

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

CONCEPTUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA IDOSA: ORIGENS E RUMOS

CONCEPTUALIZATION OF THE CENTERED CARE IN OLDER PEOPLE: ORIGINS AND PATHS

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA MAYOR: ORÍGENES Y DIRECCIONES

Maria Miguel Barbosa - Universidade da Beira Interior. Centro de Investigação em Ciências da Saúde (CICS -UBI) (Portugal). Centro de Investigação em Tecnologia e Serviços de Saúde (CINTESIS); Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6838-4969>

Rosa Marina Afonso - Universidade da Beira Interior (Portugal). CINTESIS, Universidade do Porto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2111-6873>

Constança Paul - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. CINTESIS, Universidade do Porto.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9214-7805>

Javier Yanguas - Fundación Bancaria La Caixa e Aubixa Fundazioa.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8479-9934>

Autor Correspondente/Corresponding Author:

Maria Miguel Barbosa - Universidade da Beira Interior, Portugal. mariambc@live.com.pt

Recebido/Received: 2020-06-02 Aceite/Accepted: 2020-09-26 Publicado/Published: 2020-12-29

DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2020.6\(3\).449.366-382](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2020.6(3).449.366-382)

©Autor(es) (ou seu(s) empregador(es)) e RIASE 2020. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

©Author(s) (or their employer(s)) and RIASE 2020. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

RESUMO

Objetivos: Em relação aos cuidados centrados na pessoa idosa pretende-se: explorar as origens, influências e evolução conceptual; descrever o percurso de desenvolvimento e tendências atuais bem como refletir sobre potencialidades futuras.

Metodologia: Da pesquisa efetuada em inglês, espanhol e português, nas bases de dados EBSCO-PSY/ASC, PubMed, SciELO e B-on, incluíram-se 39 documentos.

Resultados: A perspetiva da atenção centrada na pessoa teve a sua génese na psicologia humanista que inspirou a aplicação da abordagem em diversas áreas. Kitwood desenvolveu os cuidados centrados na pessoa com demência em resposta aos modelos tradicionais com foco biomédico. Estes trabalhos foram revolucionários e motivaram progressos que são apresentados ao longo do artigo. A evolução dos cuidados centrados na pessoa idosa tem sido variada e constante. Ainda que não exista uma definição universal, salienta-se a relevância dedicada ao estudo dos valores, elementos e domínios orientadores da filosofia. Atualmente, este paradigma configura o mais alto padrão de qualidade ao nível dos cuidados a pessoas mais velhas, independentemente dos seus diagnósticos.

Conclusão: Os avanços neste campo demonstram investimento na atenção ética, no respeito pelo bem-estar e direitos das pessoas. Esta abordagem possui inúmeras potencialidades de operacionalização com consequências ao nível do estudo científico, do desenvolvimento conceptual, da definição de políticas e da planificação, execução e avaliação de práticas nos serviços gerontológicos.

Palavras-chave: Assistência Centrada no Paciente; Direitos dos Idosos; Gerontologia; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Pessoas Idosas.

ABSTRACT

Introduction: Regarding centered care in older people it is intended to: explore the origins, influences and conceptual evolution; describe the development path and current trends and reflect on potential future developments.

Methodology: From the research conducted in English, Spanish and Portuguese, in the databases EBSCO-PSY/ASC, PubMed, SciELO and B-on, 39 documents were included.

Results: The perspective of person-centered attention had its genesis in humanistic psychology that inspired the application of the approach in several areas. Kitwood developed person-centered dementia care in response to traditional biomedical focused models. These developments were revolutionary and motivated the progress that is presented throughout the article.

The evolution of elderly centered care has been diverse and constant. Although there is no universal definition, the relevance dedicated to the study of the values, elements and domains that guide philosophy is highlighted. Currently, this paradigm is considered as the highest quality standard in terms of care for older people, regardless of their diagnoses.

Conclusion: Advances in this field show concern for ethical attention and respect for people's well-being and rights. Thus, this approach has many potentialities with consequences in terms of scientific study, conceptual development, policy definition and planning, execution and evaluation of practices in gerontological services.

Keywords: Aged; Aged Rights; Client-Centered Care; Gerontology; Health Services for the Aged; Patient-Centered Care.

RESUMEN

Introducción: En relación con la Atención Centrada en la Persona Mayor se pretende: explorar los orígenes, las influencias y la evolución conceptual; describir la ruta y las tendencias actuales y reflexionar sobre posibles desarrollos futuros.

Métodos: De la busca realizada en inglés, español y portugués, en las bases de datos EBSCO-PSY/ASC, PubMed, SciELO y B-on, se incluyeron 39 documentos.

Resultados: La perspectiva de la atención centrada en la persona tuvo su origen en la psicología humanista que inspiró la aplicación del enfoque en varias áreas. Kitwood desarrolló la atención centrada en la persona con demencia en respuesta a modelos tradicionales con un enfoque biomédico. Estos trabajos fueron revolucionarios y motivaron progresos que se presentan a lo largo del artículo.

La evolución de la atención centrada en los ancianos ha sido variada y constante. Aunque no existe una definición universal, se destaca la relevancia dedicada al estudio de los valores, elementos y dominios que guían la filosofía. Actualmente, este paradigma establece el estándar de calidad más alto en términos de atención para las personas mayores, independientemente de sus diagnósticos.

Conclusión: Los avances en este campo muestran preocupación por la atención ética y respeto por el bienestar y los derechos de las personas. Por lo tanto, este enfoque tiene numerosas potencialidades con consecuencias en términos de estudio científico, desarrollo conceptual, definición de políticas y planificación, ejecución y evaluación de prácticas en servicios gerontológicos.

Descriptores: Atención Dirigida al Paciente; Derechos de los Ancianos; Gerontología; Hogares para Ancianos; Personas Mayores.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é uma conquista que gera diferentes desafios e necessidades tais como o aumento de situações de dependência que exigem serviços de cuidados profissionais⁽¹⁻³⁾. Os modelos de base assistencial que têm dominado a prestação de cuidados a idosos⁽⁴⁻⁵⁾, tendem a centrar o seu foco na doença/défices e nos serviços, apresentam uma organização rígida, práticas uniformizadas e procedimentos padronizados⁽⁶⁾. Este tipo de modelos tem demonstrado sinais de baixa sustentabilidade no respeito pelos direitos das pessoas idosas e na promoção de cuidados de qualidade⁽³⁻⁴⁾. Neste contexto, várias entidades e autores (e.g., Martínez, 2016 e World Health Organization, 2015), defendem a necessidade de mudança de modelos, tornando-os cada vez mais centrados na pessoa.

A perspectiva inicial dos Cuidados Centrados na Pessoa teve a sua génese na psicologia humanista, sobretudo na psicoterapia centrada no cliente de Carl Rogers⁽⁷⁻⁹⁾. Esta corrente preconizava que cada pessoa era um ser único, multidimensional e em desenvolvimento. Em relação ao bem-estar integral recomendava que as dimensões psicossociais, relacionais e espirituais eram tão importantes como as físicas⁽¹⁰⁾. Neste contexto foi promovida uma mudança nas relações terapêuticas tradicionais (caracterizadas por distanciamento e focadas nas dificuldades e procedimentos), para interações com ênfase no relacionamento terapêutico próximo, centradas na pessoa, experiência individual e reconhecimento de capacidades⁽¹¹⁾. Neste sentido, Rogers defendeu que uma abordagem centrada na pessoa devia fomentar a otimização do potencial humano⁽¹²⁾ e que o profissional devia promover três condições básicas: aceitação incondicional, empatia e autenticidade⁽⁹⁾. Consequentemente, a intervenção deveria ser não-diretiva, sendo a função do terapeuta respeitar e promover a tendência de auto-atualização da pessoa (i.e., a natural propensão para a evolução numa direção positiva na procura da autorrealização e melhoria)⁽⁹⁾. Era ainda defendido que, com o aumento da idade, as capacidades/necessidades humanas de crescimento e desenvolvimento mantinham-se e permaneciam relevantes. Assim, para se facilitar a evolução, nas fases avançadas da vida, deveriam ser proporcionadas oportunidades de aprendizagem contínua, desafios pessoais e usufruto de relacionamentos próximos⁽¹²⁾.

Esta perspectiva inspirou a aplicação da abordagem centrada na pessoa em diversas áreas e serviços como a educação, saúde e gerontologia^(1,7-9,13). Nesta linha, na década de 80, o gerontólogo fundador do *Bradford Dementia Group*, Tom Kitwood, incentivou à contextualização desta abordagem na prestação de cuidados a pessoas com demência⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. No final dos anos 90, o conceito de Cuidados Centrados na Pessoa com Demência (CCPD)⁽¹⁶⁾ difundiu-se, especialmente no Reino Unido⁽⁷⁾ e foi introduzido nos contextos institucionais⁽¹⁷⁾. Este paradigma foi-se generalizando aos cuidados a pessoas idosas independentemente dos seus diagnósticos⁽¹⁸⁾.

Este artigo objetiva: 1. Explorar as origens, influências e evolução conceptual dos Cuidados Centrados na Pessoa Idosa (CCPI); 2. Descrever o percurso de desenvolvimento desta abordagem e suas tendências atuais e 3. Refletir sobre as suas potencialidades futuras. Para tal, a síntese narrativa dos resultados, será apresentada de acordo com dois principais temas constantes nos artigos explorados: origens dos CCPI e marcos conceptuais influentes.

METODOLOGIA

Em congruência com os objetivos supramencionados, foi adotada a metodologia de revisão narrativa da literatura por consistir numa revisão apropriada para descrever, explorar e discutir o estado da arte e desenvolvimento de um assunto sob ponto de vista teórico ou contextual⁽¹⁹⁻²¹⁾. Ainda que neste tipo de revisão não sejam necessárias análises sistemáticas e exaustivas⁽¹⁹⁻²¹⁾, procurou-se conferir maior objetividade e sistematicidade através da planificação e consecução de uma metodologia de pesquisa organizada e abrangente.

Inicialmente, exploraram-se os termos associados à temática através da identificação das palavras-chave de artigos relevantes, assim como de variantes linguísticas e redes semânticas (em inglês, espanhol e português). Para tal recorreu-se a dicionários de sinónimos e expressões idiomáticas e aos *thesaurus* MeSH e DeCS. Os termos que constavam num maior número de documentos (nas bases de dados: EBSCO-PSY/ASC, PubMed, SciELO e B-on) foram conjugados e relacionados com operadores booleanos.

Seguiu-se a aplicação de equações de pesquisa (e.g., (“person centered care” OR “patient centered care”) AND (senior* OR elderly* OR gerontolog*)), nas bases de dados e línguas supracitadas, sem critério temporal. A exploração e aplicação da estratégia de pesquisa decorreu entre março e 4 de julho de 2019.

Foram identificados 1671 registos por meio de bases de dados e 62 referências cruzadas. Prosseguiu-se à extração dos artigos, organização no Mendeley e eliminação dos duplicados. Em seguida, passou-se à fase de seleção por título e resumo e, posteriormente, por texto integral (figura 1). Incluíram-se artigos de revisão, opinião, investigação empírica, relatórios e trabalhos académicos que abordavam informações pertinentes sobre a origem e percurso dos CCPI bem como marcos do seu desenvolvimento. Excluíram-se protocolos de estudo. Posteriormente, procedeu-se à extração dos resultados, à sua organização cronológica em tabelas piloto e à síntese narrativa da informação.

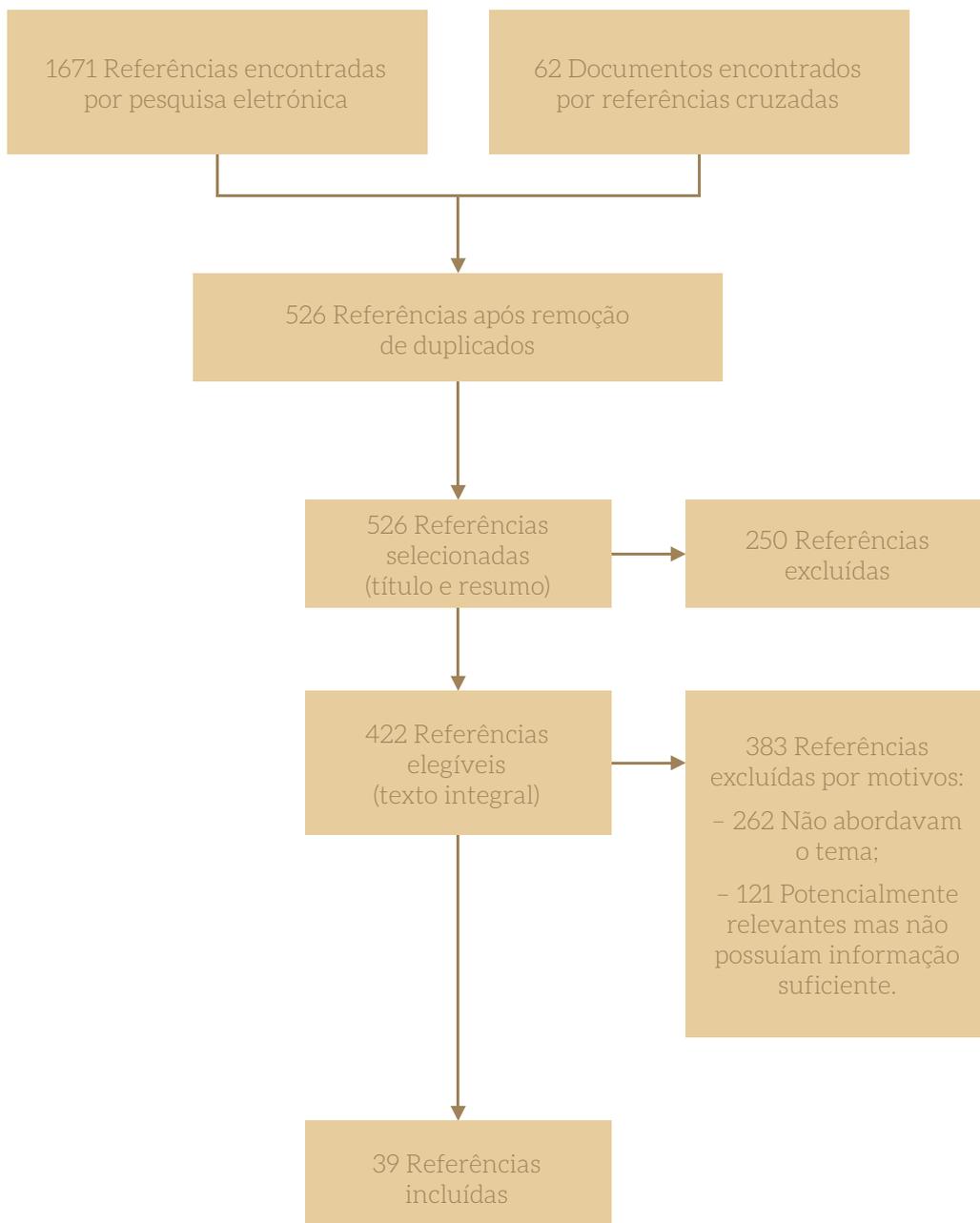


Figura 1 - Diagrama do processo de seleção.

RESULTADOS

Dos 39 documentos incluídos, identificaram-se 15 artigos de revisão/opinião, 4 revisões sistemáticas da literatura, 16 investigações empíricas, 2 relatórios e 2 teses de doutoramento. Os documentos foram organizados de acordo com os temas que apresentavam: 21 abordavam origens dos CCPI e 8 exploravam outros marcos conceptuais influentes. Adicionalmente, 10 artigos continham simultaneamente os dois domínios. Desta forma, foi adotada uma estrutura de organização de síntese dos resultados, congruente com os sub-tópicos supracitados.

Origens dos CCPI

Perspetivas sobre a demência – modelos focados na doença versus abordagens centradas na pessoa

Os CCPD surgiram como resposta às críticas ao modelo designado por alguns autores como biomédico^(11,13,22). Este modelo tradicional curativo, para além de promover a supremacia do profissional considerando-o um especialista em relação à vida da pessoa⁽²³⁾, considerava o envelhecimento como patológico e interpretava a pessoa como um recetor passivo de cuidados⁽⁴⁾. Neste sentido, a demência era compreendida como uma condição em que a deterioração e as dificuldades eram inevitáveis e o centro da atenção. Assim, considerava-se que as pessoas com demência teriam pouco potencial, que a falta de qualidade de vida era inevitável e nada poderia ser feito para as ajudar a viver bem^(22,24). Desta forma, era promovido um tratamento rígido, padronizado e focado nos procedimentos⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Em contraposição, os autores Kitwood e Bredin⁽²⁵⁾, apresentaram evidências que sugeriam que a demência não progredia universalmente de maneira linear, variando idiossincraticamente. Nesta linha, compreenderam que as dificuldades que as pessoas com demência experienciavam não eram apenas consequência da doença em si. Ou seja, os sintomas cognitivos e comportamentais eram a expressão de múltiplas causas^(11,27). Concluíram, assim, que o meio e os relacionamentos podiam ter um efeito mais significativo do que a própria doença^(8,11,27).

Neste contexto, ocorreu uma reconceptualização da demência e dos seus sintomas como um processo determinado não apenas por aspetos patológicos, mas como o resultado de uma interação dinâmica entre o comprometimento neurológico e fatores psicossociais⁽¹¹⁾. Consequentemente, Kitwood defendeu a necessidade de criar uma nova cultura de cuidados, em que a pessoa deveria ser o foco e as práticas deveriam ser pautadas por alta qualidade^(22,28-29). Para tal, operacionalizou um conjunto de construtos e valores que ampliaram o potencial de interpretação e intervenção no apoio à pessoa durante as suas experiências de vida com demência^(22,25).

“Personhood”, necessidades psicossociais e CCPD

Na perspectiva de Kitwood uma abordagem de CCPD deveria preservar e proteger a “personhood” e colmatar as necessidades da pessoa ao longo do curso e desenvolvimento da demência^(22,30).

O conceito de “personhood” remete para os atributos e o estatuto de se “ser uma pessoa”⁽³¹⁾, designando a condição que é concedida ao ser humano⁽³²⁻³³⁾. Este constructo: expressa os valores e a singularidade de cada indivíduo^(8,34-37); tem um carácter holístico^(8,36-37) e identifica que a importância dos vínculos e interconexão^(8,35,37).

Adicionalmente, Kitwood identificou (além das necessidades físicas), cinco necessidades psicossociais que devem ser consideradas nos cuidados^(11,25,31): 1. amor e conforto, 2. apego; 3. inclusão; 4. ocupação em interesses; 5. identidade íntegra e reconhecida pelos outros. O autor considerava que estas necessidades estão presentes em todos os seres humanos, no entanto, é provável que se exacerbem nas pessoas com demência por estarem menos propensas a tomar medidas para as satisfazer^(25,31). Por conseguinte, a abordagem dos CCPD interpretava os comportamentos não adaptativos como sinais de necessidades não atendidas⁽³⁸⁾. Isto é, reconhecia que se existissem necessidades não colmatadas, estas poderiam desencadear sintomas comportamentais ou neuropsiquiátricos⁽³⁹⁾. Tendo esta premissa como base, era preconizado que os cuidadores estivessem mais atentos, oferecendo resposta às necessidades do indivíduo ao invés de se concentrarem no controlo comportamental⁽³⁹⁾.

Salienta-se que o conceito de ‘personhood’ e a resposta às necessidades individuais, constituem linhas centrais na abordagem dos CCPD^(11,13,27). Nesse contexto, Kitwood sustentava que a utilização do termo CCPD reunia ideias e formas de trabalhar⁽¹¹⁾. Ou seja, os CCPD não representavam nenhuma técnica ou intervenção terapêutica específica, mas configuravam uma abordagem multidimensional aos cuidados, isto é, uma filosofia constituída por um conjunto de valores fundamentais^(8,40).

Consequências para a prática da abordagem dos CCPD

Nos CCPD os critérios de bem-estar e qualidade de vida são subjetivos, idiossincráticos^(12,16) e inerentes à promoção da “personhood”⁽³¹⁾. Nesse sentido, é importante ter consciência das interações que influenciam essas variáveis, tanto no sentido positivo como no negativo⁽³¹⁾.

Foi nesta linha que Kitwood desenvolveu, em 1997, o “Positive Person Work” (PPW) e a “Malignant Social Psychology” (MSP):

- A MSP congrega comportamentos que ameaçam a individualidade e o bem-estar da pessoa com demência (trair, não empoderar, infantilizar, intimidar, rotular, estigmatizar, ultrapassar/não dar atenção devida, não-validar, rejeitar, objetificar, ignorar, impor, privar, acusar, interromper, gozar e desvalorizar). Na perspectiva de Kitwood, este tipo de tendências despersonalizantes podem ocorrer não por intenções maliciosas, mas como um produto da falta de valorização e formação especializada dos cuidadores^(11,31,40-41).
- O PPW define um conjunto de comportamentos que podem ocorrer durante as interações na prestação de cuidados e tendem a promover a humanização e o bem-estar da pessoa mesmo perante o declínio das suas capacidades cognitivas⁽³¹⁾. Fazem parte dessas atitudes: 1. reconhecer e aceitar a pessoa, história de vida, pensamentos, sentimentos e desejos; 2. negociar com a pessoa as suas preferências e envolvê-la nas decisões; 3. estabelecer uma relação de parceria colaborativa; 4. recrear através de atividades significativas e prazerosas; 5. receber/aceitar as gentilezas da pessoa; 6. promover estimulação dos sentidos (timalation); 7. comemorar as conquistas da pessoa (além das ocasiões especiais); 8. permitir que a pessoa relaxe sozinha; 9. validar a perspectiva e realidade da pessoa (mesmo que sejam resultado de alucinações/percepções diferentes das do cuidador); 10. fornecer um ambiente psicológico seguro para a autoexpressão; 11. incentivar a pessoa à criatividade e espontaneidade e 12. apoiar a pessoa permitindo que faça o que de outra forma seria incapaz de fazer.

Em suma, a MSP e o PPW configuravam referências práticas e incentivavam a que os cuidadores possuíssem maior consciencialização do seu impacto comportamental e se concentrassem menos “no que é feito” e mais no “como” é feito⁽²⁵⁾, promovendo níveis ótimos de CCPD potenciadores da individualidade, humanização e dignidade^(25,31).

Outros marcos conceituais influentes

É unânime que a base dos CCPD é atribuída aos trabalhos de Kitwood^(7,14-15,42) e que os seus desenvolvimentos continuam a ser o suporte essencial da atual abordagem de CCPI⁽³¹⁾. Adicionalmente, o seu trabalho constituiu a base para uma série de outros progressos relevantes neste âmbito.

A tabela 1 apresenta uma sistematização cronológica dos principais contributos.

Tabela 1 – Sistematização cronológica de contributos conceptuais dos CCPI.

Autor(es)	Contributo
Adams e Clarke (1999)	Reconheceram a importância das parcerias no cuidado: permitem o envolvimento direto na tomada de decisão das pessoas, famílias e cuidadores, com base na reciprocidade, partilha e relações de colaboração ⁽¹⁰⁾ .
Epp (2003)	Nomeou como principais elementos: foco na pessoa; ênfase nas histórias e preferências únicas; exclusão de práticas desumanas; manutenção da dignidade/autonomia e centralidade dos relacionamentos ^(10,36) .
McCormack (2003)	Enfaticou a necessidade de os cuidadores particularizarem o sentido único da pessoa e de estabelecerem uma parceria. Defendeu como princípios fundamentais que todos os indivíduos têm dignidade, autonomia, valores, significados e um conjunto de visões, histórias, princípios, desejos morais e capacidades ^(10,15,31,40,43-44) .
Nolan, Davies, Brown, Keady, e Nolan (2004)	Definiram o “senses framework”: dimensões subjetivas/percetivas das experiências intrapessoais de prestar/receber cuidados ^(15,31,42) . Defendem que para existirem cuidados de qualidade os agentes envolvidos devem experimentar sensações de: segurança, pertença, continuidade, utilidade, propósito, conquista/progresso, importância e compreensão do que acontece. A análise destes fatores, permite obter uma perspetiva global dos cuidados e facilitar uma boa cooperação ⁽⁴⁵⁾ .
Brooker (2004, 2007)	Decompôs o cuidado centrado na pessoa em quatro elementos: V:Valorizar a pessoa (independentemente da idade ou capacidade) e os cuidadores; I:Individualizar a abordagem; P:compreender o mundo sob a perspetiva da pessoa; e S:proporcionar um ambiente social que sustente as necessidades psicológicas ^(25,30,32,40,45) .
Fox <i>et al</i> (2005)	Identificaram sete domínios, que devem ser promovidos, para potenciar o bem-estar e vida digna (identidade, crescimento, autonomia, segurança, conexão, significado e alegria) ^(1,10) .
Edvardsson, Fetherstonhaugh, e Nay (2010)	Organizaram componentes, em cuidados residenciais, identificados por pessoas com demência, familiares e funcionários: promover uma continuidade do “eu” e da normalidade; conhecer a pessoa; envolver a família; fornecer atividades significativas; estar num ambiente personalizado; experienciar rotinas flexíveis e continuidade dos parceiros de cuidado ^(1,10,46) .
Martínez (2011)	Salientou, que os CCPI constituem um enfoque de atenção onde o indivíduo, partindo da sua autodeterminação em relação à qualidade de vida, é parte central e integrante de todas as intervenções ⁽⁴⁷⁾ .

Mais recentemente a World Health Organization⁽⁴⁾, definiu a atenção centrada na pessoa idosa como uma abordagem integral baseada nos direitos humanos e que requer que a pessoa seja o referente e motor do processo de cuidados. Assim, organizou princípios sobre CCPI dos quais se destacam: 1. o envelhecimento é uma parte normal e valiosa da vida; 2. a pessoa é mais do que a sua condição/doença; 3. a meta dos cuidados é potenciar as capacidades, autoexpressão, dignidade e autonomia; 4. é essencial facilitar educação/informações para que a pessoa participe ativamente e tenha poder de escolha na sua vida e cuidados; 5. os cuidados a longo prazo devem, expressamente, considerar perspectivas, experiências, necessidades, expectativas e preferências dos indivíduos e 6. a pessoa deve ser considerada no contexto da sua vida e ter apoio na manutenção de vínculos. Neste contexto, em relação aos cuidadores, a mesma entidade defende que devem ser capacitados, ter prestígio e reconhecimento social. É ainda destacada a importância da partilha de informação, da definição de papéis profissionais e do trabalho em equipa multidisciplinar (organizado de maneira a facilitar potencialidades e contribuições)⁽⁴⁾.

DISCUSSÃO

A literatura explorada é consensual ao reconhecer que os princípios preconizados pela psicologia humanista, foram essenciais e alavancaram os trabalhos de Kitwood⁽⁷⁻⁹⁾.

Apresentando os CCPD como uma abordagem que se contrapunha aos modelos tradicionais com foco biomédico, Kitwood reconceptualizou a demência e os seus sintomas^(11,13,22). Este processo configurou um marco essencial e um ponto de viragem no que respeita ao potencial de interpretação e intervenção neste campo. Neste seguimento, o autor cunhou o conceito de “personhood” e, destacando cinco necessidades humanas, enfatizou a natureza relacional dos CCPD na promoção do bem-estar das pessoas com demência^(11,22,25,30-31). Assim, desenvolveu os quadros conceptuais da MSP e do PPW, que estimulam os cuidadores a refletir sobre as suas práticas de cuidado (e o seu impacto). No mesmo contexto, destacam – através de uma abordagem integradora e de atenção plena – a valorização do papel dos cuidadores bem como da sua missão na potenciação da individualidade e da humanização das pessoas com demência^(11,25,31,40-41).

O trabalho de Kitwood inspirou uma (r)evolução nas abordagens dos cuidados. E, embora a concetualização inicial tenha sido desenvolvida para pessoas com demência, a abordagem tem-se generalizado para os cuidados a pessoas mais velhas (independentemente dos seus diagnósticos) particularmente às que vivem em instituições de cuidados a longo prazo⁽¹⁸⁾.

A exploração dos resultados obtidos nesta revisão narrativa, sugere que a evolução dos CCPI tem sido variada e constante. Ainda que não exista uma definição universal, aceite e unificada⁽⁴⁸⁾ salienta-se, através da análise dos marcos conceptuais influentes a especial relevância dedicada ao estudo dos valores, elementos e princípios orientadores da filosofia, práticas e qualidade dos cuidados.

As evidências sugerem que, atualmente, a atenção centrada na pessoa configura o mais alto padrão de qualidade ao nível dos cuidados gerontológicos^(4,8,18). Este avanço é significativamente importante e demonstra um investimento consistente na atenção ética, na compreensão profunda dos seres humanos e no respeito pelos seus direitos e bem-estar. Representa, assim, uma influente motivação na mudança cultural rumo à melhoria da qualidade dos cuidados^(18,33).

É no mesmo âmbito que o “World report on ageing and health”⁽⁴⁾, alerta para a necessidade urgente de se promoverem ações integrais sobre o envelhecimento da população e afirma que a estratégia passa por fomentar uma mudança de paradigma transformando os sistemas que se norteiam por modelos curativos em sistemas de CCPI. Neste sentido, a mesma entidade refere que os sistemas de cuidados a longo prazo apresentam consideráveis variações entre países (e.g., em virtude das preferências culturais, dos recursos disponíveis e das infraestruturas de base). Deste modo, recomenda que: “Although there are major knowledge gaps, we have sufficient evidence to act now, and there are things that every country can do, irrespective of their current situation or level of development”^(4:211).

Assim, de forma a potenciar uma mudança robusta de paradigma e a adaptar modelos teóricos e práticos que promovam CCPI fundamentados cientificamente, os planos e políticas devem considerar as necessidades das populações, bem como as características das organizações que promovem cuidados gerontológicos, pelo que este fator representa uma potencial linha de desenvolvimento futuro.

CONCLUSÃO

A necessidade de evolução dos modelos de cuidados gerontológicos torna o momento atual particularmente oportuno para compreender a base, o desenvolvimento, as tendências e potencialidades futuras dos CCPI.

O presente estudo permite concluir que existe uma série de progressos relevantes na origem, influência e desenvolvimento conceptual dos CCPI. Esta abordagem multidimensional tem inerente a otimização da qualidade dos cuidados e possui inúmeras potencialida-

des de operacionalização com consequências significativas ao nível do estudo científico, do desenvolvimento conceptual, da definição de políticas e ainda da planificação, execução e avaliação de práticas nos serviços gerontológicos. Este paradigma pode contribuir significativamente para o avanço dos cuidados à pessoa idosa.

O potencial risco de viés das referências selecionadas configura uma limitação deste estudo. Este fator está inerente aos procedimentos da metodologia de revisão narrativa que não pressupõe a avaliação da qualidade dos documentos incluídos nem análises sistemáticas e exaustivas. De forma a colmatar esta limitação, procurou-se conferir maior objetividade, sistematicidade e qualidade através da planificação e consecução de um processo de pesquisa definido e organizado. Esta metodologia permitiu uma vasta inclusão de estudos bem como a integração abrangente de informação, exemplos e evidências. Disponibiliza-se, assim, uma síntese do atual estado de conhecimento relevante para o desenvolvimento futuro desta área.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Suporte Financeiro: Maria Miguel Barbosa teve bolsa de doutoramento no PDGG ICBAS-UA, da Fundação para a Ciência e Tecnologia [FCT, SFRH/BD/138897/2018], financiada com fundos nacionais do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e Fundo Social Europeu por meio do Programa Operacional Capital Humano (POCH, UE).

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Support: Maria Miguel Barbosa holds a PhD grant to PDGG ICBAS-UA, from the Fundação para a Ciência e Tecnologia [FCT, SFRH/BD/138897/2018], financed by national funds from Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior and Fundo Social Europeu through the Programa Operacional Capital Humano (POCH, UE).

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

REFERÊNCIAS

1. Martínez T, Suárez-Álvarez J, Yanguas J, Muñiz J. Spanish validation of the Person-centered Care Assessment Tool. *Aging Ment Health*. 2015;20:550-8. doi:10.1080/13607863.2015.1023768
2. Kinsella K, Phillips DR. Global Aging: The challenge of success. *Population Bull*. 2005; 60.

3. Zubritsky C, Abbott K, Hirschman K, Bowles K, Foust J, Naylor M. Health-related quality of life: Expanding a conceptual framework to include older adults who receive long-term services and supports. *Gerontologist*. 2013;53:205-10. doi:10.1093/geront/gns093
4. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva:WHO; 2015. [accedida jan 2020]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
5. Díaz-Veiga P, Uriarte A, Yanguas J, Cerdó M, Sancho M, Orbegozo A. ¿Estamos mejorando la atención? Efectos de intervenciones relativas al Modelo de Atención Centrado en la Persona en un grupo residencial. *Zerb Rev Serv Soc*. 2016;61:53-63. doi:10.5569/1134-7147.61.04
6. Koren MJ. Person-Centered Care For Nursing Home Residents: The Culture-Change Movement. *Health Aff*. 2010;29:1-6. doi:10.1377/hlthaff.2009.0966
7. Austrom M, Carvell CA, Alder CA, Gao S, Boustani M, LaMantia M. Workforce development to provide person-centered care. *Ageing Ment Health*. 2016;20:781-92. doi:10.1080/13607863.2015.1119802
8. Manthorpe J, Samsi K. Person-centered dementia care: current perspectives. *Clin Interv Aging*. 2016;11:1733-40. doi:10.2147/CIA.S104618
9. González A, Castillo R, Hernández L. Calidad de la atención y calidad de vida: Atención gerontológica centrada en las personas. *Conamed*. 2016;21:197-202.
10. Love K, Pinkowitz J. Person-centered care for people with dementia: a theoretical and conceptual framework. *Generations*. 2013;37:23-9.
11. Fazio S, Pace D, Kallmyer B, Pike J. Alzheimer's association towards guidelines for dementia care practice: recommendations with emphasis on high-quality, person-centered care in long-term and community-based care settings. *Alzheimers Dement*. 2018;14:520-1. doi:10.1016/j.jalz.2018.03.001
12. Brownie S, Nancarrow S. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clin Interv Aging*. 2013;8:1-10. doi:10.2147/CIA.S38589
13. Zhong XB, Lou VWQ. Person-centered care in Chinese residential care facilities: a preliminary measure. *Aging Ment Health*. 2013;17:952-8. doi:10.1080/13607863.2013.790925

14. Barbosa A, Nolan M, Sousa L, Marques A, Figueiredo D. Effects of a psychoeducational intervention for direct care workers caring for people with dementia: Results From a 6-Month Follow-Up Study. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2016;31:144-55. doi:10.1177/15333317515603500
15. Martínez T. La Atención Centrada en la Persona en los servicios gerontológicos: modelos de atención y evaluación. [Tesis doctoral]. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2015.
16. Sjögren K, Lindkvist M, Sandman P, Zingmark K, Edvardsson D. Psychometric evaluation of the swedish version of the Person-Centered Care Assessment Tool. *Int Psychogeriatr*. 2012;24:406-15. doi: 10.1017/s104161021100202x
17. Medeiros K, Doyle P. Remembering the person in person-centered residential dementia care. *Generations*. 2013;37:83-6.
18. Chaudhury H, Hung L, Rust T, Wu S. Do physical environmental changes make a difference? Supporting person-centered care at mealtimes in nursing homes. *Dement*. 2017;16:878-96. doi: 10.1177/1471301215622839
19. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul Enferm*. 2007;20:6-7. doi:10.1590/s0103-21002007000200001
20. Grant M, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J*. 2009;26:91-108. doi:10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x
21. Ferrari R. Writing narrative style literature reviews. *Med Writ*. 2015;24:230-5. doi: 10.1179/2047480615Z.000000000329
22. Edvardsson D, Innes A. Measuring person-centered care: a critical comparative review of published tools. *Gerontologist*. 2010;50:834-46. doi:10.1093/geront/gnq047
23. Barbosa A, Sousa L, Nolan M, Figueiredo D. Effects of person-centered care approaches to dementia care on staff: a systematic review. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2015; 30:713-22. doi:10.1177/15333317513520213%0A
24. Downs M. Putting people – and compassion – first: the United Kingdom’s approach to Person-Centered Care for individuals with dementia. *Generations*. 2013;37:53-9.
25. Fazio S, Pace D, Flinner J, Kallmyer B. The fundamentals of person-centered care for individuals with dementia. *Gerontologist*. 2018;58:S10-9. doi:10.1093/geront/gnx122

26. Barbosa A, Nolan M, Sousa L, Figueiredo D. Supporting direct care workers in dementia care: Effects of a psychoeducational intervention. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2015;30:130-8. doi:10.1177/1533317514550331
27. Chenoweth L, Stein-parbury J, Lapkin S, Wang A, Liu Z, Williams A. Effects of person-centered care at the organisational-level for people with dementia. *PLoS One.* 2019;14:1-21. doi:10.1371/journal.pone.0212686
28. Li J, Grandner MA, Chang YP, Jungquist C, Jungquist C, Porock D. Person-centered dementia care and sleep in assisted living residents with dementia: a pilot study. *Behav Sleep Med.* 2017;15:97-113. doi:10.1080/15402002.2015.1104686
29. Haitsma K, Abbott K, Arbogast A, Bangerter L, Heid A, Behrens L, et al. A preference-based model of care: an integrative theoretical model of the role of preferences in person-centered care. *Gerontologist.* 2020;60:376-84. doi:10.1093/geront/gnz075
30. Rokstad A, Vatne S, Engedal K, Selbæk G. The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes. *J Nurs Manag.* 2015;23:15-26. doi:10.1111/jonm.12072
31. Mitchell G, Agnelli J. Person-centred care for people with dementia: Kitwood reconsidered. *Nurs Stand.* 2015;30:46-50. doi:10.7748/ns.30.7.46.s47
32. Stranz A, Sörensdotter R. Interpretations of person-centered dementia care: same rhetoric, different practices? A comparative study of nursing homes in England and Sweden. *J Aging Stud.* 2016;38:70-80. doi:10.1016/j.jaging.2016.05.001
33. McIntyre M. Dignity in dementia: person-centered care in community. *J Aging Stud.* 2003;17:473-84. doi:10.1016/S0890-4065(03)00064-1
34. Eklund J, Holmström I, Kumlin T, Kaminsky E, Skoglund K, Högländer J, et al. Patient Education and Counseling “Same same or different?” A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Educ Couns.* 2019;102:3-11. doi:10.1016/j.pec.2018.08.029
35. Molony S, Kolanowski A, Haitsma K, Rooney K. Person-centered assessment and care planning. *Gerontologist.* 2018;58:S32-47. doi:10.1093/geront/gnx173
36. Sjögren K, Lindkvist M, Sandman P, Zingmark K, Edvardsson D. To what extent is the work environment of staff related to person-centred care? A cross-sectional study of residential aged care. *J Clin Nurs.* 2014;24:1310-9. doi:10.1111/jocn.12734

37. Dilley L, Geboy L. Staff perspectives on person-centered care in practice. *Alzheimers care today*. 2010;11:172-85.
38. Crandall L, White D, Schuldheis S, Talerico KA. Initiating person-centered care practices in long-term care facilities. *J Gerontol Nurs*. 2007;47-56.
39. Kim S, Park M. Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging*. 2017;12:381-97.
40. Barbosa A. Supporting direct care workers caring for people with dementia: exploring the effects of a psycho-educational intervention [Tese de doutoramento]. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2015.
41. Edvardsson D, Fetherstonhaugh D, Nay R, Gibson S. Development and initial testing of the Person-Centered Care Assessment Tool. *Int Psychogeriatr*. 2010;22:101-8. doi:10.1017/s1041610209990688
42. Nolan M, Davies S, Brown J, Keady J, Nolan J. Beyond “person-centered” care: a new vision for gerontological nursing. *J Clin Nurs*. 2004;13:45-53.
43. Dwyer CO. Official conceptualizations of person-centered care: Which person counts? *J Aging Stud*. 2013;27:233-42. doi:10.1016/j.jaging.2013.03.003
44. Young J, Roberts T, Grau B, Edvardsson D. Person-centered Climate Questionnaire-Patient in English: A psychometric evaluation study in long-term care settings. *Arch Gerontol Geriatr*. 2015;61:81-7. doi:10.1016/j.archger.2015.03.010
45. Passalacqua S, Harwood J. VIPS Communication Skills Training for Paraprofessional Dementia Caregivers: An Intervention to Increase Person-Centered Dementia Care. *Clin Gerontol*. 2012;35:425-45. doi:10.1080/07317115.2012.702655
46. Kolanowski A, Haitzma K Van, Penrod J, Hill N, Yevchak A. “Wish we would have known that!” Communication Breakdown Impedes Person-Centered Care. *Gerontologist*. 2015;55:50-60. doi:10.1093/geront/gnv014
47. Martínez T. La Atención Centrada en la Persona en los servicios gerontológicos: Modelos de atención e evaluación. *Estudios de la fundación Pilares para la autonomía personal*. 2016. [accedida jan 2020]. Disponível em: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/ACPenserviciosgerontologicos.pdf>
48. Martínez T. La Atención Centrada en la Persona. Sus aportaciones al cuidado de las personas con Alzheimer. *Informes acpgerontologia*. [accedida jan 2020]. Disponível em: <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/la-atencion-centrada-en-la-persona-sus-aportaciones-al-cuidado-de-las-personas-con>