação de cuidados” (SM), uma funciona como força, a postura de “isto é fundamentalmente trabalho de enfermagem” (AC) pode levantar algumas barreiras. Como é referido “o pensamento dos profissionais tem de mudar” (CJ) e “a postura de paternalismo, o pensamento instituído nos profissionais” tem de ser repensado. A questão passa pelas “expectativas dos profissionais nos serviços de urgência que não é trabalhar com idosos/crónicos” (DB). Os “profissionais com pouco interesse na área ficam frustrados” (PB) É imperativo “arranjar convergência dentro das várias categorias profissionais.” (HM), trabalhar “a motivação dos profissionais e o alinhamento com as expectativas” (DB) “O doente frágil e cheio de comorbilidades é desinteressante para os profissionais de saúde, achamos que sabemos o que os doentes querem, temos uma postura de paternalismo” (DB). “A especificidade e a motivação da equipa são essenciais. O mindset tem de ser diferente, hoje o foco está no médico, mas a equipa tem de ser vista na sua perspetiva de multidisciplinaridade (cada um na sua função) com participação do doente.

### 5.3.4 – Como? - A estrutura 4M's

Tabela 8 - A implementação do modelo SU Amigos dos Mais Velhos - Estrutura 4M's

<b>Categoria</b>	<b>Sub categoria</b>	<b>Exemplos de extratos</b>
<b>What Matter's</b>	O que é realmente importante para cada pessoa, respeitando a sua vontade	<p>DB - "Este modelo é o contrário de idadismo, é para proteção dos idosos"</p> <p>DB – "Pensamento dos profissionais tem que mudar A postura de paternalismo é um pensamento instituído nos profissionais"</p> <p>DB – "Ouvir o doente é essencial, não é o hábito, não está culturalmente instituído, o que requer treino e pensamento."</p> <p>DB – "Se me chamassem "minha querida" ... o cuidador tem de se basear no respeito"</p> <p>CJ – "Há despersonalização de cuidados"</p> <p>AC – "Existem já projetos de humanização e dignificação dos cuidados na urgência HFF."</p> <p>AM – "É importante criar condições para a família estar mais tempo perto do doente no hospital"</p>
<b>Mentation</b>	Capacidade cognitiva, estados de delirium/ confusão mental	<p>AM – "Há muitas quedas e os doentes ficam facilmente desorientados"</p> <p>SG - "Doentes "amarrados às macas pelo risco de queda... com confusão mental e agitação psico-motora"</p>
<b>Mobility</b>	Mobilidade, inatividade e risco de queda	<p>AM – "são medidas simples protetoras dos mais frágeis"</p> <p>S – "Acaba numa maca durante vários dias, e o serviço não tem capacidade para garantir os cuidados necessários, surgindo complicações."</p>
<b>Medication</b>	Importância da reconciliação terapêutica em doentes polimedicados	<p>SG – "Quando trabalhei em internamento tinha tempo para fazer ensino a familiares, no serviço de urgência não tenho tempo para fazer isso"</p> <p>AM – "Muito positivo ver farmacêuticos incluídos na equipa, permite promover a reconciliação terapêutica"</p>

Sobre a estrutura 4M's abordou-se o que realmente importa para os doentes (*whatt matter's*), a mobilidade, a medicação e o estado mental, capacidade cognitiva ou estados de demência (*mentation*). A capacidade de ouvir os doentes, escutar a sua vontade independentemente daquela que os profissionais consideram ser a melhor prática à luz dos melhores resultados científicos e a capacidade de respeitar essa vontade, foi um tema pertinente, já que culturalmente existe uma postura de paternalismo, tal como refere um dos peritos: "o pensamento dos profissionais tem que mudar a postura de paternalismo é um pensamento instituído nos profissionais" (DB)

Por outro lado, e apesar de ter sido referido que já existem projetos de humanização e dignificação dos cuidados na urgência HFF” os mais velhos têm medo de recorrer à urgência. Como referido “Os idosos dizem: por favor não nos enviem para a urgência, vou morrer. Sentem que vão ficar privados de tudo, familiares, auxiliares de marcha. (AR) o que evidencia uma força para o modelo apresentado.

Sobre a medicação os peritos referem “Nem sempre o idoso está acompanhado da pessoa que cuida dele, e que sabe quais são os medicamentos que ele realmente usa. Isso pode prejudicar o doente.” (LS) “fiquei muito feliz de ver a reconciliação medicamentosa neste plano.” (LS) Ora, se por um lado é identificado o aspeto da reconciliação terapêutica como um fator de extrema importância no idoso [13,15,36] a presença de familiares que compreendam e articulem essa informação também o é. Assim, reforça-se a ideia na voz dos peritos “É importante criar condições para a família estar mais tempo perto do doente no hospital.” (AC)

#### 5.2.4 – Onde? – Espaço próprio com infraestrutura física adaptada

Tabela 9 - A implementação do modelo SU Amigos dos Mais Velhos - Espaço físico

<b>Categoria</b>	<b>Sub categoria</b>	<b>Exemplos de extratos</b>
<b>Com impacto para os doentes</b>	Espaço físico próprio que permite condições mais adaptadas à fragilidade dos mais velhos, com ambiente calmo que diminui o risco de confusão mental, diminui o risco de quedas e permite mais mobilidade	<p>SM – “Um espaço dedicado permite cuidados específicos de ciclo sono/vigília, adequação de cuidados a doentes frágeis, medidas simples de prestação de cuidados e oportunidade de cuidados (dos profissionais para os doentes).”</p> <p>CJ – “O espaço físico próprio e separado do geral permite um ambiente mais calmo adequado ao ciclo sono/vigília”</p> <p>S – “Acaba numa maca durante vários dias, e o serviço não tem capacidade para garantir os cuidados necessários, surgindo complicações.”</p> <p>SM – “Não há cuidado no barulho, na privacidade, na luz, não há visibilidade para fora das janelas (não se percebe se é noite se é dia)”</p>
<b>Com impacto para os familiares</b>	Espaço próprio que permite presença de familiares	<p>AM – “É importante criar condições para a família estar mais tempo perto do doente no hospital”</p> <p>AC – “Existem já projetos de humanização e dignificação dos cuidados na urgência HFF.”</p>
<b>Com impacto para os profissionais</b>	Espaço próprio que permite aos profissionais prestar cuidados com a atenção adequada aos idosos	<p>CJ – “Os circuitos diferentes mudam pensamento de abordagem ao doente”</p> <p>SM – “A estrutura física não está preparada”</p>

Sobre a infraestrutura física dedicada, com as particularidades descritas no capítulo 3 do presente trabalho foram apontados os seguintes aspectos como o espaço físico próprio que permite condições mais adaptadas à fragilidade dos mais velhos, com ambiente calmo que permite adaptar padrões de sono e vigília, que diminui o risco de confusão mental diminui risco de quedas e permite mais mobilidade e conseqüentemente mais atividade - *“O espaço físico próprio e separado do geral, permite um ambiente mais calmo adequado ao ciclo sono/vigília”* (SM)

Espaço próprio que permite aos profissionais prestar cuidados com a atenção adequada aos idosos - *“Os circuitos diferentes mudam o pensamento de abordagem ao doente”* (CJ). O espaço dedicado que permite presença de familiares - *“Seria muito bom existir esse espaço próprio”*. (MC)

Como barreiras foram identificadas as dificuldades atuais: *“Seria bom haver capacidade para os doentes saírem rapidamente da urgência. Haveria menos complicações como desidratação, desorientação, pneumonia, infecção urinária.”* (CJ), *“Acabam numa maca durante vários dias, e o serviço não tem capacidade para garantir os cuidados necessários, surgindo complicações.”* (MC) *“As urgências estão sobrelotadas, os episódios de urgência que podiam ser resolvidos em poucas horas, acabam por permanecer, acumular complicações, e no final passa a haver necessidade de internamento.”* (SM)

*“Existe uma sobrecarga de doentes acumulados na urgência. Quando um doente fica na urgência 2 ou 3 dias, continuam a chegar outros doentes, e não conseguimos garantir os cuidados que aquele doente precisa”* (MC) *“Há falta de investimento na prevenção. Há falta de prevenção para evitar episódios de internamento.”* (AC).

## 5.2.5 - Integração de cuidados e replicabilidade noutros hospitais do SNS

Tabela 10 - A implementação do modelo SU Amigos dos Mais Velhos - Integração de cuidados e replicabilidade no SNS

<b>Categoria</b>	<b>Sub categoria</b>	<b>Exemplos de extratos</b>
<b>Articulação em ULS</b>	Identificados sinais positivos de possibilidade de maior articulação de cuidados pela perspetiva de ULS	<p>AC - “O facto de sermos uma ULS pode ajudar.”</p> <p>PB – “Permite referência direta para outros encaminhamentos do hospital, por exemplo Hospitais de Dia ou Hospitalização Domiciliária”</p> <p>J – “É fundamental considerar a parte funcional e a situação social do doente.”</p> <p>AC – “Há doentes com várias vindas à urgência, em que o problema a resolver não é a doença aguda”</p> <p>J – “As respostas da comunidade são insuficientes face às necessidades existentes”</p> <p>PE – “Há falta de integração de cuidados (na prática) entre os vários atores”</p> <p>AM – “A inexistência de um plano de comunicação e articulação com a comunidade”</p>
<b>Articulação com CSP</b>	Dificuldades na articulação com os cuidados de saúde primários relacionadas com sistemas de informação e comunicação	<p>AR - “Gostava de ter maior proximidade à urgência.”</p> <p>DT – “O alerta de doentes existente entre sistemas acontece de forma desintegrada”</p> <p>DT – “A falta de interoperabilidade de sistemas é uma barreira crucial no encaminhamento e articulação com os centros de saúde”</p> <p>AR – “O CSP muitas vezes envia situações à urgência porque não há outra instituição que nos dê apoio”.</p> <p>AR – “Eu sinto enorme dificuldade em contactar a urgência.” “Porque é que algumas situações não são resolvidas sem necessitar de recorrer ao serviço de urgência”.</p> <p>DB – “É muito importante ter um gestor de caso, uma pessoa próxima da comunidade, que conheça os aspetos sociais.”</p> <p>AG – “Falta de prevenção para evitar episódios de internamento.” CJ - “Não se pensa a montante”</p>
<b>Mudança</b>	Dificuldades associadas à mudança intrínseca do ser humano e da forma como os cuidados de saúde estão organizados no SNS	<p>PE - “Quando se consegue mudar nós pensamos, afinal não foi assim tão difícil.”</p> <p>AC – “A mudança é sempre difícil.”</p> <p>DB – “Difícil a curto prazo, mas o caminho faz-se caminhando”.</p> <p>PB - “O plano de comunicação é visto como um projeto de qualidade” (positivo para doente, hospital e comunidade)”</p>

		<p>MC – “As Urgências estão sobrelotadas, seria muito difícil implementar.”</p> <p>AM – “A inexistência de um plano de comunicação e articulação com a comunidade tem impacto na mudança”</p>
--	--	---

Quanto à integração e replicabilidade do modelo em estudo foram identificadas duas perspectivas interessantes. Se por um lado, na articulação com os cuidados de saúde primários se sentem grandes dificuldades: “*Eu sinto enorme dificuldade em contactar a urgência. Existe falta de integração de cuidados (na prática) entre os vários atores e os cuidados de saúde são reativos e não proativos*” (AR). “*Os sistemas de informação, processo clínico dos doentes não comunicam entre si.*” (DT) “*Os doentes ficam perdidos no sistema. Não há interoperabilidade*” (DT) “*Porque é que algumas situações não são resolvidas sem necessitar de recorrer ao serviço de urgência. Às vezes um simples telefonema e eu resolvia um problema, e evita que o doente fique 2 ou 3 horas à espera na urgência.*” (AR) “*Gostava de ter maior proximidade à urgência.*” (AR) “*Não existe um plano de comunicação e articulação com a comunidade*” (CJ). Por outro lado, a perspectiva de ULS é vista como um sinal positivo de possibilidade de maior articulação de cuidados “*o facto de sermos uma Unidade Local de Saúde pode ajudar*” (SG).

Considera-se, no entanto, que medidas de reorganização diferentes são difíceis de implementar pela quantidade de barreiras existentes na organização dos serviços de urgência “*Não assumimos a geriatria*” (AG) “*não é o tema do dia*” (PE) “*o foco está na doença aguda*” “*não se investe na prevenção*” (AC), “*não se pensa a montante*” (PE). Verifica-se a nível social “*pela quantidade de doentes que recorrem à urgência por questões sociais*” (AG) e “*há doentes com várias vindas à urgência, em que o problema a resolver não é a doença aguda.*” (AR) e pela própria resistência à mudança do ser humano “*Fico agradada. Mas estou apreensiva porque há muita coisa a fazer a jusante de tudo isto, para ter resultados satisfatórios. Difícil a curto prazo, mas o caminho faz-se caminhando. Existem muitas lacunas, fragilidades.*” (AG)

Uma perspectiva importante a referir é que, se por um lado “*A ideia é muito boa, mas vai ser difícil convencer os superiores que isso é algo que vai trazer benefício real para o serviço.*” (LS) No entanto, “*A oportunidade de diminuição de dias de internamento*” (PE) na perspectiva de opinião de peritos confirmada pela literatura pode ser uma realidade a ponderar <sup>[13,15]</sup>. Foi reforçado que um “*plano de comunicação - como um projeto de qualidade, positivo para doente, hospital e comunidade é extremamente importante. E quando se consegue mudar nós pensamos, afinal não foi assim tão difícil.*”



## 6 – Discussão

Os serviços de urgência são frequentemente o ponto de entrada no sistema de saúde e costumam estar sobrecarregados. Nos idosos, que são vulneráveis e frequentemente apresentam múltiplas patologias, há uma maior permanência nos serviços de urgência, o que aumenta a necessidade de internamento hospitalar e, conseqüentemente, os custos para o sistema. Devido às suas características específicas, como a intensidade e frequência de emoções fortes, o contacto constante com situações de emergência e morte, e a alta rotatividade de profissionais, a sobrelotação de doentes e familiares induz à despersonalização e desumanização dos cuidados. Este contexto pode provocar desconforto, insegurança e confusão nos idosos, agravando o seu estado físico e mental já fragilizado pela condição clínica, e levando à ocorrência de eventos adversos como quedas, desorientação, agravamento de infeções, eventos cardiovasculares e aumento da mortalidade. [2,3,6]

Tendo por base esta reflexão, procurou-se aprofundar um estudo cujo objetivo foi apresentar um modelo de serviço de urgência adequado à população com mais de 65 anos com grau de fragilidade.

Os estudos analisados destacam desafios dos SU ao cuidar de idosos frágeis: a dificuldade em identificar objetivamente a fragilidade pela ausência de uma definição universalmente aceite, a necessidade de cuidar dos idosos frágeis considerando a sua condição geral invés de focar unicamente na razão imediata da sua visita e a escassez de orientações clínicas específicas para o atendimento a idosos frágeis nestes ambientes.<sup>[15]</sup> No seguimento desta reflexão torna-se importante repensar em organização de serviços de urgência que sejam mais adequados e mais acolhedores<sup>[38]</sup>. Os SU, na forma como estão concebidos têm riscos aumentados de efeitos negativos em eventos adversos que levam à desorientação espaço-temporal, aumento de risco de quedas, desequilíbrios iónicos, complicações associadas a perda de mobilidade, etc, com impactos significativos em pessoas mais velhas e com grau de fragilidade. Uma abordagem mais integrada e uma boa relação entre os doentes e a equipa multidisciplinar e a presença de um familiar ou pessoa significativa que possa oferecer apoio emocional ao idoso durante a sua estadia no SU são aspetos importantes a considerar. [38]

O presente trabalho de campo, de metodologia mista permitiu conhecer a população e a opinião de peritos sobre os cuidados de saúde prestados a esta faixa específica da população em contexto de urgência. Isso contribuiu para uma discussão construtiva,

trazendo novos insights sobre a pertinência e a implementação prática de um modelo de serviço de urgência pensado para responder adequadamente às necessidades de cuidados das pessoas com mais de 65 anos frágeis, assim como para refletir sobre a replicação deste modelo noutros serviços de urgência do SNS. O objetivo era recolher dados e opiniões centradas no tema "Modelo de Urgência Amigo dos Mais Velhos".

#### - Pertinência do modelo SU amigos dos mais velhos nas organizações do SNS

As pessoas mais velhas e com maior grau de fragilidade têm um maior risco de incapacidade e que requerem uma atenção mais específica em comparação a outros grupos. São vários os autores a salientar que o verdadeiro cuidado surge do reconhecimento da fragilidade do doente, que demonstra a necessidade de cuidados e a sua capacidade de contribuir para esse processo. <sup>[8]</sup> Além do envelhecimento, foram apontadas preocupações às comorbilidades o que representa desafios significativos exigindo uma abordagem adaptada às necessidades dos doentes. <sup>[18,21]</sup>

Foi apresentado um modelo de serviço de urgência a pensar na identificação dos doentes com mais de 65 anos e grau de fragilidade, na equipa dedicada, nas infraestruturas adequadas e numa estrutura de abordagem pensada em questões centrais em que se devem orientar os cuidados e a tomada de decisão centrada no bem-estar e nos pontos fortes dos idosos, em vez da doença. <sup>[1]</sup>

Analisou-se a população que recorre ao SU do HFF e dos resultados, verificou-se que ¼ dos doentes que recorrem ao SU têm mais de 65 anos. Os peritos do *focus group* destacaram o envelhecimento da população e a sobrelotação dos serviços de urgência por idosos como um problema crescente e o modelo apresentado não foi considerado apenas como bem aceite, mas sim bastante pertinente. Mencionaram questões de sobrelotação, espaços pouco adaptados tornando o serviço de urgência hostil para os doentes, equipas não focadas na geriatria e criticaram a falta de foco em doenças crónicas e a dificuldade de articulação com respostas sociais, sublinhando a necessidade de um modelo de urgência centrado nas pessoas e não apenas na idade.

#### - População alvo do modelo SU amigos dos mais velhos

Tal como em estudos anteriores foram descritos bons resultados após a implementação de novas estratégias de abordagem a idosos em serviços de urgência <sup>[13,27,39,40]</sup> a conceptualização do modelo apresentado foi bem recebida, com ênfase no doente no centro do sistema, compreendendo as necessidades subjacentes à fragilidade,

facilitando o encaminhamento adequado. A importância de uma triagem adequada para identificar os doentes frágeis foi sublinhada, sendo a escala de fragilidade apresentada e a sua aplicação no momento da triagem considerada simples e adequada.<sup>[27]</sup>

#### - A implementação do modelo SU amigos dos mais velhos – a equipa multidisciplinar, a estrutura 4M's, espaço físico

Foram explorados os pontos chave como a motivação dos profissionais, o desenvolvimento de equipas alinhadas com um modelo centrado na pessoa e adaptado às suas necessidades específicas, incluindo a avaliação de fragilidade e a criação de equipas multidisciplinares dedicadas, com estratégia segundo uma estrutura padronizada em quatro pilares (os 4M's) e um espaço físico dedicado, o que foi aceite como forças do modelo.<sup>[1]</sup> Os resultados alinham-se com os estudos consultados, nomeadamente com o relato da experiência da implementação de um programa de hospital amigo do idoso no Brasil.<sup>[25]</sup> Neste destacam-se as estratégias de sensibilização dos profissionais como resultado de boas práticas com impacto no grau de satisfação dos doentes promovendo compromisso e aumento de motivação das equipas com implementação de estratégias e medidas preventivas para eventos adversos. A perda de referências pessoais pela necessidade de cumprir normas de serviço, é menos significativa para adultos jovens, mas pode ter um impacto considerável nos mais velhos, especialmente quando estão em estado de fragilidade. O próprio ambiente foi melhorado com adaptações de organização de medidas simples de arquitetura promovendo um ambiente apropriado aos mais velhos.<sup>[25]</sup>

#### - A integração de cuidados e replicabilidade no SNS

A literatura também aborda a questão do envelhecimento da população e a sobrecarga dos nossos serviços de urgência, pelo menos em parte porque estes sistemas não estão adequadamente concebidos para satisfazer as necessidades complexas dos idosos.<sup>[6,18]</sup> Também neste ponto os peritos referiram que o atual modelo de saúde está focado na doença aguda e no financiamento baseado em episódios de doença, o que não é adequado para uma gestão eficaz da saúde dos idosos. Estes dados são bastante evidentes quando analisadas as queixas principais de admissão à urgência, apresentadas no quadro de sintomas da triagem de Manchester. A maior prevalência são queixas de forma médica associado aos sistemas cardiovascular e respiratório.

Neste sentido, os peritos destacam uma série de preocupações e desafios na gestão dos serviços de urgência para uma população envelhecida e com doenças crónicas.

A sobrelotação dos SU foi um tema bastante discutido. Sobre este ponto verifica-se que os dados analisados no gráfico 3, a média de horas de atendimento no SU ronda as 12h, mas o tempo de espera de vaga para internamento ultrapassa as 56 horas e é em crescendo com a idade. Verifica-se que 30% dos doentes na faixa etária do 85-95 anos e 36% dos >95 anos ficam internados, o que nos leva a pensar que 3 em cada 10 que recorrem à urgência ficam internados. Assim, tendo presente que o tempo de espera tem impacto nos resultados em saúde dos mais velhos pela sua fragilidade associada<sup>[34,41]</sup>, repensar em estratégias de acesso a internamento precoce para os mais frágeis e mais velhos pode ser um tema alvo de reflexão para reduzir tempo de permanência no SU. Algumas ideias a explorar são a articulação com hospitalização domiciliária em doentes integrados na rede de cuidados continuados, ou pensar em bypass ao serviço de urgência e criar circuitos diretos de acesso a internamento nos doentes que objetivamente têm necessidade de internamento hospitalar.

A falta de prevenção e a dificuldade de articulação com cuidados de saúde primários foram identificadas como dificuldades significativas. Foi identificada a necessidade urgente de um modelo que não só trate doenças agudas, mas também gira condições crónicas e fragilidade, o que é fundamental para melhorar a qualidade de vida dos mais velhos e reduzir complicações que levam a hospitalizações prolongadas e situações sociais difíceis de gerir. Equipas de acompanhamento de doentes com doenças crónicas, bem articuladas com a comunidade com um sistema mais integrado e focado na pessoa pode diminuir a sobrecarga nos serviços de urgência e melhorar os resultados e o grau de satisfação dos doentes.

A inexistência de estudos sobre sustentabilidade económica foi vista como menos relevante face ao impacto positivo na população. Dos estudos analisados não se encontrou uma análise detalhada do impacto económico da implementação do novo modelo proposto, nem uma avaliação quantitativa da satisfação dos doentes ou da eficácia do modelo em diferentes contextos geográficos. No entanto, nos dados qualitativos, mencionados pelos peritos, foi referido que o resultado do próprio modelo com a implementação e perspetiva de melhoria de boas práticas, aumento da satisfação dos doentes e familiares, bem como perspetiva de diminuição de dias de internamento e com impacto na demora média hospitalar e manutenção de doentes com doença crónica estável evitando agudizações e internamentos evitáveis. <sup>[14,16]</sup> Estes pontos têm fortes perspetivas de ser fatores preponderantes na diminuição da despesa e

consequente impacto económico, sendo o resultado do modelo em si mesmo o maior valor de sustentabilidade.

A integração de cuidados e a criação de um gestor de caso são elementos importantes para melhorar a articulação e a eficiência dos cuidados. Foram enumeradas várias sugestões que enriquecem o modelo de serviço de urgência e promovem a integração dos cuidados, bem como a sua replicabilidade em diferentes contextos. Assim, salientam-se as entrevistas e inquéritos aos doentes e às suas famílias para avaliar a satisfação e a eficácia do novo modelo, proporcionando dados qualitativos que complementem os dados quantitativos existentes. Implementar programas de formação contínua para os profissionais de saúde, especialmente focados em geriatria, na gestão de doenças crónicas, na abordagem multidisciplinar e em formações para cuidadores informais ligados à comunidade. Aplicar o modelo em diferentes contextos geográficos e demográficos para verificar a sua eficácia e adaptabilidade a diferentes populações de idosos. Desenvolver e implementar sistemas de informação integrados que facilitem a comunicação entre os cuidados de saúde primários e os serviços de urgência, garantindo uma gestão mais eficiente dos doentes. Investir em programas de prevenção que reduzam a necessidade de internamentos e procura de serviços de urgência, alinhando-se com as práticas observadas noutros países. Implementar e validar a escala de fragilidade em contextos reais para identificar e gerir melhor os doentes com diferentes graus de fragilidade, garantindo que recebem os cuidados adequados de forma eficaz.

Apesar das barreiras o modelo proposto foi bem aceite e considerado como uma ideia valiosa e, acompanhado de um plano de comunicação baseado em resultados/grau de satisfação dos doentes e adaptação a novas práticas de organização, pode trazer benefícios efetivos para o SNS, para os doentes e para a comunidade.

#### - Limitações do trabalho

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas ao interpretar os resultados obtidos. Em primeiro lugar, a experiência limitada do investigador na condução de *focus groups* pode ter influenciado a qualidade das discussões, comprometendo a riqueza dos dados obtidos. Esta limitação metodológica pode ter resultado numa interpretação menos robusta das perspetivas dos participantes.

Outra limitação significativa foi a ausência de peritos com especialidade clínica (médicos e enfermeiros) nas áreas de urgência e geriatria. A falta de especialistas nestas áreas

pode ter levado a uma análise menos informada e abrangente das questões específicas. Esta carência de *input* especializado pode ter resultado numa compreensão incompleta ou enviesada das necessidades e desafios enfrentados pelos idosos.

A investigação focou-se apenas na análise de dados quantitativos dos doentes, sem avaliar as suas necessidades ou grau de satisfação através de entrevistas. Esta lacuna pode ter limitado a compreensão da experiência dos doentes e da eficácia do modelo proposto.

Em investigações futuras recomenda-se uma abordagem mais abrangente, como a aplicação do modelo em diversos contextos geográficos e a inclusão de entrevistas para avaliar as necessidades e a satisfação dos doentes, proporcionando uma visão mais completa e informada do impacto do modelo.

## 7 – Conclusão

O presente estudo proporcionou uma reflexão sobre a implementação de um modelo de urgência amigo dos mais velhos no Serviço de Urgência (SU) do Hospital Dr. Fernando Fonseca (HFF). Descrever as características de um modelo de urgência amigo dos mais velhos, foi o objetivo e toda a linha orientadora do trabalho desenvolvido para a população com mais de 65 anos com fragilidade, com equipas multidisciplinares dedicadas e alinhadas, seguindo práticas específicas de formação em geriatria num espaço físico com infraestrutura adequada para responder às necessidades específicas dos idosos.

A análise dos dados revelou que a população que recorre ao SU do HFF é significativamente envelhecida, com 24% das admissões compostas por indivíduos com mais de 65 anos. Este foi um dos dados que alimentaram os *focus groups* com peritos na área, onde foram debatidas a necessidade de um modelo adaptado para esta faixa etária, as estratégias de abordagem, as equipas e o espaço físico adequado para implementar eficazmente o Modelo de Urgência Amigo dos Mais Velhos no contexto do HFF.

Foi identificada a pertinência do modelo e a necessidade de cuidados específicos para os idosos. No entanto, os peritos também se levantaram dificuldades quanto à implementação principalmente a resistência à mudança e a cultura instituída nos serviços de saúde.

O modelo proposto foi desenvolvido especificamente para uma grande área metropolitana, limitando a sua aplicabilidade a outras regiões com diferentes características demográficas e sociais. Esta restrição geográfica impede a generalização dos resultados para contextos rurais ou de pequenas cidades, que podem ter dinâmicas e necessidades diferentes.

Conclui-se que a população que recorre ao serviço de urgência do HFF está envelhecida, o que confirma a pertinência de um modelo de urgência amigo dos mais velhos. Os profissionais de saúde reconhecem a importância e a necessidade deste modelo, mas salientam que a cultura institucional existente será a maior barreira para a sua implementação. Apesar destes desafios, é evidente que este modelo faz sentido e é essencial para melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos idosos, garantindo um atendimento mais humano e eficaz no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Os resultados do estudo sublinham a necessidade urgente de reformar o sistema de saúde para melhor atender a população envelhecida. A implementação de um modelo centrado na pessoa, com equipas multidisciplinares e foco na gestão de doenças crónicas, pode melhorar significativamente os cuidados de saúde para os idosos. São necessários estudos adicionais para avaliar o impacto económico, a satisfação dos doentes e a eficácia do modelo em diferentes contextos para garantir uma implementação bem-sucedida e sustentável.

Algo que também sabemos, por ser intrínseco no ser humano, é a sua resistência à mudança, implementar novidades é sempre um processo desafiante. Para lidar com a mudança é importante conhecer novos temas, novas metodologias, analisar os prós e os contras e refletir sobre os possíveis resultados. Se este trabalho servir como tema de discussão e análise à volta de uma mesa de decisores então já se deu um grande passo no caminho da mudança dos cuidados de saúde que prestamos aos mais velhos.

## Referências Bibliográficas

1. AgeFriendlyHealthSystems\_GuidetoUsing4MsCare\_FINAL\_July2020.
2. Luxembourg: Publications Office of the European Union 2020. Ageing Europe LOOKING AT THE LIVES OF OLDER PEOPLE IN THE EU [Internet]. [citado 2024 Jun 23]; Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/11478057/KS-02-20-655-EN-N.pdf/9b09606c-d4e8-4c33-63d2-3b20d5c19c91?t=1604055531000>
3. OPASWBRAFPL20120\_por.
4. Lima F. Estatísticas Demográficas 2022 2 FICHA TÉCNICA [Internet]. Em: Estatísticas Demográficas, 2023. Instituto Nacional de Estatística, IP; 2023. Available from: [www.ine.pt](http://www.ine.pt),
5. Ordem Enf OMISISSOFON. ERPI\_Referencial\_de\_Boas\_Praticas\_VFinal. Grupo de Projeto de Trabalho Colaborativo para a elaboração de um referencial de boas práticas na prestação de cuidados de saúde nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) 2022;
6. Gruneir A, Silver MJ, Rochon PA. Review: Emergency department use by older adults: A literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs. *Medical Care Research and Review* 2011;68(2):131–55.
7. Lima F. Estatísticas Demográficas 2022 2 FICHA TÉCNICA [Internet]. Available from: [www.ine.pt](http://www.ine.pt),
8. SAEM Annual Meeting Abstracts. *Academic Emergency Medicine* 2015;22(S1).
9. Schrøder CK, Kristiansen EB, Flarup L, Christiansen CF, Thomsen RW, Kristensen PK. Preadmission morbidity and healthcare utilization among older adults with potentially avoidable hospitalizations: a Danish case–control study. *Eur Geriatr Med* 2024;15(1):127–38.
10. De D, Da G, De Serviços R, Recursos E, Saúde EM. *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*. 2015.
11. Yonekura T, Roza Quintans J, Youko Kato M, De Negri Filho A. *A Produção Científica Sobre A Atenção À Saúde Do Idoso Nos Serviços Brasileiros De Urgência: Uma Revisão Integrativa Scientific literature of the health care of the elderly in Brazilian emergency services: an integrative review*. 2016.

12. Schippinger W, Glechner A, Horvath K, Sommeregger U, Frühwald T, Dovjak P, et al. Optimizing medical care for geriatric patients in Austria: defining a top five list of “Choosing Wisely” recommendations using the Delphi technique. *Eur Geriatr Med* 2018;9(6):783–93.
13. Regen E, Phelps K, Van Oppen JD, Riley P, Lalseta J, Martin G, et al. Emergency care for older people living with frailty: patient and carer perspectives. *Emergency Medicine Journal* 2022;39(10):726–32.
14. Theou O, Campbell S, Malone ML, Rockwood K. Older Adults in the Emergency Department with Frailty. *Clin Geriatr Med* 2018;34(3):369–86.
15. Dent E, Hoogendijk EO, Cardona-Morrell M, Hillman K. Frailty in emergency departments. *The Lancet* 2016;387(10017):434.
16. Fallon A, Kilbane L, Briggs R, Dyer A, Nabeel S, McElwaine P, et al. Screening for frailty in older emergency department patients: The utility of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe Frailty Instrument. *QJM* 2018;111(3):151–4.
17. Cesari M, Marzetti E, Thiem U, Pérez-Zepeda MU, Abellan Van Kan G, Landi F, et al. The geriatric management of frailty as paradigm of the end of the disease era. *Eur J Intern Med* 2016;31:11–4.
18. Preston L, Chambers D, Campbell F, Cantrell A, Turner J, Goyder E. What evidence is there for the identification and management of frail older people in the emergency department? A systematic mapping review. *Health Services and Delivery Research* 2018;6(16):1–142.
19. Wood MJ, Ross-Kerr JC. *Basic Steps in Planning Nursing Research: From Question to Proposal, Seventh Edition - Marilyn J. Wood, Janet Ross-Kerr- Basic Steps in Planning Nursing Research\_\_From Question to Proposal*. Basic 2011;
20. Basic D, Specialist S, Conforti DA. A prospective, randomised controlled trial of an aged care nurse intervention within the Emergency Department. *Australian Health Review* 2005;29:51.
21. Aldeen AZ, Mark Courtney D, Lindquist LA, Dresden SM, Gravenor SJ. Geriatric emergency department innovations: Preliminary data for the geriatric nurse liaison model. *J Am Geriatr Soc* 2014;62(9):1781–5.
22. Plano-Acao-Envelhecimento-Ativo-e-Saudavel-2023\_2026-1-2.
23. Varela A, Nacional de Municípios Portugueses Eleutério Manuel Alves A, Elias I, Porfírio A, Nacional de Freguesias José Pereira Miguel A, Lopes M, et al. *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável*.
24. PLANO DE ATIVIDADES E ORÇAMENTO 2022 maio de 2022.

25. de souza santos G, Lavoyer Escudeiro C, de Lima Souza W, maria dos santos L, Carvalho Silva V, Helena do Espírito Santo F. Implantação do programa hospital amigo do idoso: relato de experiência Program implementation hospital friend of the elderly: experience report. 2017.
26. escala de fragilidade.
27. Geriatric Medicine Research | Dalhousie University HNS. Using the Clinical Frailty Scale to Rapidly Assay Grades of Fitness and Frailty [Internet]. [citado 2024 Jun 30]. Available from: <https://www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/the-frailty-index.html>
28. DGS. Triagem de Manchester e Referenciação Interna Imediata Triagem. Lisboa: 2015.
29. Documentacao-Triagem-Manchester-e-as-Vias-Verdes.
30. Ambiente do Serviço de Urgência.
31. DGS. Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência. 2001.
32. Assembleia da República. Portaria n.o 147/2016 de 19 de maio. Lisboa: 2016.
33. Assembleia da República. portaria - 82 - 2014\_ a rede hospitalar. Diário da República 2014;1ª série(nº 97):2364–6.
34. Lauque D, Khalemsky A, Boudi Z, Östlundh L, Xu C, Alsabri M, et al. Length-of-Stay in the Emergency Department and In-Hospital Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Med2023;12(1).
35. Henriques C, Santos P, Frade J. Advanced Nursing-Conceptualization trough Focus Groups. New Trends in Qualitative Research 2021;8:138–44.
36. Ellis G, Jamieson CA, Alcorn M, Devlin V. An Acute Care for Elders (ACE) unit in the emergency department. Eur Geriatr Med 2012;3(4):261–3.
37. Silvester KM, Mohammed MA, Harriman P, Girolami A, Downes TW. Timely care for frail older people referred to hospital improves efficiency and reduces mortality without the need for extra resources. Age Ageing [Internet] 2014;43:472–7. Available from: <https://academic.oup.com/ageing/article/43/4/472/15318>
38. Ancianos L, Urgencias EN, Autora DH, Azeredo Z. O IDOSO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA HOSPITALAR THE ELDERLY IN A HOSPITAL EMERGENCY SERVICE.

39. Gettel CJ, Hwang U, Janke AT, Rothenberg C, Tomasino DF, Schneider SM, et al. An Outcome Comparison Between Geriatric and Nongeriatric Emergency Departments. *Ann Emerg Med* 2023;82(6):681–9.
40. Pareja-Sierra T, Hornillos-Calvo M, Rodríguez-Solís J, Sepúlveda-Moya DL, Bassy-Iza N, Martínez-Peromingo FJ, et al. Implementation of an emergency department observation unit for elderly adults in a university-affiliated hospital in Spain: A 6-year analysis of data. *J Am Geriatr Soc* 2013;61(9):1621–2.
41. Keyes DC, Singal B, Kropf CW, Fisk A. Impact of a new senior emergency department on emergency department recidivism, rate of hospital admission, and hospital length of stay. *Ann Emerg Med* 2014;63(5):517–24.

## Anexos

Anexo 1 – Autorização da Comissão de Ética do HFF

Anexo 2 – Consentimento Informado do Grupo de Peritos

Anexo 3 – Apresentação do guião do focus group

## Anexo 1 – Autorização da Comissão de Ética do HFF

**PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA**

Nº de identificação de registo 014/2024

TIPO DE ESTUDO: ESTUDO CLÍNICO

"Modelo de serviços de urgência dedicados aos mais velhos, adequados ao contexto populacional e perfil do utilizador idoso do SU do HFF"

Com caráter excepcional, a 28 de Fevereiro de 2024, tendo pareceres favoráveis da UIC (Unidade de Investigação Clínica) e do EPD (Encarregado da Proteção de Dados) estando, a documentação entregue, de acordo com as normas de submissão impostas por esta CE, deliberou-se emitir parecer favorável.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde – Amadora /Sintra a 28 de Fevereiro de 2024:

Presidente	Dr. José Tomé
Vice-presidente	Enf.ª Sónia Semião
Vogais	Dra. Ana Paula Silva Dr. Vasco Rodrigues Dra. Ana Miranda Dra. Andrea Furtado TSDT Rafael Bernardo

Mais se declara que a Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde – Amadora/Sintra, cumpre com as Normas da Boa Prática Clínica.

Pelo exposto, emitiu-se a 28 de Fevereiro de 2024, **Parecer Favorável**.

O Presidente da Comissão de Ética

  
Dr. José Pedro Bolão Tomé  
DOUTOR FERNANDO FONSECA, E.P.E.  
N.º: 503 035 416

## Anexo 2 – Consentimento Informado do Grupo de Peritos

**RE: Trabalho de Campo "Serviços de Urgência Amigos dos Mais Velhos"**

Adélia Gomes <maria.a.gomes@hff.min-saude.pt>

qui, 06/06/2024 17:40

Para: Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt>

Boa tarde Sra. Enf. Inês Elvas

Confirmo participação na iniciativa, contudo muito provavelmente não conseguirei ficar até ao final.

Atenciosamente

Adélia Gomes

---

**De:** Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt>

**Enviado:** 21 de maio de 2024 17:58

**Para:** Adélia Gomes <maria.a.gomes@hff.min-saude.pt>

**Assunto:** Trabalho de Campo "Serviços de Urgência Amigos dos Mais Velhos"

Pedido de Consentimento Informado

Exmo.(a) Senhor(a), Dra. Adélia Gomes

O meu nome é **Inês Elvas**, sou Enfermeira na ULS São José e frequento o 53º Curso de Especialização em Administração Hospitalar na Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Venho por este meio dar a conhecer a investigação que me encontro a desenvolver "**Modelo de Urgência Amigo dos Mais Velhos**" e que conta com a orientação da Professora Doutora Sílvia Lopes, Professora Adjunta na ENSP e coorientação da Dra. Teresa Nunes, Administradora Hospitalar e Gestora de Produção a exercer funções na Unidade Local de Saúde Amadora Sintra Hospital Dr. Fernando da Fonseca).

No cenário atual, o envelhecimento é abordado pelas Nações Unidas como uma oportunidade para promover inovações e melhorias em vários setores, desde a saúde até a economia. A Década do Envelhecimento Ativo, promovida pela OMS de 2021 a 2030, enfatiza a necessidade de uma abordagem intersectorial que transcenda a saúde, englobando áreas como finanças, educação e emprego para promover um envelhecimento integrado e saudável. A Comissão Europeia destaca a importância de promover estilos de vida saudáveis e a aprendizagem ao longo da vida para enfrentar os desafios do envelhecimento, ressaltando também a necessidade de aumentar a participação dos idosos no mercado de trabalho e a dinamização de pesquisas neste âmbito.

Um sistema de saúde que respeite os mais velhos exige o envolvimento de diversos profissionais, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos e gestores, que devem focar-se não só nas doenças, mas também nas particularidades individuais de cada pessoa, nas vertentes física e psicológica. É fundamental que os cuidados de saúde sejam personalizados para dar resposta às diferentes necessidades e preferências desta população e que podem variar desde a gestão de doença crónica ao apoio nas atividades diárias.

Em Portugal a crescente população idosa impõe a adaptação dos serviços de urgência para atender as especificidades do envelhecimento. No Hospital Fernando da Fonseca a

**RE: Trabalho de Campo "Serviços de Urgência Amigos dos Mais Velhos"**

Ana Marinho Diniz <ana.diniz@ulssjose.min-saude.pt>

seg, 20/05/2024 08:31

Para: Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt>

Não costuma receber e-mails de ana.diniz@ulssjose.min-saude.pt. [Saiba por que motivo isto é importante](#)

Bom dia, Sr.ª Enf.ª Inês Elvas

Agradeço o convite e oportunidade de trabalhar sobre um tema tão pertinente, especialmente no atual contexto social e da saúde em Portugal.

Confirmo a minha disponibilidade para participar na sessão on-line.

Atenciosamente,

**Ana Marinho Diniz | 23417**

Enfermeira Especialista

Gabinete de Segurança do Doente

Unidade Local de Saúde São José

Local Health Unit of São José

Hospital Curry Cabral

Rua da Beneficência, nº 8, Avenidas Novas

1050-099 Lisboa

Tel: 962786234

Ext: 73005

Website: [www.chlc.min-saude.pt](http://www.chlc.min-saude.pt)



---

**De:** Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt>

**Enviada:** 18 de maio de 2024 18:01

**Para:** Ana Marinho Diniz <ana.diniz@ulssjose.min-saude.pt>

**Assunto:** Trabalho de Campo "Serviços de Urgência Amigos dos Mais Velhos"

**Importância:** Alta

Pedido de Consentimento Informado

## Re: Trabalho de Campo "Serviços de Urgência Amigos dos Mais Velhos"

Ângela Jesus <arpjesus@gmail.com>

qua, 22/05/2024 00:17

Para: Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt>

Boa noite,

Agradeço o convite e confirmo a minha autorização e intenção em participar nesta investigação.

Atenciosamente,

Ângela Rosa Pereira de Jesus

ULS Amadora Sintra (UCC Amadora+)

Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <[ipb.elvas@ensp.unl.pt](mailto:ipb.elvas@ensp.unl.pt)> escreveu (terça, 21/05/2024 à(s) 17:53):

### Pedido de Consentimento

Informado

Exmo.(a) Senhor(a),

O meu nome é **Inês Elvas**, sou Enfermeira na ULS São José e frequento o 53º Curso de Especialização em Administração Hospitalar na Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Venho por este meio dar a conhecer a investigação que me encontro a desenvolver "**Modelo de Urgência Amigo dos Mais Velhos**" e que conta com a orientação da Professora Doutora Sílvia Lopes, Professora Adjunta na ENSP e coorientação da Dra. Teresa Nunes, Administradora Hospitalar e Gestora de Produção a exercer funções na Unidade Local de Saúde Amadora Sintra Hospital Dr. Fernando da Fonseca).

No cenário atual, o envelhecimento é abordado pelas Nações Unidas como uma oportunidade para promover inovações e melhorias em vários setores, desde a saúde até a economia. A Década do Envelhecimento Ativo, promovida pela OMS de 2021 a 2030, enfatiza a necessidade de uma abordagem intersectorial que transcenda a saúde, englobando áreas como finanças, educação e emprego para promover um envelhecimento integrado e saudável. A Comissão Europeia destaca a importância de promover estilos de vida saudáveis e a aprendizagem ao longo da vida para enfrentar os desafios do envelhecimento, ressaltando também a necessidade de aumentar a participação dos idosos no mercado de trabalho e a dinamização de pesquisas neste âmbito.

Um sistema de saúde que respeite os mais velhos exige o envolvimento de diversos profissionais, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos e gestores, que devem focar-se não só nas doenças, mas também nas particularidades individuais de cada pessoa, nas vertentes física e psicológica. É fundamental que os cuidados de saúde sejam personalizados para dar resposta às diferentes necessidades e preferências desta população e que podem variar desde a gestão de doença crónica ao apoio nas atividades diárias.

Em Portugal a crescente população idosa impõe a adaptação dos serviços de urgência para atender as especificidades do envelhecimento. No Hospital Fernando da Fonseca a prevalência da população idosa que recorre ao serviço de urgência e a sua equipa multi-disciplinar constituem os ingredientes base para a enfrentar os desafios do desenvolvimento do modelo assistencial Amigo dos Mais Velhos.

**RE: Trabalho de Campo "Serviços de Urgência Amigos dos Mais Velhos**

Carlos Miguel Pereira Jacinto <carlos.jacinto@ulssjose.min-saude.pt>

seg, 20/05/2024 18:45

Para: Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt>

Não costuma receber e-mails de carlos.jacinto@ulssjose.min-saude.pt. [Saiba por que motivo isto é importante](#)

Exma. Senhora Inês Elvas,

Agradeço o convite para participar na investigação "Modelo de Urgência Amigo dos Mais Velhos". Será um prazer poder colaborar e contribuir para esta importante investigação.

Confirmo a minha participação no *focus group* no dia 23 de maio, às 18h, através da plataforma ZOOM. Aguardarei link para acesso à reunião.

Com os melhores cumprimentos,

**Carlos Jacinto** | 14327

Enfermeiro Especialista  
Urgência Geral Polivalente



**Unidade Local de Saúde São José**

Hospital de São José  
Rua José António Serrano  
1150-199 Lisboa | Portugal  
Tel: 218841965 Ext: 11965

---

**De:** Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt>

**Enviado:** 18 de maio de 2024 19:38

**Para:** Carlos Miguel Pereira Jacinto <carlos.jacinto@ulssjose.min-saude.pt>

**Assunto:** Trabalho de Campo "Serviços de Urgência Amigos dos Mais Velhos"

Pedido de Consentimento Informado

Exmo.(a) Senhor(a), Carlos Jacinto

## Re: Trabalho de Campo "Serviço de Urgência Amigo dos Mais Velhos"

Diana Breda <dianavilelabreda@gmail.com>

ter, 21/05/2024 14:09

Para: Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt>

Cara Dra. Inês Elvas,

Autorizo e informo que pretendo participar na investigação em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos,  
Diana Vilela Breda

A sábado, 18/05/2024, 18:06, Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <[ipb.elvas@ensp.unl.pt](mailto:ipb.elvas@ensp.unl.pt)> escreveu:

### Pedido de Consentimento Informado

Exmo.(a) Senhor(a), Dra Diana Breda

O meu nome é **Inês Elvas**, sou Enfermeira na ULS São José e frequento o 53º Curso de Especialização em Administração Hospitalar na Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Venho por este meio dar a conhecer a investigação que me encontro a desenvolver "**Modelo de Urgência Amigo dos Mais Velhos**" e que conta com a orientação da Professora Doutora Sílvia Lopes, Professora Adjunta na ENSP e coorientação da Dra. Teresa Nunes, Administradora Hospitalar e Gestora de Produção a exercer funções na Unidade Local de Saúde Amadora Sintra Hospital Dr. Fernando da Fonseca).

No cenário atual, o envelhecimento é abordado pelas Nações Unidas como uma oportunidade para promover inovações e melhorias em vários setores, desde a saúde até a economia. A Década do Envelhecimento Ativo, promovida pela OMS de 2021 a 2030, enfatiza a necessidade de uma abordagem intersectorial que transcenda a saúde, englobando áreas como finanças, educação e emprego para promover um envelhecimento integrado e saudável. A Comissão Europeia destaca a importância de promover estilos de vida saudáveis e a aprendizagem ao longo da vida para enfrentar os desafios do envelhecimento, ressaltando também a necessidade de aumentar a participação dos idosos no mercado de trabalho e em pesquisas voltadas à saúde.

Um sistema de saúde que respeite os mais velhos envolve a colaboração de diversos profissionais, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos e gestores, que devem focar-se não só nas doenças, mas também nas particularidades individuais de cada pessoa, que incluem mudanças físicas e psicológicas. É fundamental que os cuidados de saúde sejam personalizados para dar resposta às diferentes necessidades e preferências desta população e que podem variar desde a gestão de doença crónica ao apoio nas atividades diárias.

Em Portugal a crescente população idosa evidencia a importância de adaptar os serviços de urgência para atender às especificidades do envelhecimento. O Hospital Fernando da Fonseca é um exemplo de como a prática interdisciplinar pode enfrentar os desafios de um sistema de saúde voltado para idosos, procurando otimizar os modelos de assistência para melhor servir essa população, em particular nos serviços de urgência.

Na presente investigação, foram selecionados profissionais das diversas áreas (Administradores Hospitalares, Médicos, Enfermeiros, Técnicos Superiores de Serviço Social, Farmacêuticos) com formação específica, dedicação profissional ou apenas interesse na área, considerados peritos, assim deverão cumprir alguns requisitos:

- Experiência profissional em serviços de urgência de pelo menos 5 anos;
- Profissional de saúde com experiência na área da geriatria;

**Re: Trabalho de Campo "Serviços de Urgência Amigos dos Mais Velhos"**

Diana Tomaz <diana.tomaz@outlook.pt>

ter, 21/05/2024 10:15

Para: Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt>

Autorizo. Obrigada

Os melhores cumprimentos,

Diana Tomaz

*Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar*  
*Mestre em Geriatria pela Universidade de Coimbra*  
*Competência em Geriatria pela Ordem dos Médicos*

No dia 21/05/2024, às 10:10, Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt> escreveu:

Pedido de

Consentimento Informado

Exmo.(a) Senhor(a), Dra Diana Tomáz

O meu nome é **Inês Elvas**, sou Enfermeira na ULS São José e frequento o 53º Curso de Especialização em Administração Hospitalar na Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Venho por este meio dar a conhecer a investigação que me encontro a desenvolver "**Modelo de Urgência Amigo dos Mais Velhos**" e que conta com a orientação da Professora Doutora Sílvia Lopes, Professora Adjunta na ENSP e coorientação da Dra. Teresa Nunes, Administradora Hospitalar e Gestora de Produção a exercer funções na Unidade Local de Saúde Amadora Sintra Hospital Dr. Fernando da Fonseca).

No cenário atual, o envelhecimento é abordado pelas Nações Unidas como uma oportunidade para promover inovações e melhorias em vários setores, desde a saúde até a economia. A Década do Envelhecimento Ativo, promovida pela OMS de 2021 a 2030, enfatiza a necessidade de uma abordagem intersectorial que transcenda a saúde, englobando áreas como finanças, educação e emprego para promover um envelhecimento integrado e saudável. A Comissão Europeia destaca a importância de promover estilos de vida saudáveis e a aprendizagem ao longo da vida para enfrentar os desafios do envelhecimento, ressaltando também a necessidade de aumentar a participação dos idosos no mercado de trabalho e em pesquisas voltadas à saúde.

Um sistema de saúde que respeite os mais velhos envolve a colaboração de diversos profissionais, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos e gestores, que devem focar-se não só nas doenças, mas também nas particularidades individuais de cada pessoa, que incluem mudanças físicas e psicológicas. É fundamental

**RE: Trabalho de Campo "Serviços de Urgência Amigos dos Mais Velhos"**

Hugo Martins <hugo.f.martins@hff.min-saude.pt>

qua, 22/05/2024 13:43

Para: Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt>

Bom dia Enf Ines Elvas,

Agradecido pela confiança.  
Parabenizo, mais uma vez, o projeto.  
Confirmo presença.

Com os melhores cumprimentos

Hugo F G Martins

---

**De:** Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt>

**Enviado:** 22 de maio de 2024 09:10

**Para:** Hugo Martins <hugo.f.martins@hff.min-saude.pt>

**Assunto:** Trabalho de Campo "Serviços de Urgência Amigos dos Mais Velhos"

Pedido de Consentimento

Informado

Exmo. Senhor, Dr. Hugo Martins

O meu nome é **Inês Elvas**, sou Enfermeira na ULS São José e frequento o 53º Curso de Especialização em Administração Hospitalar na Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Venho por este meio dar a conhecer a investigação que me encontro a desenvolver "**Modelo de Urgência Amigo dos Mais Velhos**" e que conta com a orientação da Professora Doutora Sílvia Lopes, Professora Adjunta na ENSP e coorientação da Dra. Teresa Nunes, Administradora Hospitalar e Gestora de Produção a exercer funções na Unidade Local de Saúde Amadora Sintra Hospital Dr. Fernando da Fonseca).

No cenário atual, o envelhecimento é abordado pelas Nações Unidas como uma oportunidade para promover inovações e melhorias em vários setores, desde a saúde até a economia. A Década do Envelhecimento Ativo, promovida pela OMS de 2021 a 2030, enfatiza a necessidade de uma abordagem intersectorial que transcenda a saúde, englobando áreas como finanças, educação e emprego para promover um envelhecimento integrado e saudável. A Comissão Europeia destaca a importância de promover estilos de vida saudáveis e a aprendizagem ao longo da vida para enfrentar os desafios do envelhecimento, ressaltando também a necessidade de aumentar a participação dos idosos no mercado de trabalho e a dinamização de pesquisas neste âmbito.

Um sistema de saúde que respeite os mais velhos exige o envolvimento de diversos profissionais, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos e gestores, que devem focar-se não só nas doenças, mas também nas particularidades individuais de cada pessoa, nas vertentes física e psicológica. É fundamental que os cuidados de saúde sejam personalizados para dar resposta às diferentes necessidades e preferências desta população e que podem variar desde a gestão de doença crónica ao apoio nas atividades diárias.

**RE: Trabalho de Campo "Serviços de Urgência Amigos dos Mais Velhos**

Janine Lucia Rijo De Almeida <janine.almeida@ulssjose.min-saude.pt>

seg, 20/05/2024 09:13

Para: Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt>

Não costuma receber e-mails de janine.almeida@ulssjose.min-saude.pt. [Saiba por que motivo isto é importante](#)

Bom dia,

Antes demais, resta-me agradecer o convite para participar no presente trabalho.

Estou totalmente disponível para colaborar e autorizo o tratamento dos dados no âmbito da mesma.

Obrigado, até dia 23 de Maio.

Cumprimentos,  
Janine de Almeida  
Assistente Social | Serviço Social  
Clínica 5 - serviço de internamento



**UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ | PT**

Hospital Júlio de Matos  
Av. do Brasil, 53 | 1749-002 Lisboa  
Tel +351 217 917 000 | Ext. 1402

[www.chpl.min-saude.pt](http://www.chpl.min-saude.pt)

---

**De:** Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt>

**Enviado:** 18 de maio de 2024 19:36

**Para:** Janine Lucia Rijo De Almeida <janine.almeida@ulssjose.min-saude.pt>

**Assunto:** Trabalho de Campo "Serviços de Urgência Amigos dos Mais Velhos"

Pedido de Consentimento Informado

Exmo.(a) Senhor(a), Janine Almeida

O meu nome é Inês Elvas, sou Enfermeira na ULS São José e frequento o 53º Curso de Especialização em Administração Hospitalar na Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

**RE: Trabalho de Campo "Serviços de Urgência Amigos dos Mais Velhos"**

Luís Gouveia <luis.gouveia@hff.min-saude.pt>

ter, 21/05/2024 20:34

Para: Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt>

Não costuma receber e-mails de luis.gouveia@hff.min-saude.pt. [Saiba por que motivo isto é importante](#)

Cara Inês,

Autorizo e participarei na reunião.

Com os melhores cumprimentos,

Luís Gouveia

Presidente do Conselho de Administração



**UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE AMADORA/SINTRA, E.P.E.**

IC 19 - Venteira

2720-276 Amadora | Portugal

**Tel.: | Tlm: | Geral/Fax: 214 348 200 / 214 345 566**

---

**De:** Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt>

**Enviada:** 21 de maio de 2024 17:20

**Para:** Luís Gouveia <luis.gouveia@hff.min-saude.pt>

**Assunto:** Trabalho de Campo "Serviços de Urgência Amigos dos Mais Velhos"

Pedido de Consentimento Informado

Exmo. Senhor Dr. Luís Gouveia,

O meu nome é **Inês Elvas**, sou Enfermeira na ULS São José e frequento o 53º Curso de Especialização em Administração Hospitalar na Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

## Re: Trabalho de Campo "Serviços de Urgência Amigos dos Mais Velhos"

mafaldammc@googlemail.com <mafaldammc@googlemail.com>

sáb, 18/05/2024 17:30

Para: Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt>

Não costuma receber e-mails de mafaldammc@googlemail.com. [Saiba por que motivo isto é importante](#)

Venho por este meio, consentir de form voluntária e intencional, a minha participação nesta investigações.

Ana Mafalda Machado Monteiro Costa

No dia 18/05/2024, às 17:26, Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt> escreveu:

### Pedido de Consentimento Informado

Exmo.(a) Senhor(a), Enf<sup>a</sup> Mafalda Costa

O meu nome é **Inês Elvas**, sou Enfermeira na ULS São José e frequento o 53º Curso de Especialização em Administração Hospitalar na Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Venho por este meio dar a conhecer a investigação que me encontro a desenvolver "**Modelo de Urgência Amigo dos Mais Velhos**" e que conta com a orientação da Professora Doutora Sílvia Lopes, Professora Adjunta na ENSP e coorientação da Dra. Teresa Nunes, Administradora Hospitalar e Gestora de Produção a exercer funções na Unidade Local de Saúde Amadora Sintra Hospital Dr. Fernando da Fonseca).

No cenário atual, o envelhecimento é abordado pelas Nações Unidas como uma oportunidade para promover inovações e melhorias em vários setores, desde a saúde até a economia. A Década do Envelhecimento Ativo, promovida pela OMS de 2021 a 2030, enfatiza a necessidade de uma abordagem intersectorial que transcenda a saúde, englobando áreas como finanças, educação e emprego para promover um envelhecimento integrado e saudável. A Comissão Europeia destaca a importância de promover estilos de vida saudáveis e a aprendizagem ao longo da vida para enfrentar os desafios do envelhecimento, ressaltando também a necessidade de aumentar a participação dos idosos no mercado de trabalho e em pesquisas voltadas à saúde.

Um sistema de saúde que respeite os mais velhos envolve a colaboração de diversos profissionais, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos e gestores, que devem focar-se não só nas doenças, mas também nas particularidades individuais de cada pessoa, que incluem mudanças físicas e psicológicas. É fundamental que os cuidados de saúde sejam personalizados para dar resposta às diferentes necessidades e preferências desta população e que podem variar desde a gestão de doença crónica ao apoio nas atividades diárias.

Em Portugal a crescente população idosa evidencia a importância de adaptar os serviços de urgência para atender às especificidades do envelhecimento. O Hospital Fernando da Fonseca é um exemplo de como a prática

**RE: Trabalho de Campo "Serviços de Urgência Amigos dos Mais Velhos"**

Maria Manuela Fernandes Santos <mmsantos@ulssjose.min-saude.pt>

ter, 21/05/2024 10:19

Para: Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt>

Não costuma receber e-mails de mmsantos@ulssjose.min-saude.pt. [Saiba por que motivo isto é importante](#)

Olá Inês, bom dia

Confirmo a minha participação

**Com os melhores cumprimentos,**

**Manuela Santos**

*Enfermeira Gestora*

Enfª Diretora Adjunta Conselho de Administração – Hospital Curry Cabral



**Unidade Local de Saúde São José | PT**

*São José Local Health Unit | EN*

Hospital Curry Cabral

Rua da Beneficência, N°8

1169-050 Lisboa | Portugal

Tel.: 218 841 000 | 217 924 208 | Ext. 74 208

[www.chlc.min-saude.pt](http://www.chlc.min-saude.pt)

---

**De:** Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt>

**Enviada:** 18 de maio de 2024 17:30

**Para:** Maria Manuela Fernandes Santos <mmsantos@ulssjose.min-saude.pt>

**Assunto:** Trabalho de Campo "Serviços de Urgência Amigos dos Mais Velhos"

**Importância:** Alta

Pedido de Consentimento Informado

Exmo.(a) Senhor(a), Enfª Manuela Santos

O meu nome é **Inês Elvas**, sou Enfermeira na ULS São José e frequento o 53º Curso de Especialização em Administração Hospitalar na Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Venho por este meio dar a conhecer a investigação que me encontro a desenvolver "**Modelo de Urgência Amigo dos Mais Velhos**" e que conta com a orientação da Professora Doutora Sílvia

**RE: Trabalho de Campo "Serviços de Urgência Amigos dos Mais Velhos"**

Paulo Barreto <paulo.barreto@ulssjose.min-saude.pt>

ter, 28/05/2024 09:50

Para: Paulo Jorge Espiga Alexandre <paulo.espiga@ulssjose.min-saude.pt>; Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt>; Diana Breda <dianavilelabreda@gmail.com>

Bom dia a todos.

Eu posso nas duas datas.

Obrigado pelo convite Inês Elvas.

Gosto muito do tema deste projeto.

Paulo Barreto | 30570

-----  
Centro Hospitalar Lisboa Central

Médico Assistente Graduado

Medicina Interna 2.5, CRI Traumatologia Ortopédica, Urgência Geral Polivalente

De: Paulo Jorge Espiga Alexandre <paulo.espiga@ulssjose.min-saude.pt>

Enviado: 27 de maio de 2024 22:52

Para: Inês Pereira De Brito Pinto Elvas; Paulo Barreto; Diana Breda

Assunto: RE: Trabalho de Campo "Serviços de Urgência Amigos dos Mais Velhos"

Boa noite a todos

Dia 27 à tarde tenho reunião de Conselho de Administração pelo que, certamente, não estarei despachado às 17h30. Assim, destes 2 dias só terei disponibilidade no dia 5.

Obrigado

De: Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt>

Enviado: 27 de maio de 2024 18:40

Para: Paulo Barreto <paulo.barreto@ulssjose.min-saude.pt>; Paulo Jorge Espiga Alexandre <paulo.espiga@ulssjose.min-saude.pt>; Diana Breda <dianavilelabreda@gmail.com>

Assunto: Trabalho de Campo "Serviços de Urgência Amigos dos Mais Velhos"

Caros

Dr. Paulo Espiga,

Dra. Diana Breda

Dr. Paulo Barreto

No seguimento do convite para participarem no meu Trabalho de Campo "Modelo de Urgência Amigo dos Mais Velhos" e a vossa opinião enquanto peritos na área é importante, incluo-vos a todos neste mail para tentar encontrar a melhor data e hora para reunir neste "mini focus group".

Sugiro os seguintes dias:

\*

29/05/2024 às 17:30H (ou mais tarde)

\*

05/06/2024 às 17H

## RE: Trabalho de Campo "Serviços de Urgência Amigos dos Mais Velhos"

Paulo Jorge Espiga Alexandre <paulo.espiga@ulssjose.min-saude.pt>

seg, 27/05/2024 22:55

Para: Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt>

Boa noite Dra. Inês Elvas

Antes de mais agradeço o seu amável convite, o qual aceito.

Obrigado, cumprimentos

---

**De:** Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt>

**Enviado:** 27 de maio de 2024 10:43

**Para:** Paulo Jorge Espiga Alexandre <paulo.espiga@ulssjose.min-saude.pt>

**Assunto:** Trabalho de Campo "Serviços de Urgência Amigos dos Mais Velhos"

Exmo.(a) Senhor(a), Dr. Paulo Espiga,

O meu nome é **Inês Elvas**, sou Enfermeira na ULS São José e frequento o 53º Curso de Especialização em Administração Hospitalar na Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Venho por este meio dar a conhecer a investigação que me encontro a desenvolver "**Modelo de Urgência Amigo dos Mais Velhos**" e que conta com a orientação da Professora Doutora Sílvia Lopes, Professora Adjunta na ENSP e coorientação da Dra. Teresa Nunes, Administradora Hospitalar e Gestora de Produção a exercer funções na Unidade Local de Saúde Amadora Sintra Hospital Dr. Fernando da Fonseca).

No cenário atual, o envelhecimento é abordado pelas Nações Unidas como uma oportunidade para promover inovações e melhorias em vários setores, desde a saúde até a economia. A Década do Envelhecimento Ativo, promovida pela OMS de 2021 a 2030, enfatiza a necessidade de uma abordagem intersectorial que transcenda a saúde, englobando áreas como finanças, educação e emprego para promover um envelhecimento integrado e saudável. A Comissão Europeia destaca a importância de promover estilos de vida saudáveis e a aprendizagem ao longo da vida para enfrentar os desafios do envelhecimento, ressaltando também a necessidade de aumentar a participação dos idosos no mercado de trabalho e a dinamização de pesquisas neste âmbito.

Um sistema de saúde que respeite os mais velhos exige o envolvimento de diversos profissionais, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos e gestores, que devem focar-se não só nas doenças, mas também nas particularidades individuais de cada pessoa, nas vertentes física e psicológica. É fundamental que os cuidados de saúde sejam personalizados para dar resposta às diferentes necessidades e preferências desta população e que podem variar desde a gestão de doença crónica ao apoio nas atividades diárias.

Em Portugal a crescente população idosa impõe a adaptação dos serviços de urgência para atender as especificidades do envelhecimento. A prevalência da população idosa que recorre ao serviço de urgência e a sua equipa multi-disciplinar constituem os ingredientes base para a enfrentar os desafios do desenvolvimento do modelo assistencial Amigo dos Mais Velhos.

## RE: Trabalho de Campo "Serviços de Urgência Amigos dos Mais Velhos"

Sara Goncalves <sara.s.goncalves@hff.min-saude.pt>

sex, 31/05/2024 23:20

Para: Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt>

Não costuma receber e-mails de sara.s.goncalves@hff.min-saude.pt. [Saiba por que motivo isto é importante](#)

Bom dia

É com enorme satisfação que venho desta forma manifestar o meu interesse e autorização na participação do focus group.

Com os melhores cumprimentos,  
Sara Gonçalves

---

**De:** Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt>

**Enviado:** 22 de maio de 2024 09:17

**Para:** Sara Goncalves <sara.s.goncalves@hff.min-saude.pt>

**Assunto:** Trabalho de Campo "Serviços de Urgência Amigos dos Mais Velhos"

Pedido de Consentimento

Informado

Exmo.(a) Senhor(a), Enfª Sara Gonçalves

O meu nome é **Inês Elvas**, sou Enfermeira na ULS São José e frequento o 53º Curso de Especialização em Administração Hospitalar na Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Venho por este meio dar a conhecer a investigação que me encontro a desenvolver "**Modelo de Urgência Amigo dos Mais Velhos**" e que conta com a orientação da Professora Doutora Sílvia Lopes, Professora Adjunta na ENSP e coorientação da Dra. Teresa Nunes, Administradora Hospitalar e Gestora de Produção a exercer funções na Unidade Local de Saúde Amadora Sintra Hospital Dr. Fernando da Fonseca).

No cenário atual, o envelhecimento é abordado pelas Nações Unidas como uma oportunidade para promover inovações e melhorias em vários setores, desde a saúde até a economia. A Década do Envelhecimento Ativo, promovida pela OMS de 2021 a 2030, enfatiza a necessidade de uma abordagem intersectorial que transcenda a saúde, englobando áreas como finanças, educação e emprego para promover um envelhecimento integrado e saudável. A Comissão Europeia destaca a importância de promover estilos de vida saudáveis e a aprendizagem ao longo da vida para enfrentar os desafios do envelhecimento, ressaltando também a necessidade de aumentar a participação dos idosos no mercado de trabalho e a dinamização de pesquisas neste âmbito.

Um sistema de saúde que respeite os mais velhos exige o envolvimento de diversos profissionais, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos e gestores, que devem focar-se não só nas doenças, mas também nas particularidades individuais de cada pessoa, nas vertentes física e psicológica. É fundamental que os cuidados de saúde sejam personalizados para dar resposta às diferentes necessidades e preferências desta população e que podem variar desde a gestão de doença crónica ao apoio nas atividades diárias.

## Re: Trabalho de Campo "Serviços de Urgência Amigos dos Mais Velhos"

Sofia Mahomed Mateus <sofia.mateus@ulssjose.min-saude.pt>

qui, 23/05/2024 09:49

Para: Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt>

Bom dia Inês,  
Gosto imenso do projecto!  
Autorizo e confirmo a minha presença na investigação.

Cumprimentos,  
Sofia Mahomed Mateus

Enviado de [Outlook para Android](#)

---

**De:** Inês Pereira De Brito Pinto Elvas <ipb.elvas@ensp.unl.pt>

**Enviado:** quarta-feira, maio 22, 2024 8:20:04 PM

**Para:** Sofia Mahomed Mateus <sofia.mateus@ulssjose.min-saude.pt>

**Assunto:** Trabalho de Campo "Serviços de Urgência Amigos dos Mais Velhos"

Pedido de Consentimento

Informado

Exmo.(a) Senhor(a), Dra. Sofia Mateus

O meu nome é **Inês Elvas**, sou Enfermeira na ULS São José e frequento o 53º Curso de Especialização em Administração Hospitalar na Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Venho por este meio dar a conhecer a investigação que me encontro a desenvolver "**Modelo de Urgência Amigo dos Mais Velhos**" e que conta com a orientação da Professora Doutora Sílvia Lopes, Professora Adjunta na ENSP e coorientação da Dra. Teresa Nunes, Administradora Hospitalar e Gestora de Produção a exercer funções na Unidade Local de Saúde Amadora Sintra Hospital Dr. Fernando da Fonseca).

No cenário atual, o envelhecimento é abordado pelas Nações Unidas como uma oportunidade para promover inovações e melhorias em vários setores, desde a saúde até a economia. A Década do Envelhecimento Ativo, promovida pela OMS de 2021 a 2030, enfatiza a necessidade de uma abordagem intersectorial que transcenda a saúde, englobando áreas como finanças, educação e emprego para promover um envelhecimento integrado e saudável. A Comissão Europeia destaca a importância de promover estilos de vida saudáveis e a aprendizagem ao longo da vida para enfrentar os desafios do envelhecimento, ressaltando também a necessidade de aumentar a participação dos idosos no mercado de trabalho e a dinamização de pesquisas neste âmbito.

Um sistema de saúde que respeite os mais velhos exige o envolvimento de diversos profissionais, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos e gestores, que devem focar-se não só nas doenças, mas também nas particularidades individuais de cada pessoa, nas vertentes física e psicológica. É fundamental que os cuidados de saúde sejam personalizados para dar resposta às diferentes necessidades e preferências desta população e que podem variar desde a gestão de doença crónica ao apoio nas atividades diárias.

## Anexo 3 – Apresentação do guião do focus group

**FOCUS GROUP**

**NOVA**  
ESCOLA NACIONAL  
DE SAÚDE PÚBLICA

**Identificação do Modelo de Urgência Amigo dos Mais Velhos adequado ao contexto populacional da ULS Amadora Sintra**

- Inês Elvas (aluna 53ªCEAH)

Sob orientação de:


- Prof Dra Sílvia Lopes (ENSP) e Dra. Teresa Nunes (AH HFF)

1

**Desenho do trabalho de campo – o que a literatura nos diz**

**NOVA**  
ESCOLA NACIONAL  
DE SAÚDE PÚBLICA

- **Envelhecimento demográfico** – impacto na necessidade de cuidados de saúde e resposta dos serviços de urgência
- Portugal - nº camas hospitalares é menor face aos números da UE
- **DM** de internamento - elevada > 65 anos (>85 anos)
  - > necessidade de cuidados; < complexidade de cuidados
  - Contexto social; declínio funcional
  - Piores outcomes (face a outras faixas etárias) -> o que se pode evitar/prevenir?
    - Eventos adversos ... -> qual a realidade do HFF?
- **Aguardar vaga no SU para internamento** <sup>(11/2023, Reussel, Melanie, et al)</sup>
  - Taxa de mortalidade e morbilidade hospitalar é **mais elevada** nos idosos passam a noite no SU (principalmente o que têm autonomia limitada)
  - Maior registo de **eventos adversos** em comparação com os que não passam a noite no SU (quedas, infeções, hemorragias, EAM, AVC, UP's, e disnatrémias )



2


1




## O que a literatura nos diz

- A **fragilidade** é uma condição caracterizada pela redução da reserva funcional resultante do declínio cumulativo entre sistemas.
- A **fragilidade** aumenta o risco de um evento adverso quando há exposição a um stress externo.
- Os **serviços de urgência** foram desenvolvidos para dar resposta a trauma e doença crítica aguda e estão todos organizados para dar resposta aos doentes com estas necessidades.
- Os SU's, tal como o conhecemos, podem não ser o modelo mais adequados para dar resposta às necessidades (complexas) dos idosos.

- Adultos com > 65 anos, representam 20% das admissões nas urgências
- Destes 40 a 50% ficam internados
- Utilização inadequada do serviço de urgência
  - **Qual a realidade no HFF?**



3



## O que a literatura nos diz

- Unidade de Fragilidade composta por uma equipa multidisciplinar - composta por geriatras, médicos de urgência, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e coordenadores de cuidados primários
- Unidade de serviço de urgência sénior equipada com 15 camas - gerida por um coordenador de cuidados de enfermagem, que incluía avaliação, intervenções e acompanhamento pós-alta
- Unidades de Observação de Emergência
- Centros de Acesso Rápido (RAC)

- redução significativa nas taxas de ocupação de camas
- redução da mortalidade
- minimizar admissões desnecessárias,
- permite admissões diretas em especialidades
- aumento do número de altas
- melhoria significativa no grau de satisfação dos doentes
- aumento de altas clínicas no mesmo dia
- evidencia de um potencial de otimização dos recursos hospitalares.
- Sem estudos com impacto económico e
- Poucos estudos de impacto clínicos destas mudanças

4

2

## O que a literatura nos diz



- Unidade de Fragilidade composta por uma equipa multidisciplinar - composta por geriatras, médicos de urgência, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e coordenadores de cuidados primários
- Unidade de serviço de urgência sénior equipada com 15 camas - gerida por um coordenador de cuidados de enfermagem, que incluía avaliação, intervenções e acompanhamento pós-alta
- Unidades de Observação de Emergência
- Centros de Acesso Rápido (RAC)

- redução significativa nas taxas de ocupação de camas
- redução da mortalidade
- minimizar admissões desnecessárias,
- permite admissões diretas em especialidades
- aumento do número de altas
- melhoria significativa no grau de satisfação dos doentes
- aumento de altas clínicas no mesmo dia
- evidencia de um potencial de otimização dos recursos hospitalares.
- Sem estudos com impacto económico e
- Poucos estudos de impacto clínicos destas mudanças

5

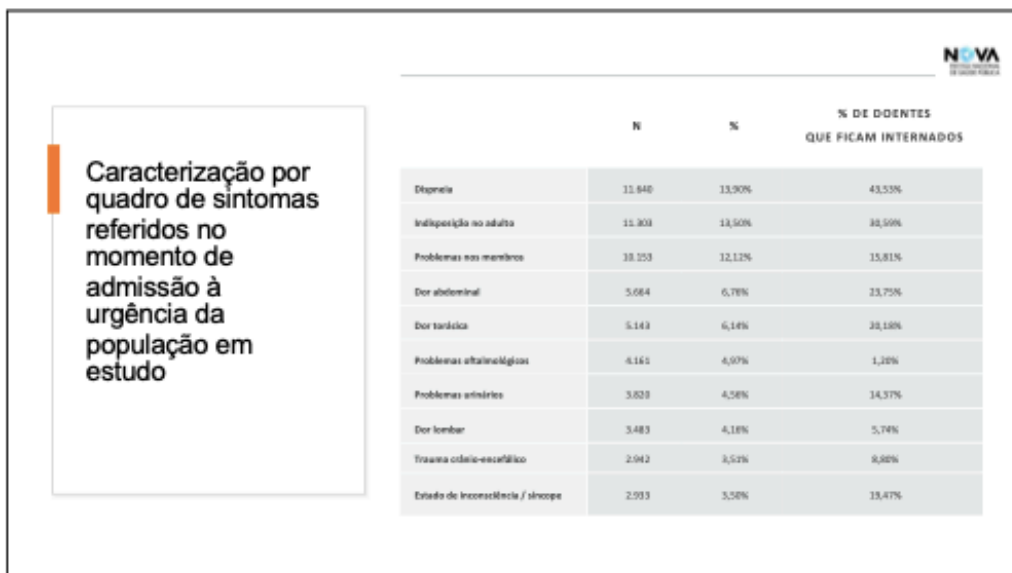
## • Caracterização demográfica



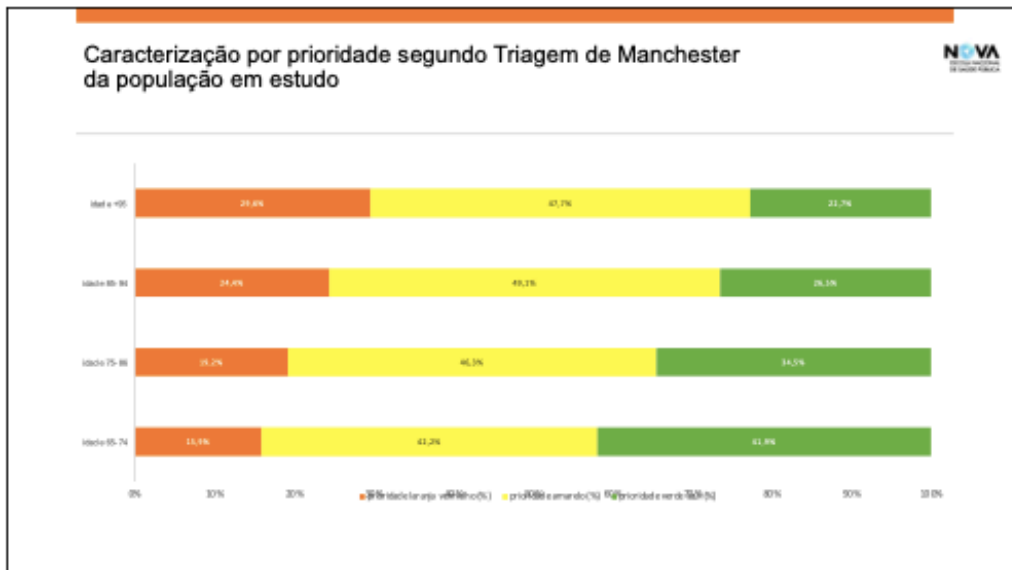
	N	%
<b>Género</b>		
Feminino	48 844	56,6%
Masculino	37452	43,4%
<b>Faixas Etárias</b>		
65 – 74	32973	38,2%
75 – 84	32321	32,30%
85 – 94	19151	19,10%
≥ 95	1851	1,80%
<b>TOTAL</b>	<b>86296</b>	<b>100%</b>

6

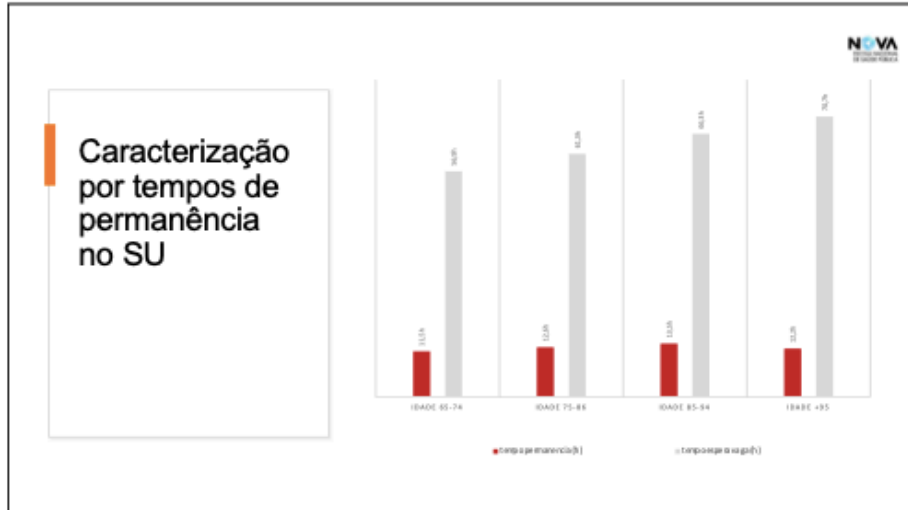
3



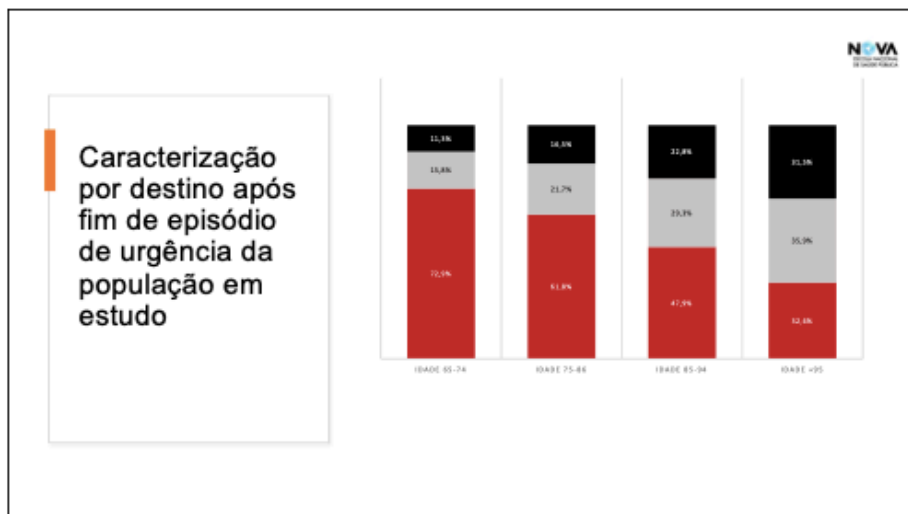
7



8




9



10

## A questão que se coloca...


• O modelo atual dos serviços de urgência para adultos é adequado a idosos?




**NOVA**  
NUNO ALVES  
NUNO ALVES

11

### Proposta: Modelo de Urgência Amiga dos Mais Velhos:



- Área própria de atendimento para idosos
- > 65 anos + identificação de grau fragilidade -> Triagem
- Espaço físico próprio
- Estrutura de cuidados - 4M's –
- Equipas multidisciplinares (doente/familiar; gestores, médico, enfermeiros, assistente social, fisioterapeuta, farmácia...)

**NOVA**  
NUNO ALVES  
NUNO ALVES

12

## TRIAGEM

**Escala da Fragilidade:**

- Útil para prever resultados de saúde adversos
- Útil para estabelecer metas de cuidados
- Útil para adaptar os planos de tratamento ao grau de fragilidade
- Útil para otimizar a gestão de recursos

- 1, 2, 3 – “em boa forma”
- 4 – vulnerável
- 5 – viver com fragilidade
  - 6 – moderado grau
  - 7 – severo grau
  - 8 – elevado grau
- 9 – fim de vida

### Clinical Frailty Scale

**CLINICAL FRAILTY SCALE**

1	<b>HEALTHY</b>	People who are robust, active, energetic and enquiring. They tend to continue to improve and are among the fittest for their age.
2	<b>FRAIL</b>	People who have an acute disease episode but are not in the category 1. They may wonder if an area is weaker occasionally e.g. visually.
3	<b>MODERATELY FRAIL</b>	People whose medical problems are well controlled, were occasionally episodic, but often are not regularly active beyond routine walking.
4	<b>LIVING WITH FRAILTY</b>	Probably “vulnerable” this category includes people from complete independence. They are not dependent on others for daily life, often experience health problems. A condition is considered to be “lived with” when it takes time during the day.
5	<b>LIVING WITH FRAILTY</b>	People who often have dependent living, and tend to rely on help with their day-to-day activities of daily living (walking, transportation, heavy housework). Typically, individuals progressively lose their shopping and walking routine, and may experience medication and hospital treatment high frequency.

6	<b>LIVING WITH FRAILTY</b>	People who need help with at least one activity and walk frequently. They do not need help with dressing and might need someone to drive to hospital or shopping.
7	<b>LIVING WITH FRAILTY</b>	Completely dependent for personal care. They require help with dressing and eating. They are unable and not at all mobile (able to walk).
8	<b>LIVING WITH FRAILTY</b>	Completely dependent for personal care and supporting and/or able. Typical of people who are not able to walk.
9	<b>TERMINAL</b>	Approaching the end of life. This category includes people with a life expectancy of months, who are not able to do things with complete help. (Many normally fit people can still wonder what are they to do?)

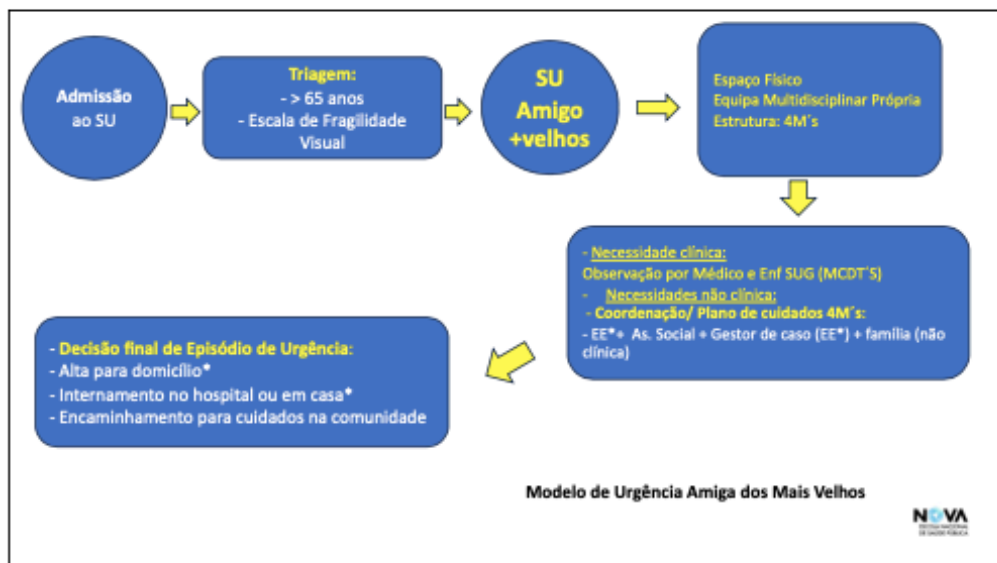
**SCORING FRAILTY IN PEOPLE WITH DEMENTIA**

The degree of frailty, generally, is unrelated to the degree of dementia. However, people with dementia may not be able to report on their own health. It is important to ask someone else about their health. It is also important to ask about their ability to do things with complete help. It is also important to ask about their ability to do things with complete help.

**DALHOUSIE UNIVERSITY**

<https://www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/clinical-frailty-scale.html>

13



14

## SU\_ A+V



NOVA

### • Espaço físico

- Organizar:
  - Múltiplas dicas de orientação temporo-espacial incluindo relógios, calendários, sinalizações claras da direção para o WC e quartos / camas;
  - Corredores em espaços agradáveis para caminhar com segurança; Certificar-se de que os assentos das sanitas, as barras de apoio e corrimãos têm cores contrastantes;
  - Se houver mais recursos disponíveis, pode instalar-se pavimento de cor mate (não brilhante) e iluminação de boa qualidade.

15

## 4M's

- What Matter's (o que importa)
- Medicação
- Mentality (orientação)
- Mobility




NOVA



- São uma estrutura (e não um programa) para orientar cuidados
- Consegue-se através da redistribuição dos recursos
- Implementados em conjunto -> já são usados nos sistemas de

16

8



**NOVA**  
NUTRIÇÃO


## Exemplos:

- **What matter's:** perguntar, documentar e partilhar com toda a equipa; Alinhar o plano com o que é mais importante
- **Medication:** Analisar o uso de medicamentos de alto risco e documentar, evitar se possível ou for desnecessário e comunicar alterações
- **Mentality:** despistar delirium a cada 12H e registar resultados; Garantir hidratação, orientação temporal, lugar, situação (família) Apoiar sono não farmacológico
- **Mobility:** identificar limitações de mobilidade e documentar. Garantir mobilidade precoce, frequente e segura

17

**NOVA**  
NUTRIÇÃO

## Equipa 4M's




---

**Utente** mais velho ou uma familiar/cuidador

---

**Líder / patrocinador** – defende, autoriza e patrocina as atividades da equipa, envolve outros líderes séniores, outros grupos, para remover barreiras

---

**AH/ Gestor** – representa a equipa, trabalha eficazmente com a milícia, tomar medidas necessária e fazer mudanças na unidade, investir na sustentação de mudanças que se traduzam em melhorias

---

**Especialistas clínicos** – médicos, enfermeiros, fisioterapeuta, Assistente Social, Farmacêutico, Capelão


Representem fortemente os 4M's no contexto

18

**Nova**  
UNIVERSIDADE

## Futuro

- Diminuir a mortalidade e morbilidade associada ao tempo de permanência no SU
- Identificar e diminuir internamentos evitáveis
- Ajustar rácio de médico/enf<sup>o</sup> no modelo de urgência geriátrica (maior necessidade de cuidados, menor complexidade clínica)
- Integração de cuidados na comunidade
  - mapeamento das respostas da comunidade
  - partilha de competências entre hospital, centros de saúde e sector social
  - integração de cuidados com equipas de cuidados de saúde primários
- Articulação com UHD
  - Privilegiar internamento no domicílio
- Articulação com equipas de Doentes com Doença Crónica Complexa
  - Aumentar cuidados de saúde na comunidade
  - Diminuir admissões evitáveis no SU



19

**Nova**  
UNIVERSIDADE

## A sua opinião é importante



20

10