
RELATÓRIO:

ESTUDO DE INTERVENÇÃO COMPLEXA

As Respostas Sociais no Percurso de Cuidados à Pessoa com Dependência

Equipa:

Manuel Lopes (Coordenador)
Ana Advinha
Anabela Afonso
Ana Frias
César Fonseca
Dulce Cruz
Felismina Mendes
Isaura Serra
Lara Pinho
Rogério Ferrinho

Évora, 2021

Cofinanciado por:

SUMÁRIO

SUMÁRIO EXECUTIVO	7
1. ENQUADRAMENTO.....	15
1.1. CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA DA POPULAÇÃO IDOSA	17
2. ESTUDOS DESENVOLVIDOS	23
2.1. ESTUDO 1 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ERPI E CENTROS DE DIA	23
2.1.1. METODOLOGIA.....	23
2.1.2. RESULTADOS DO ESTUDO 1.....	26
2.2. ESTUDO 2 - CARACTERIZAÇÃO DAS ERPI (ESTRUTURA E PROCESSO)	52
2.2.1. DADOS RELATIVOS À ESTRUTURA	55
2.2.2. DADOS RELATIVOS AO PROCESSO.....	57
2.2.3. DADOS RELATIVOS AOS RECURSOS HUMANOS	66
2.2.4. BREVE CONCLUSÃO	69
3. PROPOSTA DE MODELO DE CUIDADOS	71
3.1. ENQUADRAMENTO	71
3.2. PROPOSTA DE MODELO DE CUIDADOS EM ERPI.....	73
3.2.1. <i>Princípios organizadores dos cuidados</i>	75
3.2.2. <i>Condições estruturais e processuais</i>	79
3.2.2.1. Condições estruturais.....	79
3.2.2.2. Condições Processuais: O modelo de cuidados.....	83
4. CONCLUSÃO	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89

Abreviaturas

BDS – Blessed Dementia Scale

CD – Centro de Dia

CE – Comissão Europeia

CID11 – Classificação Internacional de Doenças

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CNIS – Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade

DGS – Direção Geral da Saúde

ECL - Equipas de Coordenação Local

ENCS - Elderly Nursing Core Set

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

MMSE – Mini Mental State Examination

MIAPE - Multidimensional Integrated Assessment Platform for Elderly

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados

UCCI - Unidades de Cuidados Continuados Integradas

UE – União Europeia

Índice de Figuras

FIGURA 1 - ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO (Nº) POR CONCELHO. VALORES DOS ANOS 2001 E 2019	17
FIGURA 2 – IDADE DAS PESSOAS IDOSAS POR ESTADO CIVIL PARA AMBOS OS GRUPOS (ERPI E CD). O SÍMBOLO × REPRESENTA A MÉDIA E OS PONTOS A PRETO AS PONTUAÇÕES ATÍPICAS.	29
FIGURA 3 - PONTUAÇÕES DE AVALIAÇÃO COGNITIVA (MMSE) PARA AMBOS OS GRUPOS (ERPI E CD). O SÍMBOLO × REPRESENTA A MÉDIA E OS PONTOS A PRETO AS PONTUAÇÕES ATÍPICAS.	31
FIGURA 4 - PERCENTAGEM DE PARTICIPANTES DE AMBOS OS GRUPOS COM E SEM DETERIORAÇÃO COGNITIVA (MMSE).....	31
FIGURA 5 - PONTUAÇÕES DE AVALIAÇÃO INTELECTUAL E DE PERSONALIDADE (BDS) PARA AMBOS OS GRUPOS (ERPI E CD). O SÍMBOLO □ REPRESENTA A PONTUAÇÃO MÉDIA E OS PONTOS A PRETO AS PONTUAÇÕES ATÍPICAS.....	34
FIGURA 6 - PERCENTAGEM DE DETERIORAÇÃO COGNITIVA E DE PERSONALIDADE AVALIADA PELA BDS PARA AMBOS OS GRUPOS (ERPI E CD)	34
FIGURA 7 - PONTUAÇÕES DE FUNCIONALIDADE EM RELAÇÃO AOS DOMÍNIOS DO ENCS E PERFIL GERAL DE FUNCIONALIDADE PARA AMBOS OS GRUPOS (ERPI E CD). O SÍMBOLO × REPRESENTA A PONTUAÇÃO MÉDIA E OS PONTOS A PRETO AS PONTUAÇÕES ATÍPICAS.....	35
FIGURA 8 - NÍVEIS DAS FUNÇÕES DE CONSCIÊNCIA E DE ORIENTAÇÃO NOS DIFERENTES CONTEXTOS (ERPI E CD)	40
FIGURA 9 - NÍVEIS DOR NOS DIFERENTES CONTEXTOS (ERPI E CD).....	41
FIGURA 10 - NÍVEIS DE PROBLEMA NAS FUNÇÕES PRESSÃO ARTERIAL E RESPIRAÇÃO NOS DIFERENTES CONTEXTOS (ERPI E CD).....	41
FIGURA 11 - NÍVEIS DE PROBLEMA NAS FUNÇÕES DE DEFECACÃO NOS DIFERENTES CONTEXTOS (ERPI E CD)	42
FIGURA 12 - NÍVEIS DE PROBLEMA NAS ESTRUTURAS DAS ÁREAS DA PELE NOS DIFERENTES CONTEXTOS (ERPI E CD).....	42
FIGURA 13 - NÍVEIS DE PROBLEMA NA REALIZAÇÃO DA ROTINA DIÁRIA NOS DIFERENTES CONTEXTOS (ERPI E CD)	43
FIGURA 14 - NÍVEIS DE PROBLEMA NA COMUNICAÇÃO (COMUNICAR E RECEBER MENSAGENS, FALAR E CONVERSACÃO) NOS DIFERENTES CONTEXTOS (ERPI E CD)	43
FIGURA 15 - NÍVEIS DE PROBLEMA NA MOBILIDADE (MUDAR A POSIÇÃO BÁSICA DO CORPO, MANTER A POSIÇÃO BÁSICA DO CORPO, UTILIZAÇÃO DA MÃO E DO BRAÇO, ANDAR E DESLOCAR-SE UTILIZANDO ALGUM TIPO DE EQUIPAMENTO) NOS DIFERENTES CONTEXTOS (ERPI E CD)	44
FIGURA 16 - NÍVEIS DE PROBLEMA NOS CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO (LAVAR-SE E CUIDAR DE PARTES DO CORPO) NOS DIFERENTES CONTEXTOS (ERPI E CD).....	45
FIGURA 17 - NÍVEIS DE PROBLEMA NOS CUIDADOS RELACIONADOS COM OS PROCESSOS DE EXCREÇÃO NOS DIFERENTES CONTEXTOS (ERPI E CD).....	45
FIGURA 18 - NÍVEIS DE PROBLEMA NO AUTOCUIDADO VESTIR-SE NOS DIFERENTES CONTEXTOS (ERPI E CD).....	46
FIGURA 19 - NÍVEIS DE PROBLEMA NO AUTOCUIDADO COMER E BEBER NOS DIFERENTES CONTEXTOS (ERPI E CD)	46
FIGURA 20 - NÍVEIS DE PROBLEMA NOS RELACIONAMENTOS FAMILIARES NOS DIFERENTES CONTEXTOS (ERPI E CD).....	47
FIGURA 21 – PONTUAÇÃO TOTAL DE AVALIAÇÃO COGNITIVA (MMSE), AVALIAÇÃO INTELECTUAL E DE PERSONALIDADE (BDS) E PERFIL FUNCIONAL GERAL (ENCS) POR SEXO, CONJUGUE, FREQUÊNCIA DE ESCOLA E MULTIMORBILIDADE. O SÍMBOLO × REPRESENTA A PONTUAÇÃO MÉDIA E OS PONTOS A PRETO AS PONTUAÇÕES ATÍPICAS.....	48
FIGURA 22 - AS DUAS ALTERNATIVAS FUNDAMENTAIS DO PERCURSO DE CUIDADOS À PESSOA COM DEPENDÊNCIA	72

Índice de Tabelas

TABELA 1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	27
TABELA 2 - ÁREA DE DIAGNÓSTICO MÉDICO (CID10) E MULTIMORBILIDADE.....	30
TABELA 3 - CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS E SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES E DETERIORAÇÃO COGNITIVA	32
TABELA 4 - DADOS DA AVALIAÇÃO INTELECTUAL E DE PERSONALIDADE (<i>BLESSED DEMENTIA SCALE</i>).....	33
TABELA 5 - PERFIL FUNCIONAL AVALIADO ATRAVÉS DO <i>ELDERLY NURSING CORE SET</i>	36
TABELA 6 - CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS E SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES E PERFIS GERAIS DE FUNCIONALIDADE.....	37
TABELA 7 - ANÁLISE DESCRITIVA DAS QUESTÕES DO ENCS.....	38
TABELA 8 – APOIO NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS (ENCS).....	49
TABELA 9 - "REDE" DE ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS POR DISTRITO	53
TABELA 10 - CARACTERÍSTICAS DOS ESPAÇOS.....	56
TABELA 11 - CARACTERÍSTICAS DOS ESPAÇOS POR PERCENTAGEM	57
TABELA 12 - AÇÕES DE LAZER E CONVÍVIO POR ERPI E CLASSIFICADAS POR PERIODICIDADE.....	65
TABELA 13 - GRUPOS PROFISSIONAIS E NÚMERO DE HORAS SEMANAIS DE CADA GRUPO	68

SUMÁRIO EXECUTIVO

Enquadramento

O envelhecimento da população tem tido um aumento exponencial nas últimas décadas, pelo que podemos afirmar que temos vivido uma verdadeira revolução demográfica¹. Na União Europeia, consideram-se idosos todos os que têm uma idade igual ou superior a 65 anos, e muito idosos os que têm 85 anos ou mais (European Union, 2019). Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) referem que a percentagem de população com 65 ou mais anos em Portugal encontra-se acima da média da União Europeia (19,6%), sendo 21,3% (PORDATA, 2019).

O envelhecimento deve-se a uma conjugação de fatores de entre os quais destacamos:

- o aumento da esperança de vida à nascença, a qual resulta em grande parte da melhoria das condições socioeconómicas que permitem melhor alimentação, acesso a água potável e saneamento básico, melhores condições de habitabilidade, mas também aos avanços na área das ciências da saúde (de forma geral) e especificamente à revolução introduzida pelas vacinas;
- a redução persistente dos níveis de fertilidade e natalidade, principalmente decorrentes da entrada da mulher no mercado de trabalho associado à emergência dos meios de controle da natalidade.

Assim, estamos perante uma situação em que cada vez temos mais idosos e menos jovens. Ainda que o envelhecimento não seja uma doença, é aceite que nesta fase da vida se conjuga uma progressiva perda de funcionalidade com uma maior vulnerabilidade a algumas doenças. Tal significa que os idosos podem desenvolver limitações na sua dependência e autonomia as quais requerem ajuda de terceiros. Tal ajuda era proporcionada maioritariamente pelas famílias, todavia, fruto das mudanças sociais ocorridas, passou a haver menos disponibilidade para aquelas cuidarem dos seus idosos.

Neste contexto, os idosos, principalmente os considerados mais necessitados, ficam dependentes de sistemas sociais e de saúde. Por tais razões no espaço europeu os estados membros são assim obrigados a repensar as estratégias adotadas para a qualidade dos modelos de cuidados existentes, em cada um dos países, para que seja dada uma resposta adequada e eficaz que vá

¹ No momento em que escrevemos este relatório ainda se desconhece o impacto da pandemia sobre o envelhecimento, ainda que se antecipe, pela primeira vez em muitas dezenas de anos, uma redução da esperança de vida aos 65 anos.

ao encontro das necessidades da população. Neste sentido, os países enfrentam desafios sociais, económicos e políticos a que urge dar resposta. Entre os mais prementes desses desafios está a organização e o financiamento de cuidados de longo prazo e o apoio às pessoas idosas (Colombo et al., 2011).

Em Portugal grande parte dos cuidados a pessoas idosas com algum tipo de dependência são assegurados por organizações do setor social e solidário. Estas organizações são as detentoras da maior parte das unidades de cuidados pertencentes à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), nomeadamente, das tipologias de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção. Nesta Rede predominam pessoas dependentes com elevadas necessidades de cuidados de saúde. Por tais razões e tendo em consideração a natureza dos contratos estabelecidos com os organismos públicos, os cuidados são prestados de acordo com um determinado modelo e por um perfil de profissionais predefinido. Adicionalmente, as Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) são sistematicamente acompanhadas pelas Equipas de Coordenação Local (ECL) e de Coordenação Regional da RNCCI.

As organizações do setor social e solidário são ainda as responsáveis pela quase totalidade das unidades de cuidados pertencentes à “rede” de respostas sociais e que incluem, entre outras, as tipologias Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), Centros de Dia (CD) e Serviços de Apoio Domiciliário. Estas unidades, tendo sido criadas unicamente como respostas sociais, não integram a rede cuidados de longa duração e têm um perfil de competências profissionais muito diferente das UCCI com muito menor diferenciação na área da saúde. Apesar disso, e por força da alteração do perfil epidemiológico, as pessoas que frequentam estas respostas têm uma média etária cada vez mais elevada e níveis de dependência acentuados, apesar de não haver uma avaliação sistemática da mesma.

De entre os diversos fatores que contribuem para essa dependência destaca-se a multimorbilidade, em especial quando uma das patologias é a demência. Este destaque resulta, por um lado, da dimensão do fenómeno, por outro, do carácter quantas vezes disruptivo dos comportamentos a ele associados. Ora numa sociedade com um envelhecimento acentuado como a nossa, é expectável encontrar uma prevalência crescente com a idade, mas com especial expressão nos contextos organizacionais onde se concentram pessoas muito idosas e com múltiplas doenças crónicas, como é o caso das que estão integradas nas respostas sociais. Apesar de tal ser expectável, em boa verdade, não existem procedimentos sistemáticos que permitam saber quantos e conseqüentemente em que estágio de desenvolvimento se encontram. Assim, e considerando essa ausência de diagnóstico, mas também o facto de tais respostas não terem sido pensadas para

lidar com pessoas com tais necessidades, resulta numa perceção assumida de potencial inadequação da resposta, não por falta de vontade ou de interesse, mas por ausência de meios, nomeadamente, modelos de cuidados e competências, que garantam os cuidados que estas pessoas precisam.

Tendo em conta o descrito, este documento visa fazer o relato dos resultados do Projeto de Investigação “Estudo de Intervenção Complexa - As Respostas Sociais no Percurso de Cuidados à Pessoa com Dependência”, realizado por um conjunto de investigadores da Universidade de Évora, por solicitação da Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS), que teve como objetivo desenvolver uma intervenção que permita:

- compreender e caracterizar a dependência das pessoas cuidadas nestas respostas sociais; e
- desenvolver um modelo de cuidados adequado a esta nova realidade.

Para dar resposta aos objetivos propostos inicialmente, tendo a conta a complexidade do processo, foram realizados dois estudos e com base nos mesmos, foi proposto um modelo de cuidados, que a seguir sumariamos.

Estudo 1 - Caracterização da população em ERPI e Centros de Dia

Foi realizado um estudo quantitativo, transversal e descritivo-correlacional, sendo aplicado um questionário sociodemográfico e clínico, uma escala de avaliação da funcionalidade (*Elderly Nursing Core Set* - ENCS), uma escala de avaliação cognitiva (*Mini Mental State Examination* - MMSE) e uma escala de avaliação do grau de deterioração intelectual (*Blessed Dementia Scale* - BDS).

A amostra global foi constituída por 645 pessoas idosas, com uma média de idades de 85,86 anos (DP = 6,93), entre os 65 e 101 anos. Destes, 537 encontravam-se a residir em ERPI apresentando uma média de idades de 86,39 anos (DP = 6,87), com o mesmo intervalo de idades e 108 participantes encontravam-se a residir nos seus domicílios e a frequentar o CD, sendo a média de idades de 83,22 anos (DP = 6,67) e o intervalo de idades entre os 65 e os 96 anos. Em ERPI a percentagem de indivíduos nesta faixa etária sobe para de 64,2% e em CD é de 45,4%. A maior parte da amostra é do sexo feminino, sendo tal maioria mais expressiva nas ERPI do que nos CD. Este fenómeno não é novo e tem sido apelidado de feminização do envelhecimento. Por outro lado, apenas 17,2% da amostra apresenta o estado civil de casado, sendo os restantes viúvos, solteiros ou divorciados, sendo, também neste caso, mais evidente nas ERPI

(15,6% casados) do que nos CD (25,9% casados). Por último, 31,9% dos participantes não sabem ler nem escrever e 60,3% frequentaram a escola, mas não o ensino superior.

Relativamente ao perfil funcional do total dos participantes verificámos que apenas 8,5% não tem qualquer problema, não necessitando de qualquer tipo de apoio nas atividades de vida diária (AVD), 40,8% apresenta problema ligeiro, necessitando, por isso, de apoio em algumas AVD, 26,6% tem problemas moderados, necessitando de cuidados em muitas das AVD e 24,1% apresentam níveis elevados de dependência, necessitando de cuidados diários em quase todas as AVD (problema grave) ou de substituição total (problema completo). Desta análise cabe-nos destacar:

1. a percentagem de pessoas com problema moderado a completo eleva-se para 57,2% nas ERPI, enquanto que nos CD é de apenas 19,8%;
2. a percentagem de pessoas com níveis elevados de dependência a requererem cuidados diários em quase todas ou em todas as AVD é de 28,2% nas ERPI e apenas 4,7% nos CD, sendo que nestes últimos não existem pessoas com dependência total (problema completo).

Ainda relativamente ao perfil funcional destacar que as áreas de maior carência de cuidados são o autocuidado (atividades como comer e beber, tomar banho, entre outros cuidados pessoais), a aprendizagem e funções mentais (como a memória, a consciência, e orientação), a comunicação (capacidade para comunicar) e as relações com familiares e amigos. Se escalonarmos os itens específicos nos quais uma percentagem expressiva de pessoas precisa de ajuda no que respeita às AVD, o ranking dos primeiros 5 fica assim ordenado:

1. Amigos
2. Lavar-se
3. Andar
4. Realizar a rotina diária
5. Cuidar de partes do corpo

Em relação à multimorbilidade, mais de dois terços da amostra apresentam duas ou mais áreas de diagnóstico identificadas, sendo que destes, 70,1% pertencem ao grupo de ERPI e 55,8% ao grupo de CD. As doenças do aparelho circulatório representam a área de diagnóstico mais prevalente (58,3% total amostra; 60,4% ERPI e 47,4% CD) seguida das doenças do sistema nervoso (37,3% total amostra; 40,65% ERPI e 20% CD) e das doenças do sistema musculoesquelético (30,5% total amostra; 29,7% ERPI e 34,7% CD).

Analisando a avaliação cognitiva concluímos que a maioria dos participantes apresenta deterioração cognitiva (53,7%). Todavia, tal deve-se essencialmente às ERPI (56,6%), sendo que nos CD essa percentagem é menor (39,8%). A avaliação do grau de deterioração intelectual avaliado através da BDS que avalia parâmetros como alterações na vida quotidiana, na personalidade e nos hábitos, confirma a anterior. Assim, constata-se que 67,5% das pessoas apresentam algum grau de deterioração. Mas, mais relevante é o facto de 34,7% da amostra apresentar deterioração moderada ou grave. Apenas 2,5% não apresenta nenhum tipo de deterioração. A deterioração cognitiva atinge particularmente as dimensões “vida quotidiana” e “mudança de hábitos”. Também atinge mais as mulheres que os homens e é muito mais acentuada nas ERPI do que nos CD.

Da análise da associação entre variáveis emergem uma série de conclusões, as quais destacamos as que nos parecem ser mais relevantes:

1. Os participantes casados apresentaram melhores níveis intelectuais do que os não casados. Este resultado é corroborado por outros estudos internacionais, o que vem confirmar a importância das relações familiares e sociais para um envelhecimento bem-sucedido.
2. As mulheres apresentaram pior perfil funcional e cognitivo do que os homens, o que indica maior dependência funcional e maior probabilidade de demência. Também neste caso, estes resultados estão de acordo com outros estudos. Provavelmente tal resulta da conjugação de uma diversidade de fatores, carecendo de mais estudos.
3. Os participantes que não frequentaram a escola apresentaram pior perfil funcional e mais degradação cognitiva do que aqueles que a frequentaram. É sabido que a estimulação cognitiva ao longo da vida é um elemento protetor de grande importância. Para além disso, o ter frequentado a escola pode ter permitido às pessoas acesso a melhores condições de vida e consequentemente a uma vida mais saudável.
4. Os grupos de participantes que frequentam os CD apresentaram melhor perfil funcional e cognitivo do que os que se encontram a residir em ERPI. Estes resultados não nos permitem afirmar se tal facto é causa ou consequência. Ou seja, são institucionalizados devido à deterioração ou esta acelera-se devido à institucionalização?
5. Os participantes com multimorbilidade apresentaram pior perfil funcional do que os que têm uma ou menos doenças. Esta relação também está bem documentada, ou seja, existe uma clara associação entre a multimorbilidade e a dependência, sendo esta, frequentemente, resultado da primeira. Isto significa que a situação de dependência tem em cada pessoa particularidades associadas às suas doenças e por isso requer cuidados específicos.

Estudo 2 - Caracterização das ERPI (estrutura e processo)

No estudo 2, além da análise que efetuamos em diversos documentos, como a legislação em vigor e regulamentos de algumas ERPI, efetuamos ainda entrevistas aos responsáveis das instituições para avaliar dados correspondentes à estrutura e ao processo das mesmas. Desta análise emergem algumas conclusões, pelo que destacamos as seguintes:

1. a inadequação da legislação das ERPI relativamente às atuais características das pessoas. Esta inadequação é de natureza concetual, mas também organizacional. Ou seja, é totalmente desajustado o perfil de competências dos profissionais e a inexistência de um modelo de cuidados;
2. a inexistência de uma dupla tutela relativamente a estas respostas;
3. a inexistência de uma resposta estruturada em rede com as restantes respostas, nomeadamente as da saúde;
4. o livre arbítrio nos critérios de admissão com sinais de iniquidade em alguns casos;
5. a inadequação de algumas estruturas às necessidades de promoção da independência e da autonomia dos idosos.

Proposta de Modelo de Cuidados

A análise efetuada nos estudos anteriores, bem como uma extensa revisão da literatura e as constantes reuniões de peritos, com discussão de ideias, permitiu-nos elaborar uma proposta de modelo de cuidados, objetivo principal deste estudo, que a seguir resumimos. Esse modelo assenta em quatro princípios fundamentais:

- Cuidados centrados na pessoa
- Respeito
- Autocuidado
- Relação de apego e de suporte social

Assim, sendo centrado na pessoa e tendo em consideração os dados atrás apresentados, terá particular atenção à dependência funcional, nomeadamente ao nível do autocuidado, à deterioração cognitiva e à quebra de laços relacionais.

Tendo por base os princípios atrás mencionados, o modelo de cuidados organizar-se-á de acordo com os passos sequenciais do processo de cuidados:

Diagnóstico – consiste em fazer um diagnóstico multidimensional da pessoa, atendendo ao perfil funcional de forma a avaliar o grau de dependência nas suas mais variadas dimensões (funções do corpo, estrutura do corpo, atividades e participação e ambiente), reforçando esta avaliação em termos cognitivos e relacionais. Este diagnóstico deve ser realizado por um profissional com competências para tal;

Planeamento de cuidados – segue-se o planeamento dos cuidados que terá como base o diagnóstico efetuado e que deve ser realizado por um profissional habilitado. Deve ficar claro neste planeamento as responsabilidades de cada grupo profissional, sendo definido quem faz o quê e em que condições. Ou seja, todos os cuidadores devem ser considerados na atribuição de responsabilidades, mas dentro dos limites das suas competências;

Prestação de cuidados – os cuidados devem ser assegurados, de acordo com o planeado, por todos os cuidadores (profissionais e informais) e devidamente supervisionados. Realçamos que a pessoa idosa é o principal agente dos seus próprios cuidados, devendo ser respeitada a sua autonomia e participação ativa nos mesmos. A intervenção dos profissionais é necessária sempre que há algum défice no autocuidado;

Avaliação de resultados – os resultados devem ser avaliados para que se possa definir a estratégia de intervenção, ou seja, manter o mesmo planeamento de cuidados ou ajustá-lo de acordo com os resultados. Esta avaliação deve ser realizada utilizando os mesmos instrumentos que se usou para o diagnóstico e, mais uma vez, deve ser realizada por um profissional habilitado.

Fica clara a complexidade dos cuidados exigidos pelas pessoas que frequentam as ERPI e os CD, quer pela sua frequência, quer pela diferenciação das situações de saúde. Tal obriga-nos a repensar as estruturas e os modelos organizacionais, numa lógica de integração e continuidade, e sempre numa perspetiva de promoção do bem-estar e da qualidade de vida.

1. Enquadramento

O envelhecimento da população tem tido um aumento exponencial, prevendo-se que até 2050 uma em cada cinco pessoas tenha mais de 60 anos, triplicando o número de pessoas com mais de 80 anos (World Health Organization, 2019). Além disso, dados da ONU referem que, em todo o mundo, mais de 250 milhões de pessoas idosas apresentam défices moderados a graves (Birtha et al., 2019). Ora, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a pessoa é considerada dependente de cuidados quando a sua capacidade funcional diminui, sendo necessário ajuda para a realização das atividades de vida diária. Como agravante, a multimorbilidade está associada também a uma maior necessidade de cuidados de saúde e sociais, sendo esta elevada nas pessoas idosas (World Health Organization, 2017).

Posto isto, a gestão e a avaliação contínua da qualidade dos cuidados à pessoa idosa são essenciais, devendo a avaliação ser focada no impacto das estratégias implementadas. Assim, é necessário que os sistemas de saúde e sociais estejam preparados a nível conceptual, organizacional e logístico para que consigam responder às necessidades de cuidados desta população (Lopes & Fonseca, 2013).

Com o envelhecimento da população, os cuidados de longa duração são cada vez mais necessários e fulcrais para o bem-estar dos idosos. O relatório *Long-term Care for the Elderly in Europe* apresenta estudos detalhados de 11 estados membros da União Europeia (UE), para demonstrar como se organizam, estruturam e prestam cuidados de longo prazo e se existe uma perspetiva de investimento social na prestação de cuidados de longo prazo (Greve, 2017).

A *European Consumer Voice in Standardisation* (ANEC), apresentou um relatório realizado pelo Comité Europeu de Padronização, entre 2008 e 2012, que pretendeu desenvolver um padrão de bem-estar social, para as instituições de acolhimento de idosos, tendo chegado à conclusão de que há uma diversidade de modelos de acolhimento e atendimento para idosos em toda a Europa que devem ser levados em consideração no desenvolvimento futuro de padrões. O objetivo deste relatório foi fornecer um registo informativo acerca dos modelos de acolhimento e cuidados especializados para idosos e normas relacionadas, utilizados nos países da União Europeia (no total 38 países) (Thomas, 2013).

Estes modelos e padrões podem ser divididos no norte da Europa, sul e Mediterrâneo e leste da Europa, que seguem uma categorização da prestação e cobertura de serviços de assistência a idosos no Relatório da Comissão Europeia, “*Long-Term Care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries*” (Town et al., 2014)

Os países da Europa Oriental possuem um nível baixo de desenvolvimento nesta área. Por exemplo, no Kosovo existem apenas 2 casas de repouso; na Macedónia, 4 casas de atendimento público e algumas administradas de forma privada, sendo a cobertura desigual em todo o país e no Montenegro existem apenas 2 casas de repouso particulares (Thomas, 2013).

Países do sul da Europa, como Grécia, Itália e Portugal, têm uma variedade de opções de assistência habitacional e residencial, mas geralmente são menos padronizados do que no norte da Europa. Por exemplo, na Grécia, as autoridades locais fornecem a licença para executar o serviço e estabelecem os padrões mínimos, no entanto, não existe uma “avaliação sistemática ou obrigatória da qualidade” (Kagialaris & Mastrogiannakis, 2010 in Thomas, 2013)

Nos países do norte da Europa, como Áustria, Alemanha, Finlândia, Irlanda e Reino Unido, existe uma variedade de modelos de habitação e cuidados residenciais, com normas e regulamentos para as instalações e para a qualidade dos cuidados. No entanto, noutros casos, como Noruega, Suíça e Holanda, há evidências de uma variedade de modelos de acomodação, mas disponibilidade relativamente baixa de padrões para habitação especializada e atendimento residencial. Isso pode refletir um foco na inovação e não nos padrões. É importante que os padrões sejam usados para informar e elevar os níveis de qualidade, sem impedir que a inovação seja sufocada (Thomas, 2013).

Há evidências de um foco crescente no norte da Europa em permitir que as pessoas mais velhas permaneçam em casa ou em moradias apoiadas onde mantêm a independência enquanto têm acesso ao apoio quando necessário. Nos países da Europa Ocidental e do Norte há grande informação sobre os padrões de prestação de cuidados domiciliários, enquanto que na maioria dos países da Europa Oriental há pouca informação sobre esta área ou sobre a existência de padrões (Thomas, 2013).

Pouco se sabe sobre como os diferentes países lidam ou conseguem soluções para os desafios de uma sociedade que apoia e cuida da população idosa. No que respeita às instalações e modelos de respostas sociais, os países da Europa são idênticos, incluindo lares residenciais onde os idosos permanecem por um período curto ou longo, centros de dia e apoio domiciliário. Nestas valências é realizado apoio nas atividades de vida de diária e algumas incluem prestação de cuidados de saúde. Alguns países disponibilizam ainda, instituições especializadas no cuidado à pessoa com demência (Thomas, 2013).

Nos Estados Unidos da América, por sua vez, impera o conceito de *Nursing Homes*, onde se supõe que os cuidados sejam adaptados às necessidades da pessoa, com base no estado de saúde e nas necessidades de cuidados especializados, tendo, por norma, cuidados de enfermagem 24 horas (National Institute on Aging, 2017). No entanto, os serviços oferecidos não são equitativos e variam muito de uma instituição para a outra e principalmente em função do poder aquisitivo.

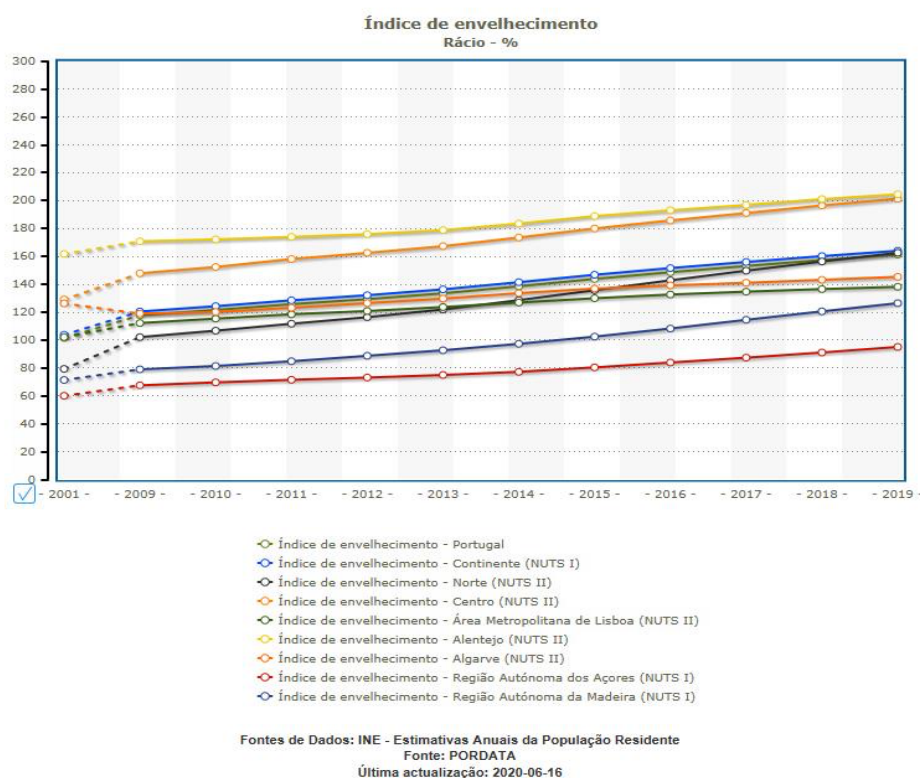
Tendo em conta o descrito, e pela pesquisa efetuada, não fica clara a existência de um modelo de cuidados focado nas necessidades reais das pessoas. Assim, nos próximos subcapítulos e com o objetivo de desenvolver a proposta de modelo de cuidados, iremos focar-nos no aprofundamento do fenómeno estudado, quer através da pesquisa da literatura efetuada, quer no estudo empírico.

1.1. Caracterização demográfica e epidemiológica da população idosa

Em Portugal 22,1% da população tem mais de 65 anos, segundo dados do INE. Destas, 953 343 são do sexo masculino e 1 327 081 são do sexo feminino, correspondendo a uma maior percentagem de mulheres (58,2%) (INE, 2020).

Em 2019, o índice de envelhecimento era de 163,2, o que corresponde a cerca de 163 idosos por cada 100 jovens. A distribuição das pessoas idosos não é uniforme entre as regiões, existindo uma grande disparidade como se pode observar na Figura 1.

Figura 1 - Índice de Envelhecimento (Nº) por Concelho. Valores dos anos 2001 e 2019



Em relação à esperança de vida aos 65 anos, em Portugal esta é de 20,3 anos, sendo maior nas mulheres (22 anos) do que nos homens (18,2 anos). Estes dados indicam que Portugal está acima da média da União Europeia (UE) que é de 20 anos (Lopes, 2021).

Mais do que a esperança de vida, importa referir a esperança de vida com saúde nesta faixa etária. Assim, constata-se que em Portugal esta é de 7,3 anos, abaixo da média da UE (9,9 anos) e muito longe de países como a Suécia, a Islândia e a Noruega. Na Suécia a esperança de vida com saúde aos 65 anos é de 15,7 anos (Eurostat, 2020).

Analisando estes dados verificamos que os portugueses vivem, sensivelmente, os mesmos anos que a população de outros países de referência, embora com muito menos saúde e, portanto, com muito menor qualidade de vida (Lopes, 2021). A própria Direção Geral de Saúde (DGS) relata que apesar dos portugueses viverem mais, estes anos não são vividos com mais saúde (DGS. IHME, 2018). É, portanto, necessário tomar medidas para melhorar este paradigma.

A elevada multimorbilidade na pessoa idosa é um dos fatores que tem contribuído para esta realidade. O padrão de doenças crónicas na população com mais de 65 anos é semelhante em diversos países, conforme se pode verificar em vários estudos realizados (Ashida & Schafer, 2018; García-Olmos et al., 2012; Prados-Torres et al., 2012; Prazeres & Santiago, 2015; Violan et al., 2014).

Um estudo desenvolvido em Portugal (Prazeres & Santiago, 2015), com dados retirados dos sistemas de informação dos cuidados de saúde primários constatou que 87,0% da amostra teve pelo menos um problema crónico de saúde, sendo que 72,7% apresentava multimorbilidade. Além disso, observaram uma associação entre multimorbilidade e as seguintes características demográficas: sexo masculino, viver em zonas rurais, viver sozinho, ter mais idade, estado civil de viúvo/a, baixo nível de escolaridade, reformados, baixo rendimento económico.

Além disso, o último Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INE, 2016) relata percentagens elevadas de pessoas com mais de 65 anos com diversos défices de funcionalidade, quer ao nível das atividades básicas de vida diária como nas atividades instrumentais de vida diária.

Assim, é evidente a existência de défices funcionais numa elevada percentagem de pessoas com mais de 65 anos. Importa, pois, determinar as causas e atuar de forma a minimizar e/ou compensar estes défices e, em consequência, melhorar o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas idosas.

Além do já referido, é importante também perceber que o contexto onde nos inserimos interfere na funcionalidade. Isto fica claro no estudo português aqui apresentado, em que por exemplo as pessoas que vivem sozinhas, em zonas rurais ou com baixo estatuto socioeconómico são mais propensas à multimorbilidade (Prazeres & Santiago, 2015). A própria OMS refere que a funcionalidade e a incapacidade surgem de um conjunto de fatores, onde se inserem também os

fatores contextuais, que correspondem aos fatores pessoais e ambientais (World Health Organization, 2015).

Assim sendo, abordaremos resumidamente alguns dos contextos que podem interferir na funcionalidade da pessoa, começando pelo *contexto socioeconómico*.

O envelhecimento sociodemográfico é frequentemente associado a efeitos catastróficos na economia dos países, por diversas análises económicas. De acordo com estas, os efeitos estão associados a fatores como os gastos com as pensões e com o elevado grau de dependência, o aumento dos gastos em saúde, onde se incluem os gastos com os cuidados de longa duração e ainda à diminuição de jovens em idade ativa. Ora o custo total do envelhecimento foi de 25% do PIB, em 2016 e segundo as projeções da Comissão Europeia (CE), até 2070, está previsto um aumento de 1,7% pp do Produto Interno Bruto (PIB) na UE. Está previsto um aumento de 26% do PIB (2016) em 1,1 pp até 2070, na zona euro (EC - Directorate-General for Economic and Financial Affairs, 2018). Por outro lado, foi já demonstrado que não existe qualquer associação entre envelhecimento e gastos em saúde, mas apenas entre envelhecimento com doença e gastos em saúde (Busse et al., 2012).

Tendo em conta a associação existente entre o envelhecimento com dependência e doenças crónicas e os gastos em saúde (Hazra et al., 2018) e, não existindo diminuição do peso relativo das pessoas com dependência e multimorbilidade (Kingston et al., 2017, 2018), urge a necessidade quer de ações preventivas, quer de cuidados de longa duração (Atella et al., 2019; Maresova et al., 2019)).

Lopes (2021) sugere que não só é necessário o desenvolvimento de novos modelos de análise das repercussões económicas do envelhecimento, como também reconsiderar o modelo económico de desenvolvimento, os sistemas de saúde e os sistemas de segurança social. Além disso, torna-se ainda importante entender os indicadores relativos ao risco de pobreza entre os idosos, pois estes são importantes determinantes de saúde (Lopes, 2021).

A própria OMS definiu um quadro concetual que realça a importância dos determinantes sociais na saúde das pessoas (Benach et al., 2010).

São vários os estudos de diversos países que realçam que o nível socioeconómico baixo é fator de risco para problemas de saúde nas pessoas idosas (Aguila et al., 2015; Phipps, 2003).

Em Portugal a taxa de risco de pobreza das pessoas idosas é de 43,4%, antes das transferências dos diversos tipos de apoio sociais. A mesma diminui para 17,2% com a transferência de todos os apoios sociais. Ora, daqui se pode concluir que as transferências sociais são extremamente importantes para baixar a taxa de risco de pobreza nas pessoas idosas. No entanto, apesar disso, ficam ainda

cerca de 400.000 idosos em risco de pobreza. Estamos, portanto perante um elevado número de pessoas com risco acrescido de desenvolvimento de problemas de saúde (Lopes, 2021).

Outro contexto que se revela fundamental para compreender a funcionalidade e a saúde das pessoas é o *contexto sociofamiliar e comunitário*. Com isto queremos dizer que as relações familiares e afetivas são fatores preditores de um envelhecimento ativo e saudável. O *Harvard Study of Adult Development*, estudo longitudinal, conclui que as relações interpessoais e a forma como nos sentimos mais ou menos felizes com os mesmos, têm uma influência significativa na saúde. Além disso, outra conclusão importante foi a de que a satisfação conjugal é protetora da saúde mental (Waldinger & Schulz, 2010). Outro dado essencial é o facto de maior segurança ter sido associada a maior satisfação conjugal, melhor humor, menos sintomas depressivos, e menos conflitos conjugais. Concluem ainda que, nas pessoas idosas, os modelos mentais de afeto aos cônjuges estão relacionados com o bem-estar, ao longo do tempo (Waldinger et al., 2015).

Um estudo numa comunidade conhecida pela longevidade dos seus habitantes (uma das regiões do sul de Ogliastro, Itália) conclui que a satisfação com as relações sociais com amigos e familiares aliado a um estilo de vida ativo, contribui para a promoção da saúde mental (Hitchcott et al., 2017).

Os resultados de outro estudo demonstraram que as relações familiares estão positivamente correlacionadas com a felicidade e a perceção de saúde. Assim, relações familiares saudáveis são fatores preditores de maior felicidade (Chiang & Lee, 2018).

Além disso, outro estudo com pessoas idosas que avaliou a perceção dos mesmos sobre os fatores que contribuem para um envelhecimento bem-sucedido, fatores como os relacionamentos sociais e o engajamento proactivo foram considerados (Lee et al., 2017).

A “*Theory of social production functions*” afirma que o afeto é o principal instrumento de bem-estar social para as pessoas idosas. No que diz respeito ao bem-estar físico, presume-se que as limitações físicas reduzam a possibilidade de estímulo, pelo que o conforto será a forma mais importante para o alcance do bem-estar físico à medida que a idade avança. Portanto, no processo de envelhecimento, segundo esta teoria, o afeto (bem-estar social) e o conforto (bem-estar físico) são aqueles mais invocados para o bem-estar subjetivo. É suposto que na fase crítica a pessoa fique mais propensa a considerar a institucionalização, como um ato de segurança, para evitar as perdas insubstituíveis do bem-estar. Portanto, durante a fase crítica, é ponderada a institucionalização na impossibilidade de substituir outros recursos por conforto e afeto. No entanto, caso a pessoa tenha recursos suficientes para combater a ameaça de perda de conforto e afeição, não é necessária a institucionalização (Steverink, 2001).

Tendo em conta o referido e a realidade portuguesa, é importante perceber a influência das alterações das estruturas familiares no aumento da necessidade de institucionalização, destacando-se a diminuição do tamanho das famílias. Assim sendo, “*em Portugal a dimensão média das famílias reduziu-se significativamente em 50 anos, passando de 3,8 pessoas por família, em 1960, para 2,6 pessoas, em 2011. O casal (com e sem filhos) continua a ser a forma predominante de organização da vida familiar (62% das famílias em 1960 e 59% em 2011). Nos últimos 50 anos assistiu-se ao aumento do peso relativo dos casais sem filhos (de 15% em 1960, para 24% em 2011), dos núcleos familiares monoparentais (de 6% em 1960, para 9% em 2011) e das pessoas que vivem sós (de 12% em 1960, para 20% em 2011) e à diminuição do peso das famílias complexas (de 15% em 1960, para 9% em 2011)*” (INE, 2013, p.1).

Posto isto, interessa referir também que, de facto, os concelhos onde as famílias são mais reduzidas, são, também, na sua maioria, os concelhos mais envelhecidos (Lopes, 2021).

Outro fator que contribui para o envelhecimento da população são os fenómenos migratórios existindo um saldo migratório negativo desde 2011 em Portugal, segundo o Observatório das Migrações (Oliveira, 2017). Destaca-se o facto de a maioria das pessoas incluídas nestes movimentos migratórios serem os mais jovens as que detêm maior grau académico (Oliveira, 2017). Além disso, ao nível dos movimentos migratórios internos, existe uma litoralização do país, com a consequente desertificação progressiva do interior (Cristina et al., 2017). Ora, estes movimentos migratórios, predominantemente dos mais jovens em idade ativa, além de diminuírem o peso relativo dos mais jovens comparativamente aos mais idosos, contribuem ainda para a diminuição da probabilidade de os descendentes serem potenciais cuidadores dos seus progenitores (Lopes, 2021). Ora, este facto contribui também ele para o aumento da institucionalização e para a distância, ainda que física, das relações afetivas familiares.

Não descurando nenhum dos contextos, pois todos eles contribuem para o envelhecimento bem sucedido, o contexto sociofamiliar aliado ao *contexto ambiental*, abordado a seguir, adquirem particular importância (Lopes, 2021).

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, cerca de 400 mil idosos vivem sozinhos e 804 mil vivem em exclusivo com pessoas também idosas (INE, 2012).

Fatores relacionados com a habitação, como por exemplo, a estrutura, a localização, as condições internas (humidade, isolamento térmico) e a posse de propriedade são determinantes para a saúde e independência, e, em consequência para a manutenção das pessoas idosas no seu domicílio (DGS, 2008; Howden-Chapman, 2004; Howden-Chapman et al., 1999; Lawler,

2001). Um estudo nacional desenvolvido em 2008 com o apoio da Fundação Aga Khan, demonstrou que as pessoas idosas têm, na sua maioria, casa própria (63,8%), de tipologia apartamento (58,9%), com bom estado de conservação (40,3%). No entanto, 17,4% das habitações necessitavam de intervenções de recuperação ou reconstrução e 4,8% dos edifícios encontravam-se degradados (CEDRU/BCG, 2008).

Outro estudo realizado com base no “Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas” (OMS, 2009), verificou que somente 9,21% das pessoas idosas relataram que o preço da habitação era acessível e apenas 7,73% referem que existiam casas adaptadas em número suficiente. Foram ainda identificadas necessidades de adaptação das casas em termos de acessibilidade para as pessoas com dificuldades e de serviços de manutenção das casas. Além disso, os materiais de adaptação do lar foram considerados com preços pouco acessíveis (Pinto & Lopes, 2012).

Ora, a não adaptação da habitação às pessoas idosas poderá ter consequências negativas, como:

- “Aumento do risco de doenças e ferimentos, nomeadamente quedas;
- Aumento da probabilidade de mortalidade. Veja-se, a título de exemplo, o aumento da mortalidade entre os mais idosos que ocorre associada aos picos sazonais de calor e frio;
- Diminuição da capacidade funcional, o que dificulta a realização das atividades de vida diária, como o acesso aos cuidados de saúde, realização de compras, ou participação em atividades de lazer e convívio;
- Aumento do risco de institucionalização;
- Diminuição do sentimento de segurança, autoestima, bem-estar e qualidade de vida;
- Diminuição da saúde mental;
- Aumento da probabilidade de isolamento social e de solidão” (Lopes, 2021),

Pelos dados apresentados tentou demonstrar-se que em Portugal, ao envelhecimento estão associados um conjunto de fatores que contribuem para que o mesmo ocorra com multimorbilidade e dependência. Esta condição exige um contexto de apoio que no passado era assegurado pelas famílias, precisando agora ser garantido por outras estruturas de apoio. Todavia, o aumento do número de pessoas idosas com dependência, mas principalmente a crescente complexidade destas situações colocam novas e enormes dificuldades àquelas estruturas. Urge por isso caracterizar a população utilizadora desses recursos, mas também os próprios recursos, quer sob o ponto de vista estrutural, quer organizacional.

2. Estudos Desenvolvidos

Neste capítulo apresentaremos os estudos desenvolvidos. A anteceder cada um deles apresentaremos a respetiva metodologia. Tal como delineado no projeto do estudo de investigação, dada a complexidade das intervenções que visam a prestação de cuidados, baseamos a metodologia no processo de **Intervenção Complexa** (Craig et al., 2019).

2.1. Estudo 1 - Caracterização da população em ERPI e Centros de Dia

Este estudo teve como objetivo avaliar o perfil funcional e cognitivo das pessoas idosas acompanhadas em ERPI e em CD, das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), associadas da CNIS.

2.1.1. Metodologia

Desenvolveu-se um estudo transversal, descritivo e correlacional, de natureza quantitativa.

População alvo e amostra

A base de amostragem considerada neste estudo é composta pelas instituições IPSS associadas da CNIS que acompanham pelo menos 5 pessoas idosas em cada um dos regimes: ERPI e CD. A seleção dos idosos participantes foi feita por um esquema de amostragem multietápico que incluiu a estratificação por distrito, a seleção das unidades primárias (instituições) com probabilidade proporcional ao número de instituições IPSS associadas da CNIS e a seleção de todas as pessoas idosas nas unidades primárias. A estratificação da amostra resultou de uma estratégia mista que congregou uma dimensão que tem a ver com os diversos tipos de respostas e a sua dispersão pelo território, com uma outra de natureza populacional e que considerou as características das pessoas assistidas nestas respostas.

Os critérios de inclusão adotados foram, cumulativamente: ter 65 ou mais anos de idade e ter capacidade para assinar o consentimento informado ou ter um representante legal para o fazer. Este último critério teve como consequência a impossibilidade de alguns idosos integrarem a amostra. Alguns destes eram os mais dependentes e com contactos reduzidos ou nulos com representante legal.

A dimensão da amostra foi estabelecida considerando uma prevalência de 50%, uma margem de erro de 2,5% para um grau de confiança de 95% e um efeito do desenho da amostra de 1,5. O cálculo da dimensão da amostra resultou em 2200 indivíduos. A fase de recolha dos dados foi interrompida de forma inesperada devido à situação pandémica, o que impossibilitou a concretização do plano de amostragem tal como foi delineado. A amostra final é de 645 pessoas idosas divididas em dois grupos: o primeiro, composto por idosos institucionalizados em ERPI (n = 537), dos quais 30% são homens e 70% mulheres, e o segundo composto por idosos a frequentar centros de dia (n = 108), sendo 32,4% homens e 67,6% mulheres. As percentagens de população idosa na amostra por contexto são semelhantes às conhecidas na população (ERPI: 29,4% homens e 70,6% mulheres; CD: 35,6% homens e 64,4% mulheres), pelo que consideramos a amostra representativa ao nível do sexo dentro de cada um dos contextos.

Os dados foram recolhidos, numa primeira fase pelos investigadores da Universidade de Évora, entre julho de 2019 a fevereiro de 2020, e numa segunda fase, devido às restrições impostas pela pandemia COVID-19, por profissionais das instituições. Esta recolha de dados efetuou-se em 18 instituições, de Norte a Sul de Portugal Continental, recorrendo-se à aplicação de questionários quer aos utentes e/ou família, quer aos profissionais de saúde das instituições. Todos os investigadores/colaboradores envolvidos no estudo receberam formação prévia sobre o modo de realização das entrevistas, para além de terem sido prestados todos os esclarecimentos necessários relativamente aos conteúdos dos instrumentos utilizado, bem como da plataforma de inserção dos dados. Antes da realização de cada entrevista, cada investigador/colaborador apresentou o respetivo consentimento informado ao inquirido e/ou à sua família ou representante legal. Durante esse período, o documento foi lido integralmente pelo próprio, ou pelo profissional de saúde, em caso de algum constrangimento do primeiro (por exemplo: não saber ler). As informações sobre os objetivos do estudo foram totalmente fornecidas aos inquiridos e/ou suas famílias, e informados da confidencialidade dos dados. Os entrevistados foram ainda esclarecidos da possibilidade de desistência, em qualquer momento, e da destruição de todos os dados recolhidos até ao momento de tal decisão. Os dados referentes ao total de entrevistas válidas, foram inseridos na plataforma MIAPE (Mendes et al., 2020).

Instrumentos

Relativamente aos instrumentos de avaliação, além do de caracterização sociodemográfica e clínica, foram utilizados três instrumentos adaptados para pessoas idosas, o *Elderly Nursing*

Core Set, o *Mini Mental State Examination* e a Escala de Demência de *Blessed*, que se descrevem a seguir.

Caracterização sociodemográfica e clínica: na fase inicial da entrevista foram recolhidos os seguintes dados: idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e diagnósticos nosológicos (áreas CID11).

Mini Mental State Examination (MMSE) - avalia a função cognitiva e foi desenvolvido por Folstein et al. (1975). É constituído por seis grupos de questões que avaliam a orientação temporal e espacial, a memória, atenção e cálculo, a evocação, a linguagem e as habilidades construtivas (Folstein et al., 1975). Quanto menor o valor da escala, maior a degradação cognitiva.

Elderly Nursing Core Set (ENCS) – é um instrumento utilizado para avaliação da funcionalidade da pessoa idosa, composto por 31 questões baseadas na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e categorizadas numa escala de *Likert* de 1 a 5 pontos que avalia o perfil funcional de acordo com o proposto pela referida Classificação (OMS & DGS, 2004). Este instrumento é constituído por 4 secções distintas e específicas para a avaliação da funcionalidade: Funções do Copo; Estruturas do Corpo; Atividades de Participação e Fatores Ambientais (Lopes & Fonseca, 2013). No estudo que avaliou as características psicométricas verificou-se uma variância total explicada de 82,25% e um *kaiser-meyer-olkin* (KMO)=0,947, o que se traduz numa elevada correlação entre os vários itens da escala. Demonstrou ainda um alfa global de *Cronbach* de 0,963, revelando uma excelente fiabilidade para os itens apresentados (Fonseca et al., 2019). Ao longo do mesmo são avaliadas quatro componentes, que se subdividem em vários códigos da CIF: “**Autocuidado**” com 12 itens (realizar a rotina diária (d230), mudar a posição básica do corpo (d410), manter a posição do corpo (d415), andar (d450), deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento (d465), lavar-se (d510), cuidar de partes do corpo (d520), cuidados relacionados com os processos de excreção (d530), vestir-se (d540), utilização da mão e do braço (d445), beber (d560) e comer (d550)); “**Aprendizagem e Funções Mentais**” com 6 itens (funções de consciência (b110), funções de orientação (b114), funções da atenção (b140), funções da memória (b144), funções emocionais (b152), funções cognitivas de nível superior (b164)); e “**Comunicação**” com 3 itens (falar (d330), conversação (d350) e comunicar e receber mensagens orais (d310), e); e “**Relação Sociais**” (relacionamentos familiares (d760), profissionais de saúde (e355), prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (e340) e amigos (e320)) (Fonseca et al., 2019). Quanto maior a pontuação pior o perfil funcional da pessoa (Fonseca et al., 2019; Lopes & Fonseca, 2013; Lopes & Fonseca, 2013).

Blessed Dementia Scale (BDS) – este instrumento foi desenvolvido em 1968 por Blessed e colaboradores (Blessed et al., 1988), com o objetivo de quantificar o grau de deterioração intelectual e de personalidade das pessoas idosas. É constituída por 22 itens que refletem mudanças no desempenho das atividades de vida diárias (8 itens); mudanças nos hábitos, incluindo autocuidado (3 itens) e mudanças na personalidade, interesses e impulsos (11 itens). As informações podem ser obtidas através de alguém próximo que conheça a pessoa e correspondem ao seu comportamento nos últimos 6 meses ou através de registos clínicos, se disponíveis. A cotação varia entre 0 a 28 e quanto mais elevado o valor, maior o grau de deterioração intelectual e de personalidade. Foi estabelecida uma pontuação de corte em que valores inferiores a 4 indicam ausência de deterioração, scores de 4 a 9 indicam deterioração leve, scores superiores a 10 sugerem deterioração moderado a grave (Eastwood et al., 1983). Stern et al. (1987) sugerem ainda que valores entre 10 a 15 indicam deterioração moderado e superiores a 15 indicam deterioração grave (Stern et al., 1987).

2.1.2. Resultados do Estudo 1

Os resultados estão organizados tendo em consideração a amostra global e a divisão desta em dois grupos, pessoas idosas a residir em ERPI e pessoas idosas a residir no domicílio, a frequentar CD.

A amostra global é constituída por 645 pessoas idosas, com uma média de idades de 85,86 anos (DP = 6,93), que vão desde os 65 aos 101 anos de idade. Em ERPI a média de idades é de 86,39 anos (DP = 6,87), com o mesmo intervalo de idades e em Centro de Dia é ligeiramente inferior, sendo de 83,22 anos (DP = 6,67), entre os 65 e os 96 anos. Além disso, observando a idade por classes, constata-se que a maioria dos participantes situa-se na faixa etária superior a 85 anos (61,1%), sendo que em ERPI esta percentagem mantém-se com valores superiores a 50% e no grupo de CD, apesar de ser a maioria, é inferior a 50%.

A maior parte da amostra, em ambos os grupos, é do sexo feminino, com o estado civil de viúvo. Relativamente à escolaridade a maioria da amostra insere-se na classe “frequentou a escola, mas não o ensino superior” (60,3%). De salientar, porém, que 36,6% da amostra não frequentou a escola (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica

	Total (N = 645)	ERPI (n = 537)	Centro de Dia (n = 108)
Grupo Etário			
<i>Sexo Masculino</i>			
65-74 anos	13 (6,6%)	12 (7,5%)	1 (2,9%)
75-84 anos	69 (35,2%)	54 (33,5%)	15 (42,9%)
> 85 anos	114 (58,2%)	95 (59,0%)	19 (54,3%)
<i>Sexo Feminino</i>			
65-74 anos	29 (6,5%)	19 (5,1%)	10 (13,7%)
75-84 anos	140 (31,2%)	107 (28,5%)	33 (45,2%)
> 85 anos	280 (62,4%)	250 (66,5%)	30 (41,1%)
Estado Civil			
<i>Sexo Masculino</i>			
Solteiro	22 (11,2%)	19 (11,8%)	3 (8,6%)
Casado	49 (25,0%)	38 (23,6%)	11 (31,4%)
Viúvo	114 (58,2%)	95 (59,0)	19 (54,3%)
Divorciado	11 (5,6%)	9 (5,6%)	2 (5,7%)
<i>Sexo Feminino</i>			
Solteiro	47 (10,5%)	40 (10,6%)	7 (9,6%)
Casado	63 (14,0%)	46 (12,2%)	17 (23,3%)
Viúvo	322 (71,7%)	278 (73,9%)	44 (60,3%)
Divorciado	17 (3,8%)	12 (3,2%)	5 (6,8%)
Escolaridade			
<i>Sexo Masculino</i>			
Analfabeto	67 (34,2%)	56 (34,8%)	11 (31,4%)
Não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever	6 (3,1%)	5 (3,1%)	1 (2,9%)
Frequentou a escola, mas não o ensino superior	117 (59,7%)	95 (59,0%)	22 (62,9%)
Ensino Superior	6 (3,1%)	5 (3,1%)	1 (2,9%)
<i>Sexo Feminino</i>			
Analfabeto	139 (31,0%)	125 (33,2%)	14 (19,2%)
Não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever	24 (5,3%)	18 (4,8%)	6 (8,2%)
Frequentou a escola, mas não o ensino superior	272 (60,6%)	220 (58,5%)	52 (71,2%)
Ensino Superior	14 (3,1%)	13 (3,5%)	1 (1,4%)
Multimorbilidade			
<i>Sexo Masculino (n=180)</i>			
Sim	114 (63,3%)	102 (69,4%)	12 (36,4%)
Não	66 (36,7%)	45 (30,6%)	21 (63,6%)
<i>Sexo Feminino (n = 407)</i>			
Sim	284 (69,8%)	243 (70,4%)	41 (66,1%)
Não	123 (30,2%)	102 (29,6%)	21 (33,9%)

No que respeita ao número de anos que os participantes frequentaram a escola, apenas temos dados de 338 utentes, pois os restantes não souberam referir quantos anos teriam frequentado a escola, apenas que a frequentaram. Assim, dos 338 participantes que conseguiram referir quantos anos tinham andado na escola, excluindo os que frequentaram o ensino superior, temos uma

média de anos de escolaridade de 4,06 anos, o que nos indica que a maioria terá frequentado a 4ª classe ou nível inferior.

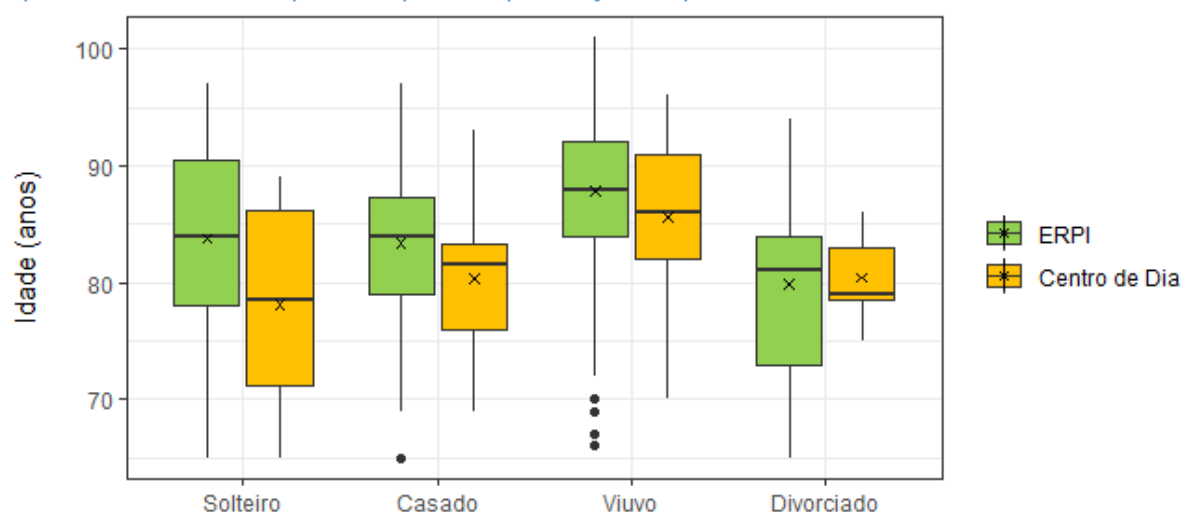
Analisando as características sociodemográficas da amostra o dado que mais sobressai é a elevada percentagem de mulheres, representando mais do dobro dos homens. Este fenómeno não é novo e é consistente com os dados do INE, onde a longevidade das mulheres é superior à dos homens. A OMS considera-o como a “feminização da velhice” (WHO, 2019), assim como a literatura científica (Davidson et al., 2011). De notar que, na nossa amostra, a percentagem de mulheres (69,6%), é superior à percentagem de mulheres residentes em Portugal (58,2%), sendo superior em ERPI (70,0%) comparativamente com CD (67,6%). Estes resultados indicam que as mulheres são mais frequentadoras de lares e centros de dia do que os homens talvez devido ao facto de apresentarem pior perfil funcional mais degradação cognitiva do que os homens e consequentemente maior dependência funcional. Estes dados estão em linha com outros estudos que indicam que as mulheres apresentam maiores taxas de dependência funcional (Campos et al., 2015; Goes, Lopes, Oliveira, et al., 2020a; Safak et al., 2019) e deficit cognitivo (Campos et al., 2015).

Em relação ao grupo etário, como seria de esperar, quanto maior a faixa etária, maior a percentagem de indivíduos na amostra. Pelo que, a maior parte da amostra tem mais de 85 anos, sendo esta percentagem, em ERPI, superior a metade dos indivíduos institucionalizados (61,1%). Analisando a média de idades constatamos que é de 85,86 anos na amostra global, superior ao estudo português, realizado com idosos da população geral que é de 80.16 anos (Santiago et al., 2020). Em ERPI a média de idades é de 86,39 anos e em CD é ligeiramente inferior, sendo de 83,22 anos, embora continue superior à média da população geral maior de 65 anos.

Já no que respeita ao estado civil, mais de metade dos participantes é viúvo (67,6%), o que também não surpreende tendo em conta a faixa etária, e apenas 17,2% é casado. Destes, 15,6% estão em ERPI, em CD a percentagem sobe para 25,9%. No estudo português cujos participantes residiam nos seus domicílios, 58,7% eram casados (Goes, Lopes, Marôco, et al., 2020).

Outro dado importante é o facto de tanto em ERPI como em CD, as pessoas idosas casadas são mais novas do que as viúvas (Figura 2).

Figura 2 – Idade das pessoas idosas por estado civil para ambos os grupos (ERPI e CD). O símbolo × representa a média e os pontos a preto as pontuações atípicas.



Quanto à escolaridade a maioria frequentou a escola, mas não o ensino superior, e apenas 3,1% frequentaram o ensino superior. Uma percentagem significativa da amostra não sabe ler nem escrever (31,9%), sendo esta percentagem maior no grupo de ERPI (33,7%) do que no grupo de CD (23,1%). Além disso, a maioria dos participantes que frequentou a escola apenas frequentou o ensino básico, com uma média de anos de escolaridade de 4,06 anos. Já em 2013, um estudo realizado na região do Alentejo demonstrou que 30,7% dos participantes referiu não saber ler nem escrever (Lopes et al., 2013).

Em relação à área de diagnóstico nosológico (tabela 2) não tivemos acesso aos dados de 58 utentes, pelo que consideramos um $n = 587$. Além disso, 0,5% dos participantes não têm apresenta qualquer diagnóstico nosológico e 67,8% apresenta multimorbilidade.

Em relação à multimorbilidade, mais de dois terços da amostra apresentam duas ou mais áreas de diagnóstico identificadas, sendo que destes, 86,7% pertencem ao grupo de ERPI e 13,3% ao grupo de CD. As doenças do aparelho circulatório representam a área de diagnóstico mais prevalente tanto em ERPI como em CD, seguida das doenças do sistema nervoso e das doenças do sistema musculoesquelético. Analisando a tabela 2 constata-se que dos que apresentam multimorbilidade, 86,4% apresentam entre 2 e 4 áreas de diagnóstico.

O número médio de doenças das mulheres em ERPI é de 2,48 (DP = 1,46) e em CD de 2,19 (DP = 1,28) e o número médio de doenças em homens em ERPI é de 2,66 (DP = 1,58) e em CD de 1,52 (DP = 0,76). Em relação à diferença no número de doenças entre os sexos, pela análise através do teste paramétrico *t-student* para amostras independentes, verifica-se que as mesmas não são estatisticamente significativas em ERPI ($t = 1,23, p > 0.05$), mas são significativas em

CD ($t = -3,25, p < 0.01$), sendo que as mulheres apresentam maior número de áreas de diagnóstico nosológico (CID 10).

Tabela 2 - Área de diagnóstico médico (CID10) e multimorbilidade

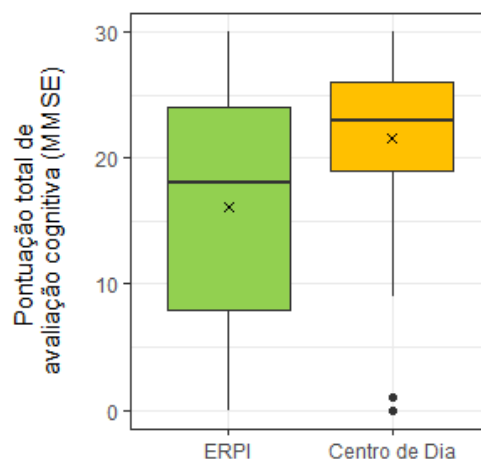
	Total (n = 587)	ERPI (n = 492)	Centro de Dia (n = 95)
Área de diagnóstico médico (CID10)			
Doenças do aparelho circulatório	342 (58,3%)	297 (60,37%)	45 (47,37%)
Doenças do sistema nervoso	219 (37,3%)	200 (40,65%)	19 (20,00%)
Doenças do sistema musculoesquelético	179 (30,5%)	146 (29,67%)	33 (34,74%)
Neoplasias	170 (29,0%)	142 (28,86%)	28 (29,47%)
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	138 (23,5%)	123 (25,00%)	15 (15,79%)
Perturbações mentais e comportamentais	132 (22,5%)	119 (24,19%)	13 (13,68%)
Doenças do sistema geniturinário	80 (13,6%)	67 (13,62%)	13 (13,68%)
Doenças do aparelho respiratório	63 (10,7%)	57 (11,59%)	6 (6,32%)
Doenças do aparelho digestivo	60 (10,2%)	53 (10,77%)	7 (7,37%)
Doenças do sangue e dos sistemas hematopoiéticos	41 (6,98%)	34 (6,91%)	7 (7,37%)
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	7 (1,2%)	7 (1,42%)	0
Sem patologias	3 (0,5%)	1 (0,2%)	2 (2,11%)
Número de áreas de diagnóstico médico (CID10)			
1	186 (31,7%)	146 (29,67%)	40 (42,11%)
2	157 (26,7%)	128 (26,02%)	29 (30,53%)
3	123 (20,95)	111 (22,56%)	12 (12,63%)
4	64 (10,9%)	56 (11,38%)	8 (8,42%)
5	33 (5,6%)	29 (5,89%)	4 (4,21%)
6	11 (1,9%)	11 (2,24%)	0
7	6 (1,0%)	6 (1,22%)	0
8	2 (0,3%)	2 (0,41%)	0
9	2 (0,3%)	2 (0,41%)	0
Multimorbilidade	398 (67,8%)	345 (70,1%)	53 (55,8%)

Avaliação cognitiva (Mini Mental State Examination)

A Figura 3 mostra a distribuição das pontuações de avaliação cognitiva com o MMSE entre as ERPI e os CD. As pontuações registadas junto das pessoas idosas em CD são mais similares entre si e mais elevadas do que as registadas entre os idosos em ERPI. Além disso, há diferença significativa entre as pontuações por tipo de acompanhamento (teste não paramétrico Mann-Whitney Wilcoxon: $p < 0,001$). Em ERPI 50% dos idosos apresentam uma pontuação superior a 18 ao passo que em CD são 77% dos idosos. Mais de metade das pessoas idosas têm uma

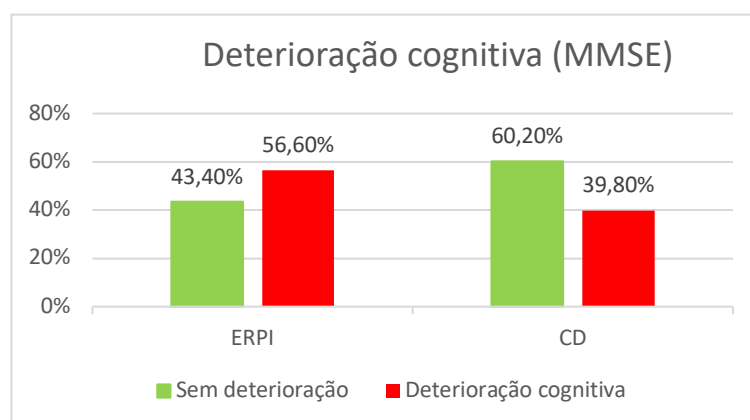
pontuação total de avaliação cognitiva superior à pontuação média. Em CD destacam-se 4 pessoas idosas por apresentarem uma pontuação atipicamente inferior à dos restantes idosos.

Figura 3 - Pontuações de avaliação cognitiva (MMSE) para ambos os grupos (ERPI e CD). O símbolo × representa a média e os pontos a preto as pontuações atípicas.



Por sua vez a Figura 4 mostra-nos a percentagem de pessoas que em cada contexto tem ou não deterioração cognitiva, percebendo-se a inversão verificada entre os contextos. Ou seja, em CD a maioria não tem deterioração cognitiva, em ERPI verifica-se o oposto.

Figura 4 - Percentagem de participantes de ambos os grupos com e sem deterioração cognitiva (MMSE)



Na Tabela 3 podemos observar a percentagem de participantes a frequentar CD e a residir em ERPI que apresentam, deterioração cognitiva, tendo em conta as variáveis sexo, grupo etário, estado civil e nível educacional. Consta-se que em CD o grupo dos 85 e mais anos tem uma

percentagem de deterioração mais elevada do que os mais novos. Tal não se observa no grupo ERPI. Em ERPI, verifica-se que em todos os grupos etários, a maioria dos idosos apresenta deterioração cognitiva. Quanto à escolaridade, em ERPI a percentagem de deterioração é mais elevada nos mais velhos.

Tabela 3 - Características biológicas e sociodemográficas dos participantes e deterioração cognitiva

<i>Variáveis</i>	MMSE total		
	<i>n</i>	Sem deterioração	Deterioração cognitiva
<i>Sexo (CD):</i>			
Feminino	67	56,7%	43,3%
Masculino	34	64,7%	35,3%
<i>Sexo (ERPI):</i>			
Feminino	342	40,4%	59,6%
Masculino	142	50,0%	50,0%
<i>Grupo etário, anos (CD):</i>			
65-74	11	81,8%	18,2%
75-84	45	66,7%	33,3%
85 e mais	45	46,7%	53,3%
<i>Grupo etário, anos (ERPI):</i>			
65-74	28	42,9%	57,1%
75-84	146	44,5%	55,5%
85 e mais	310	42,6%	57,4%
<i>Estado Civil (CD):</i>			
Solteiro/a	9	44,4%	55,6%
Casado/a	27	59,3%	40,7%
Viúvo/a	58	62,1%	37,9%
Divorçado/a	7	57,1%	42,9%
<i>Estado Civil (ERPI):</i>			
Solteiro/a	57	38,6%	61,4%
Casado/a	79	48,1%	51,9%
Viúvo/a	331	43,5%	56,5%
Divorçado/a	17	29,4%	70,6%
<i>Nível Educacional (CD):</i>			
Analfabeto	24	54,2%	45,8%
Não frequentou escola mas sabe ler e escrever	7	85,7%	14,3%
Frequentou escola mas não o Ensino Superior	69	59,4%	40,6%
Ensino Superior	1	0,0	100%
<i>Nível Educacional (ERPI):</i>			
Analfabeto	169	41,4%	58,6%
Não frequentou escola mas sabe ler e escrever	19	52,6%	47,4%
Frequentou escola mas não o Ensino Superior	279	45,5%	54,5%
Ensino Superior	17	11,8%	88,2%

Avaliação intelectual e de personalidade (BDS)

Na Tabela 4 estão apresentados os dados relativos ao grau de deterioração intelectual e de personalidade avaliado através da BDS. Contata-se que 67,5% das pessoas apresentam algum grau de deterioração. Mas, mais relevante é o facto de 34,7% da amostra apresentar deterioração moderada ou grave e somente 32,5% não apresenta deterioração, sendo essa percentagem mais elevada no CD e menor em ERPI.

Tabela 4 - Dados da avaliação intelectual e de personalidade (*Blessed Dementia Scale*)

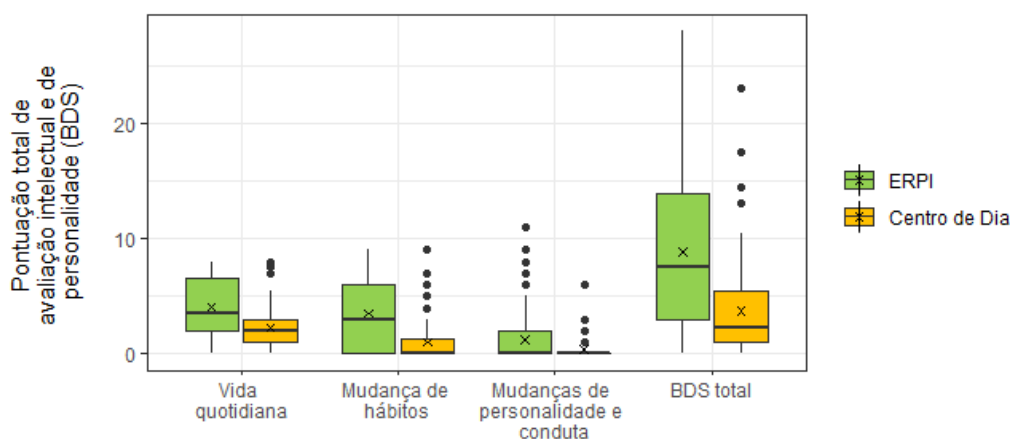
	Total (n = 542)		ERPI (n = 446)		Centro de Dia (n = 96)	
	Média (DP)	Min-Máx	Média (DP)	Min-Máx	Média (DP)	Min-Máx
BDS Total	7,96 (6,602)	0-28	8,86 (6,708)	0-28	3,78 (3,986)	0-23
Vida Quotidiana	3,75 (2,542)	0-8	4,07 (2,563)	0-8	2,29 (1,839)	0-8
Mudança de hábitos	3,09 (3,267)	0-9	3,53 (3,336)	0-9	1,03 (1,861)	0-9
Mudanças de personalidade e conduta	1,12 (1,867)	0-11	1,26 (1,970)	0-11	0,46 (1,065)	0-6
Grau de deterioração	n	%	n	%	n	%
Sem deterioração	176	32,5%	120	26,9%	56	58,3%
Deterioração ligeira	178	32,8%	146	32,7%	32	33,3%
Deterioração moderada	88	16,2%	82	18,4%	6	6,3%
Deterioração grave	100	18,5%	98	22,0%	2	2,1%

Uma vez que os diferentes domínios têm diferentes pontuações, foi feita uma normalização dos dados, para que fosse possível compará-los entre si. Assim, chegou-se à conclusão que os sinais de deterioração incidem particularmente sobre a Vida Quotidiana e a Mudança de Hábitos. Interessa compreender este dado no contexto das alterações de vida quotidiana e de hábitos induzidas pela institucionalização.

As pontuações totais de avaliação intelectual e de personalidade são mais heterogêneas entre os idosos em ERPI do que entre as pessoas idosas em CD (**Erro! A origem da referência não foi encontrada.**). A distribuição das pontuações em cada um dos domínios difere significativamente por tipo de acompanhamento (teste não paramétrico Mann-Whitney Wilcoxon: em todos os domínios $p < 0,001$), havendo uma tendência para as pontuações serem mais elevadas em

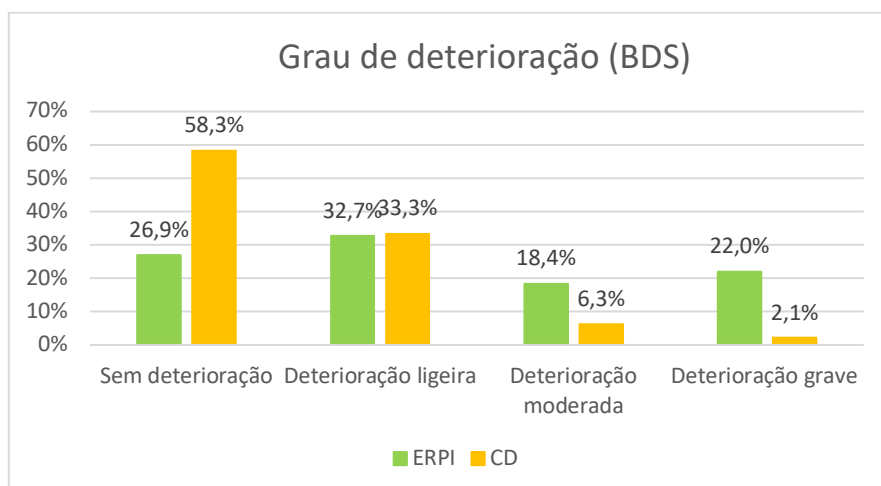
ERPI. Em cada um dos domínios, mais de metade das pessoas idosas têm uma pontuação inferior à pontuação média e existem algumas pessoas idosas que se destacam das restantes por apresentarem uma pontuação total atipicamente mais elevada, sendo esta situação mais frequente entre os idosos em CD.

Figura 5 - Pontuações de avaliação intelectual e de personalidade (BDS) para ambos os grupos (ERPI e CD). O símbolo $\times$ representa a pontuação média e os pontos a preto as pontuações atípicas



Por sua vez a Figura 6 mostra-nos como se distribuem os diferentes graus de deterioração cognitiva em função do contexto. Podemos assim constatar, mais uma vez, que a situação se altera substantivamente dos CD para as ERPI. Assim, não só a percentagem de pessoas com deterioração é maior nas ERPI, como é acentuadamente maior neste contexto a percentagem de pessoas com deterioração moderada e grave.

Figura 6 - Percentagem de deterioração cognitiva e de personalidade avaliada pela BDS para ambos os grupos (ERPI e CD)

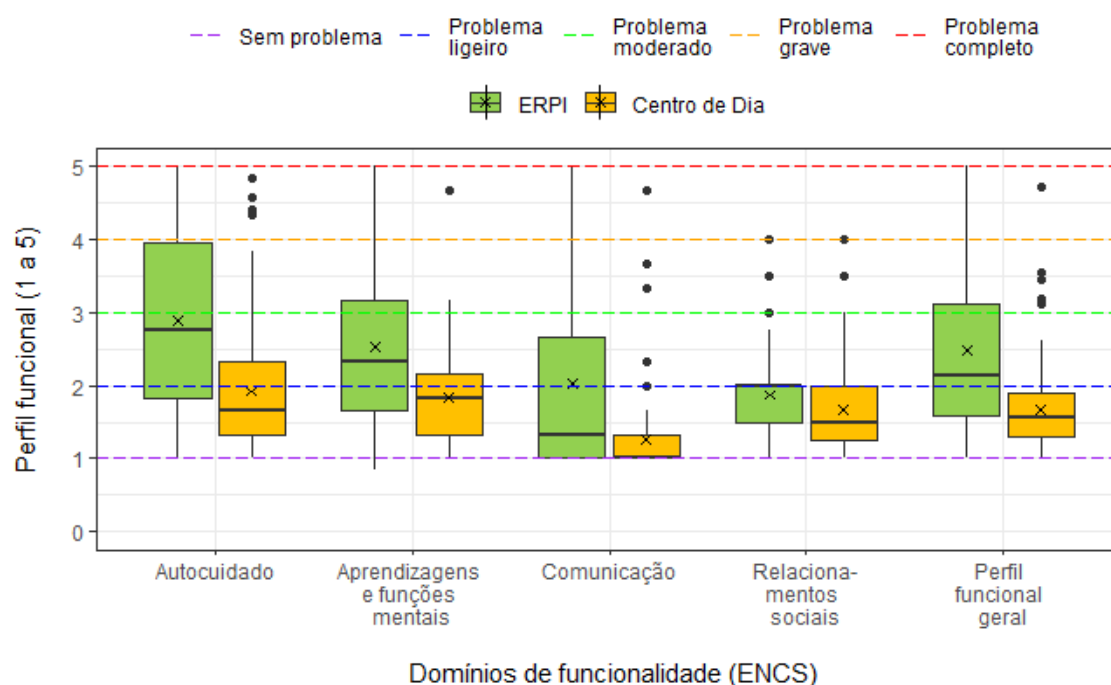


Em suma e relativamente à avaliação cognitiva, podemos afirmar que existe concordância na avaliação feita com base nestes dois instrumentos e assim concluir que a maioria das pessoas residentes em ERPI apresentam algum grau de deterioração cognitiva, sendo expressiva a percentagem de pessoas com níveis deterioração grave.

Avaliação do perfil funcional

A Figura 7 apresenta a distribuição dos resultados do perfil funcional da amostra, onde é possível verificar que os níveis mais elevados de dependência se verificam no Autocuidado e na Aprendizagem e Funções Mentais. Igual conclusão podemos retirar quando consideramos o contexto onde as pessoas permanecem, mas, neste caso, podemos concluir também que os níveis de dependência são significativamente maiores nas ERPI do que nos CD (teste não paramétrico Mann-Whitney Wilcoxon: em todos os domínios $p < 0,001$). Acrescentar ainda que nas ERPI a dimensão Comunicação atinge também valores elevados de dependência.

Figura 7 - Pontuações de funcionalidade em relação aos domínios do ENCS e Perfil Geral de Funcionalidade para ambos os grupos (ERPI e CD). O símbolo $\times$ representa a pontuação média e os pontos a preto as pontuações atípicas.



Ora, um outro estudo com uma amostra de pessoas com mais de 60 anos, concluiu que uma deficiente capacidade de comunicação leva a uma maior probabilidade de dependência funcio-

nal para atividades instrumentais de vida diária (Coutinho et al., 2018), pelo que podemos concluir que os domínios “Comunicação”, “Autocuidado” e “Aprendizagem e Funções Mentais” podem estar interrelacionados e devem ser vistos como um todo. A comunicação é também fundamental para as relações sociais, que por sua vez também interferem na funcionalidade (Lopes, 2021). Analisando os resultados do domínio “Aprendizagem e Funções Mentais”, que se encontra em segundo lugar, e os resultados da avaliação cognitiva, estão também de acordo com a literatura, dado que idosos com deficit cognitivo apresentam uma maior dependência nas AVD e nas atividades instrumentais de vida diária (Safak et al., 2019). Por outro lado, quando escalonamos os problemas por nível de gravidade (Tabela 5), constatamos que, relativamente ao total da amostra, cerca de metade (50,7%) precisa de ajuda nos cuidados; cerca de ¼ (24,1%) têm níveis elevados de dependência que requerem cuidados diários (problema grave) ou de substituição total (problema completo). Idêntica análise considerando os dois contextos (ERPI e CD) permite-nos perceber, primeiro, que a percentagem de pessoas a carecer de ajuda nos seus cuidados se eleva para 57,2% nas ERPI, enquanto que nos CD é de apenas 19,8%; segundo, que a percentagem de pessoas com níveis elevados de dependência a requererem cuidados diários é de 28,2% nas ERPI e apenas 4,7% nos CD, sendo que nestes não existem pessoas com dependência total (problema completo).

Tabela 5 - Perfil funcional avaliado através do *Elderly Nursing Core Set*

Perfil Funcional Geral (grau de severidade)	Total (n = 613)		ERPI (n = 507)		Centro de Dia (n = 106)	
	n	%	n	%	n	%
Nenhum problema	52	8,5%	37	7,3%	15	14,2%
Problema ligeiro	250	40,8%	180	35,5%	70	66,0%
Problema moderado	163	26,6%	147	29,0%	16	15,1%
Problema grave	110	17,9%	105	20,7%	5	4,7%
Problema completo	38	6,2%	38	7,5%	0	0

Na Tabela 6 podemos observar a percentagem de participantes a frequentar CD e a residir em ERPI por grau de gravidade do perfil geral de funcionalidade, tendo em conta as variáveis sexo, grupo etário, estado civil e nível educacional.

Nas três faixas etárias consideradas, a maioria dos indivíduos (ERPI e CD) apresentou um perfil funcional do tipo “Problema ligeiro (5%-24%)”. Em relação ao estado civil, o cenário observado foi idêntico, à exceção dos casados em ERPI, cuja maioria apresenta “Problema moderado

(25-49%)” e dos divorciados em CD cuja maioria não tem qualquer problema. Em relação ao nível de escolaridade, a maior proporção de tipos de perfis funcionais variou de “Problema leve (5%-24%)” a “Problema moderado (25-49%)”.

Tabela 6 - Características biológicas e sociodemográficas dos participantes e perfis gerais de funcionalidade

Variáveis	n	Perfil Geral de Funcionalidade				
		Nenhum 0-4%	Ligeiro 5-24%	Moderado 25-49%	Grave 50-95%	Completo 96-100%
Sexo (CD):						
Feminino	71	15,5%	63,4%	14,1%	7,0%	0,0
Masculino	35	11,4%	71,4%	17,1%	0,0	0,0
Sexo (ERPI):						
Feminino	354	6,5%	32,2%	31,1%	21,5%	8,8%
Masculino	153	9,2%	43,1%	24,2%	19,0%	4,6%
Grupo etário, anos (CD):						
65-74	11	27,3%	45,5%	18,2%	9,1%	0,0
75-84	47	17,0%	61,7%	19,1%	2,1%	0,0
85 e mais	48	8,3%	75,0%	10,4%	6,3%	0,0
Grupo etário, anos (ERPI):						
65-74	29	13,8%	41,4%	20,7%	20,7%	3,4%
75-84	156	6,4%	34,6%	28,2%	22,4%	8,3%
85 e mais	322	7,1%	35,4%	30,1%	19,9%	7,5%
Estado Civil (CD):						
Solteiro/a	10	10,0%	50,0%	30,0%	10,0%	0,0
Casado/a	28	7,1%	78,6%	14,3%	0,0	0,0
Viúvo/a	61	14,8%	67,2%	11,5%	6,6%	0,0
Divorciado/a	7	42,9%	28,6%	28,6%	0,0	0,0
Estado Civil (ERPI):						
Solteiro/a	57	10,5%	29,8%	26,3%	28,1%	5,3
Casado/a	81	11,1%	27,2%	33,3%	25,9%	2,5%
Viúvo/a	350	6,3%	37,4%	28,3%	19,1%	8,9%
Divorciado/a	19	0,0	52,6%	31,6%	5,3%	10,5%
Escolaridade (CD):						
Analfabeto	25	8,0%	68,0%	12,0%	12,0%	0,0
Não frequentou escola, mas sabe ler e escrever	7	28,6%	42,9%	14,3%	14,3%	0,0
Frequentou escola, mas não o Ensino Superior	72	15,3%	66,7%	16,7%	1,4%	0,0
Ensino Superior	2	0,0	100%	0,0	0,0	0,0
Escolaridade (ERPI):						
Analfabeto	170	7,1%	30,6%	26,5%	22,9%	12,9%
Não frequentou escola, mas sabe ler e escrever	22	4,5%	31,8%	27,3%	27,3%	9,1%
Frequentou escola, mas não o Ensino Superior	297	7,7%	38,7%	30,3%	19,2%	4,0%
Ensino Superior	18	5,6%	33,3%	33,3%	16,7%	11,1%

Análise de cada um dos itens

Após esta extensa análise apresentamos ainda os resultados relativos a cada um dos itens do ENCS. Para o efeito recodificámos o resultado em apenas dois níveis, o primeiro designado “Problema Ligeiro a Moderado” e que corresponde a níveis de dependência que requerem alguma ajuda; o segundo designado “Problema Grave a Completo” e que corresponde a níveis de dependência que requerem uma ajuda quase total ou total (Tabela 7). Esta análise permite compreender de modo mais específico quais as áreas em concreto em que mais pessoas precisam de ajuda.

Tabela 7 - Análise descritiva das questões do ENCS

	ERPI						Centro de Dia					
	Nenhum problema		Problema ligeiro a moderado		Problema grave a completo		Nenhum problema		Problema ligeiro a moderado		Problema grave a completo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Q1 Funções da consciência (b110)	306	60,5	114	22,5	86	17	90	84,9	15	14,2	1	0,9
Q2 Funções da orientação (b114)	155	30,6	239	47,1	113	22,3	57	53,8	46	43,4	3	2,8
Q3 Funções da atenção (b140)	211	41,6	206	40,6	90	17,7	76	71,7	29	27,3	1	0,9
Q4 Funções da memória (b144)	103	20,3	208	41	195	38,4	32	30,2	55	51,9	19	17,9
Q5 Funções emocionais (b152)	297	58,6	130	25,7	79	15,6	83	78,3	22	20,7	1	0,9
Q6 Funções cognitivas de nível Superior (b164)	103	20,3	110	21,7	293	57,8	32	30,2	32	30,2	42	39,6
Q7 Sensação de dor (b164)	214	42,2	93	18,3	148	29,2	45	41,7	28	26,4	32	30,2
Q8 Funções da pressão arterial (b420)	288	56,8	200	39,4	19	3,8	33	31,1	71	67	2	1,9
Q9 Funções da respiração (b440)	427	84,2	63	12,5	16	3,2	94	88,7	10	9,4	2	1,9
Q10 Funções da defecação (b525)	310	61,1	175	34,5	20	4	86	81,1	20	18,9	0	0
Q11 Estruturas das áreas da pela (s810)	367	72,4	96	18,9	44	8,7	94	88,7	7	6,6	5	4,7
Q12 Realizar a rotina diária (d230)	78	15,4	179	35,3	250	49,3	24	22,6	62	58,5	20	18,9
Q13 Comunicar e receber mensagens orais (d310)	229	45,2	184	36,2	94	18,6	76	71,7	29	27,4	1	0,9
Q14 Falar (d330)	307	60,6	123	24,3	77	15,2	93	87,7	10	9,4	3	2,8
Q15 Conversação (d350)	283	55,8	114	22,5	109	21,5	91	85,8	11	10,3	4	3,8
Q16 Mudar a posição básica do corpo (d410)	93	18,3	180	35,5	234	46,1	31	29,2	49	46,2	26	24,6
Q17 Manter a posição do corpo (d415)	137	27	205	40,5	165	32,5	45	42,5	52	49	9	8,5
Q18 Utilização da mão e do braço (d445)	265	52,3	145	28,6	97	19,2	82	77,4	23	21,7	1	0,9
Q19 Andar (d450)	94	18,5	159	31,3	254	50,1	40	37,7	42	39,6	24	22,7
20 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento (d465)	102	20,1	203	40	202	39,8	44	41,5	55	51,9	7	6,6
Q21 Lavar-se (d510)	77	15,2	118	23,3	312	61,5	38	35,8	42	39,7	26	24,5

Tabela 7 – Análise descritiva das questões do ENCS (Cont.)

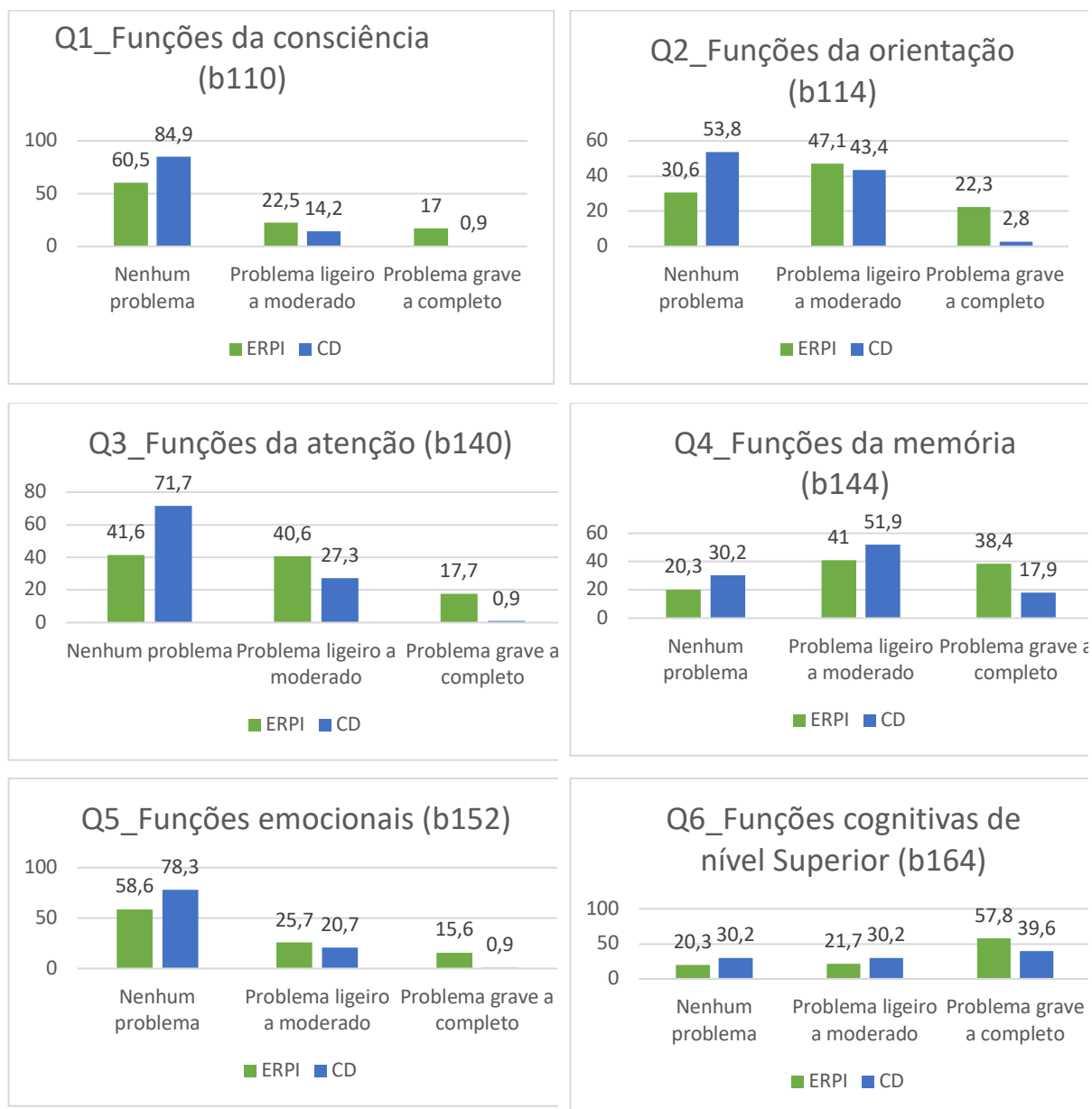
	ERPI						Centro de Dia					
	Nenhum problema		Problema ligeiro a moderado		Problema grave a completo		Nenhum problema		Problema ligeiro a moderado		Problema grave a completo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Q22_Cuidar de partes do corpo (d520)	81	16	179	35,3	247	48,7	38	35,8	51	48,1	17	16
Q23_Cuidados relacionados com os processos de excreção (d530)	141	27,8	174	34,3	192	37,8	64	60,4	33	31,1	9	8,5
Q24 Vestir-se (d540)	126	24,9	128	25,3	253	49,9	59	55,7	29	27,3	18	17
Q25 Comer (d550)	272	53,6	133	26,2	102	20,1	83	78,3	21	19,8	2	1,9
Q26 Beber (d560)	288	56,8	122	24	97	19,1	87	82,1	17	16	2	1,9
Q27 Relacionamentos Familiares (d760)	346	68,2	81	16	80	15,8	88	83	15	14,1	3	2,8
Q29 Amigos (e320)	100	19,7	94	18,6	313	61,7	22	20,8	40	37,7	44	41,6
Q30 Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (e340)	485	95,7	20	4	2	0,4	98	92,5	4	3,7	4	3,7
Q31 Profissionais de saúde	496	97,8	9	2,8	2	0,4	100	94,3	3	2,8	1	0,9

Desta tabela e relativamente às ERPI, destacamos como áreas onde mais pessoas necessitam de ajuda quase total ou total as seguintes (por ordem decrescente):

1. Q29_Amigos (e320)
2. Q21_Lavar-se (d510)
3. Q19_Andar (d450)
4. Q12_Realizar a rotina diária (d230)
5. Q22_Cuidar de partes do corpo (d520)

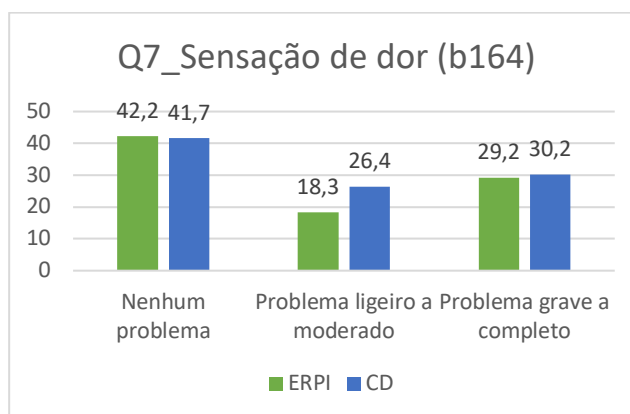
Analisando as figuras correspondentes às funções da consciência, funções da orientação, funções da atenção, funções da memória, funções emocionais e funções cognitivas de nível superior (**Erro! A origem da referência não foi encontrada.**) constatamos que em todas elas, a percentagem de idosos sem qualquer problema em qualquer uma destas funções é superior no grupo de CD comparado com o grupo ERPI. O contrário verifica-se quando analisamos a percentagem de idosos com problema grave a completo sendo esta percentagem sempre superior nos idosos em ERPI. Estes dados mais detalhados vêm confirmar os resultados relativos às funções cognitivas avaliadas pelo MMSE.

Figura 8 - Níveis das Funções de Consciência e de Orientação nos diferentes contextos (ERPI e CD)



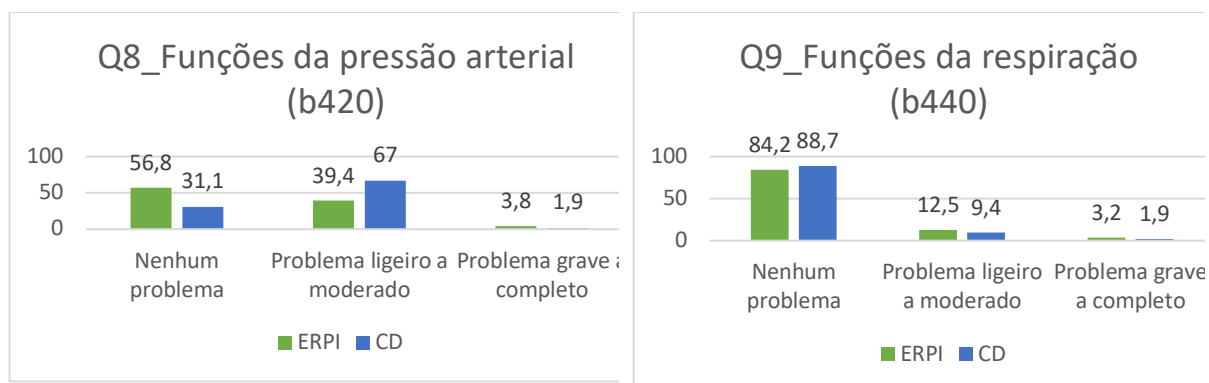
No que respeita à sensação de dor (Figura 9), verificamos que mais de metade dos idosos relatam algum grau de dor, sendo essa percentagem superior nos idosos a frequentar CD. De referir que na realização dos questionários muitos idosos não sabiam especificar a localização da dor referindo que “dói-me o corpo todo”. Fica por esclarecer se esta será uma dor física ou psicológica, ou quem sabe até afetiva. Em relação à dor, de notar que, 10,3% dos participantes em ERPI e 0,9% em CD não souberam especificar o grau de dor.

Figura 9 - Níveis Dor nos diferentes contextos (ERPI e CD)



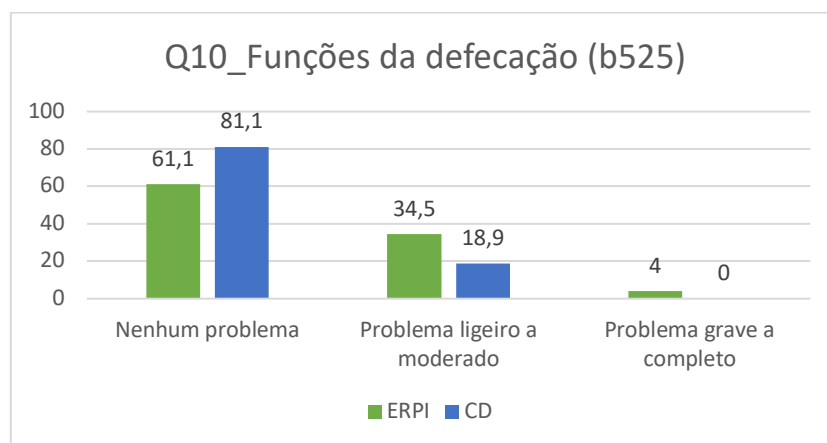
Em relação à pressão arterial (Figura 10) embora não se possam tirar grandes conclusões dado que este dado se refere apenas à pressão arterial no momento da recolha de dados, constata-se que há uma maior percentagem de idosos em CD com valores acima do esperado do que em ERPI. Já no que respeita às funções da respiração, a percentagem de idosos com necessidades de cuidados a este nível é de 15,7% em ERPI e de 11,3% em CD.

Figura 10 - Níveis de problema nas funções Pressão Arterial e respiração nos diferentes contextos (ERPI e CD)



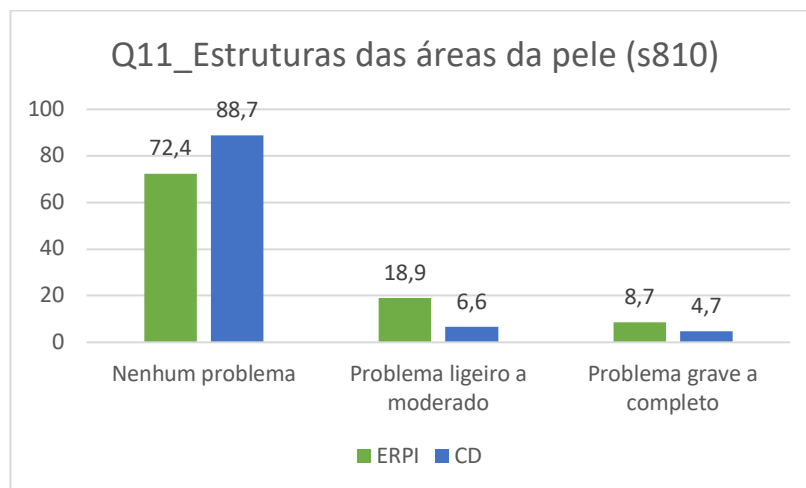
Relativamente às funções da defecação (Figura 11) 38,5% dos idosos em ERPI apresenta problemas nesta área, estando muitos deles medicados para o efeito e em CD apenas 18,9% apresenta algum tipo de problema a este nível. Considerando que a maioria dos problemas de defecação estão relacionados com a alimentação e o sedentarismo, importa aqui perceber o motivo desta percentagem significativa de idosos com problemas nesta área para tentar colmatar através da alimentação e atividade física.

Figura 11 - Níveis de problema nas funções de Defecação nos diferentes contextos (ERPI e CD)



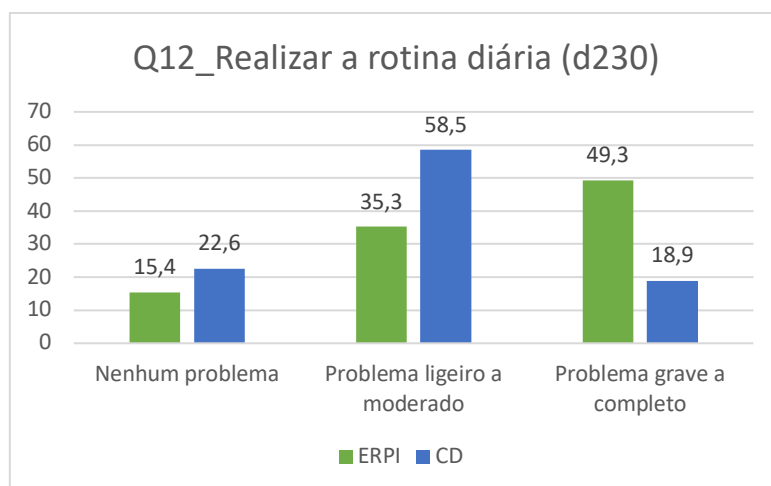
Analisando os dados relativos às estruturas da pele (Figura 12) e considerando que a classificação como problema grave a completo corresponde a lesões abertas, constatamos que existem em ERPI 8,7% de idosos com alguma lesão cutânea desse tipo e em CD 4,7%.

Figura 12 - Níveis de problema nas Estruturas das áreas da pele nos diferentes contextos (ERPI e CD)



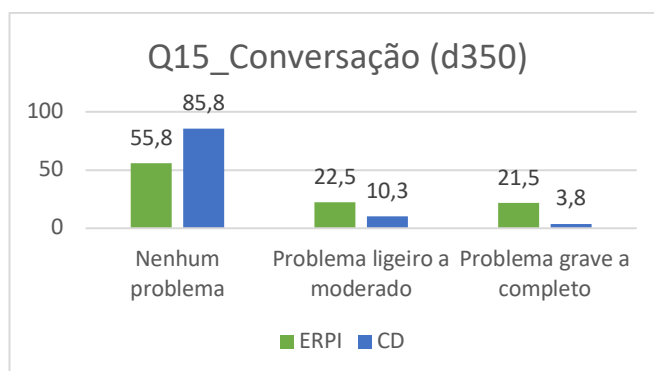
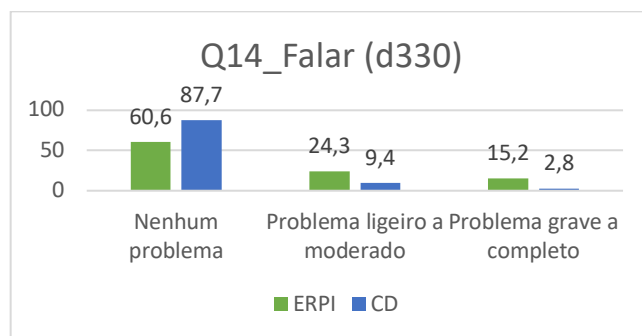
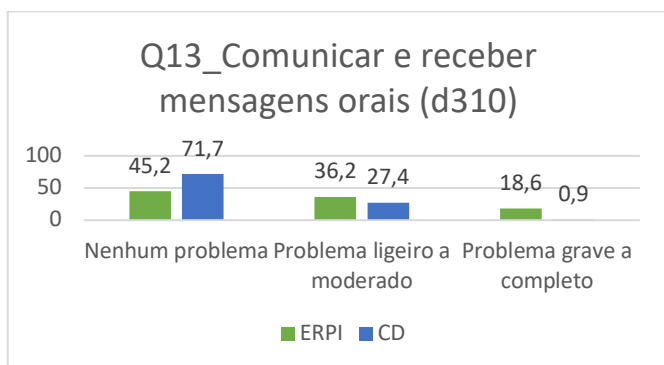
No que respeita à realização da rotina diária (Figura 13) constata-se que quase metade dos idosos em ERPI têm problemas graves a completos a este nível e 35,3% apresentam problemas ligeiros a moderados, sendo incapazes de realizar a sua rotina diária sem ajuda de terceiros. Em CD estes números são mais reduzidos, sendo que 22,6% são capazes de autonomamente realizar a sua rotina diária.

Figura 13 - Níveis de problema na Realização da rotina diária nos diferentes contextos (ERPI e CD)



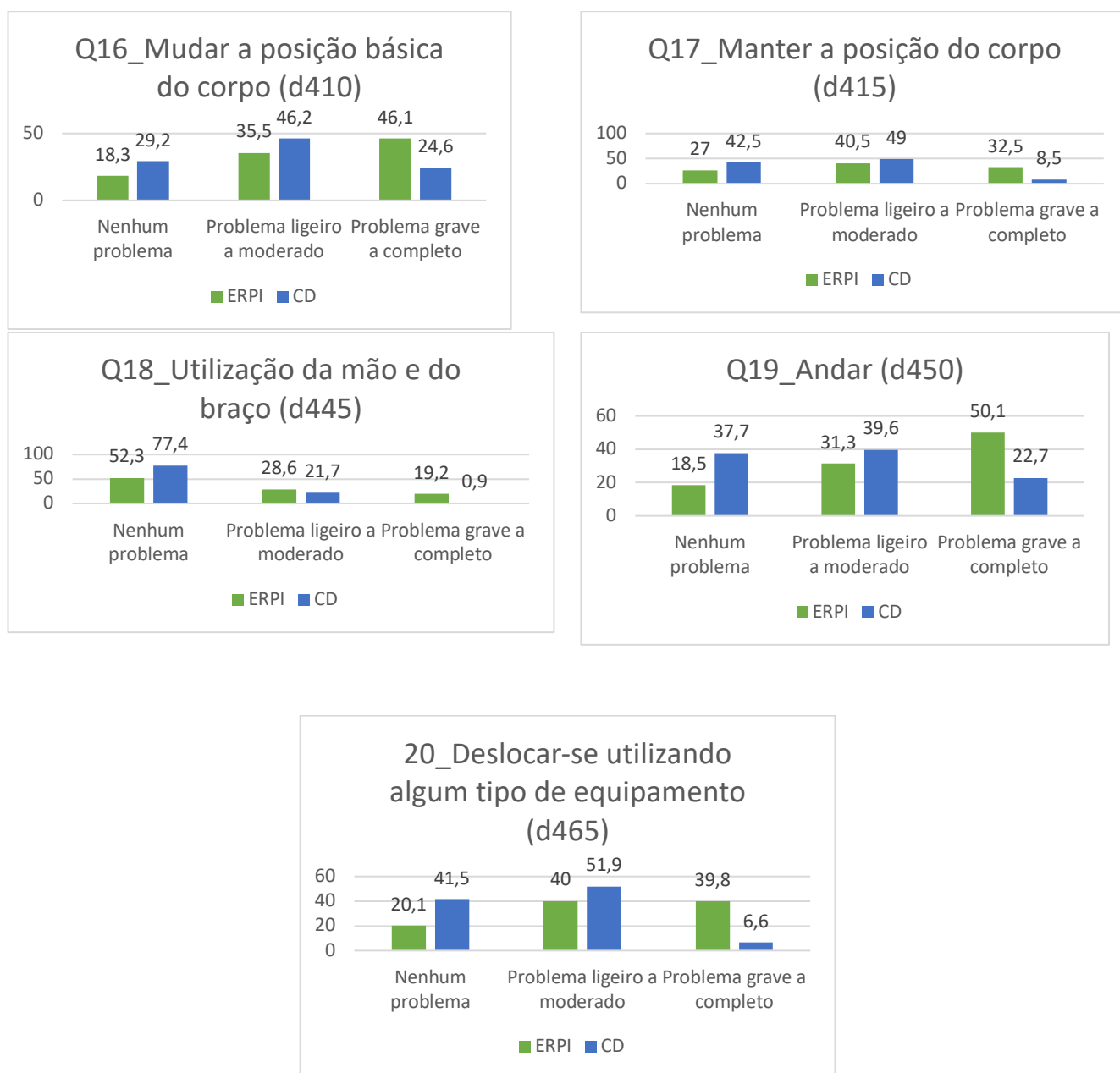
Analisando os dados respeitantes à comunicação (comunicar e receber mensagens orais, falar e conversação) (Figura 14), constata-se que em ERPI a percentagem de idosos com algum tipo de problema é superior quando comparada com a percentagem em CD. Assim, apenas 45,2% não apresenta qualquer tipo de problema nestas áreas em ERPI e em CD a percentagem é de 71,7%.

Figura 14 - Níveis de problema na comunicação (comunicar e receber mensagens, falar e conversação) nos diferentes contextos (ERPI e CD)



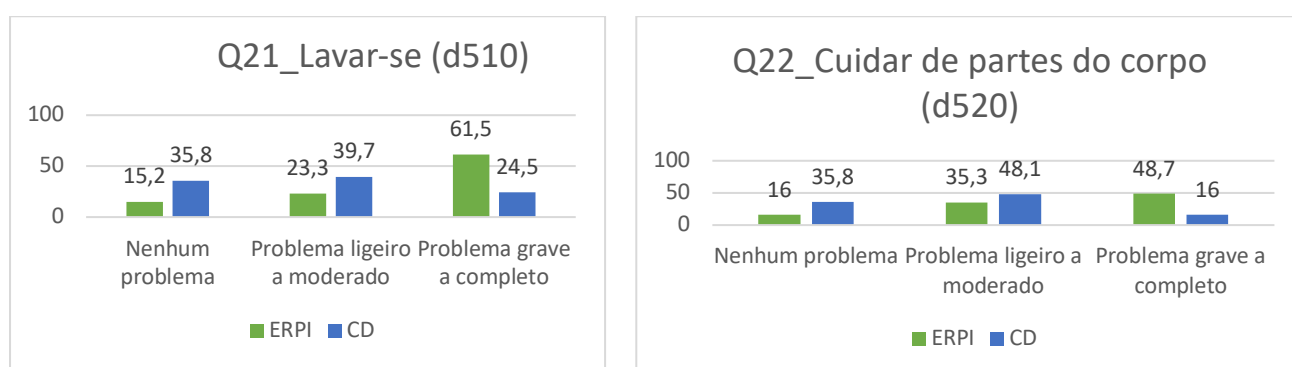
Quando analisamos questões relativas à mobilidade (mudar a posição básica do corpo; manter a posição do corpo; utilização da mão e do braço; andar e deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento) (Figura 15) constatamos que há uma maior percentagem de idosos com problemas graves a completos em ERPI e uma maior percentagem de idosos sem qualquer problema nesta área em CD.

Figura 15 - Níveis de problema na mobilidade (mudar a posição básica do corpo, manter a posição básica do corpo, utilização da mão e do braço, andar e deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento) nos diferentes contextos (ERPI e CD)



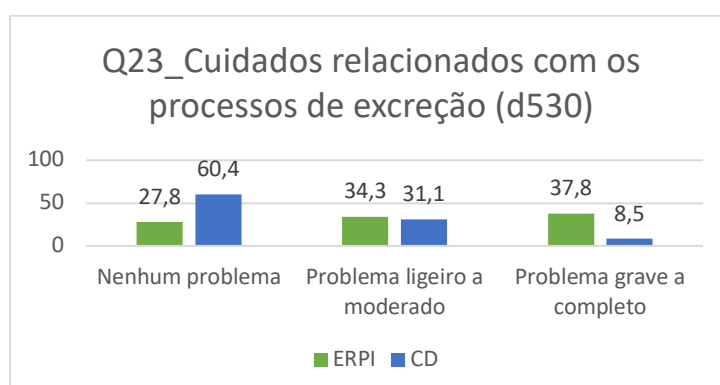
No que respeita aos cuidados de higiene e conforto (Figura 16) constata-se que 84,8% dos idosos em ERPI são dependentes no autocuidado lavar-se e em CD esta percentagem desce para 64,2%. Na AVD cuidar de partes do corpo as percentagens são semelhantes. De referir que, em algumas ERPI onde foi realizada a recolha de dados alguns idosos que tinham entrado há menos de 7 dias em ERPI referiram que em casa eram independentes neste autocuidado e que na instituição não permitiam que tomassem banho sozinhos pelo risco de queda.

Figura 16 - Níveis de problema nos cuidados de higiene e conforto (Lavar-se e cuidar de partes do corpo) nos diferentes contextos (ERPI e CD)



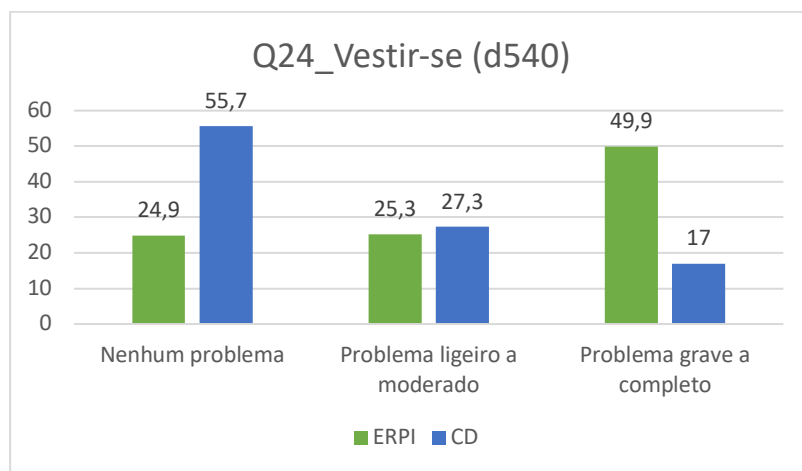
Já no que respeita aos cuidados relacionados com os processos de excreção (Figura 17), em ERPI, apenas 27,8% são independentes neste autocuidado e em CD esta percentagem sobe para 60,4. De notar que os que apresentam problema grave a completo (37,8% em ERPI e 8,5% em CD) são incontinentes.

Figura 17 - Níveis de problema nos cuidados relacionados com os processos de excreção nos diferentes contextos (ERPI e CD)



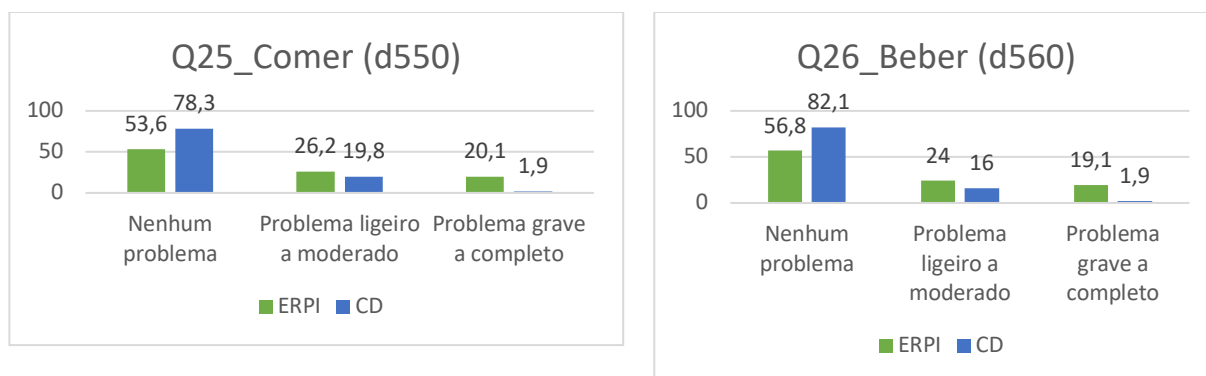
Em relação ao autocuidado vestir-se (Figura 18), 75,2% dos idosos em ERPI apresentam algum grau de dependência, sendo que quase metade têm problema grave a completo. Em CD apenas 17% apresenta problema grave a completo e mais de metade são independentes.

Figura 18 - Níveis de problema no autocuidado vestir-se nos diferentes contextos (ERPI e CD)



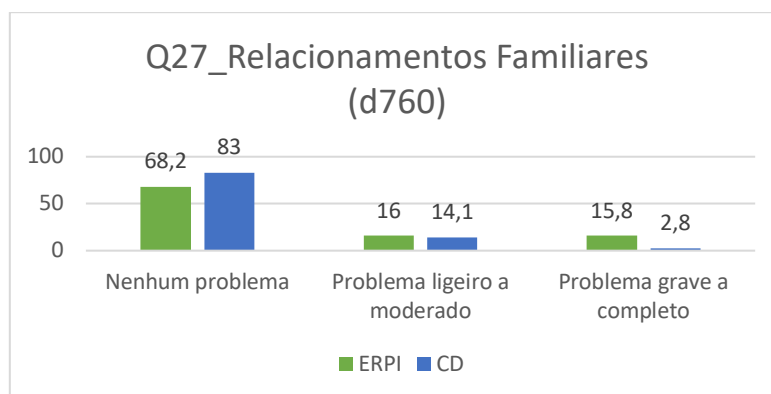
No autocuidado comer e beber (Figura 19) constatamos que mais de metade dos idosos em ERPI e mais de 75% em CD são independentes neste autocuidado, sendo que existem 20,1% de idosos em ERPI com problema grave a completo no autocuidado comer e 19,1% no autocuidado beber.

Figura 19 - Níveis de problema no autocuidado comer e beber nos diferentes contextos (ERPI e CD)



A questão relacionamentos familiares (Figura 20) avalia a capacidade da pessoa para manter relações com os membros da família. Constatou-se que 31,8% dos idosos em ERPI apresentam algum tipo de problema em manter estes laços e em CD esta percentagem é de 16,9%.

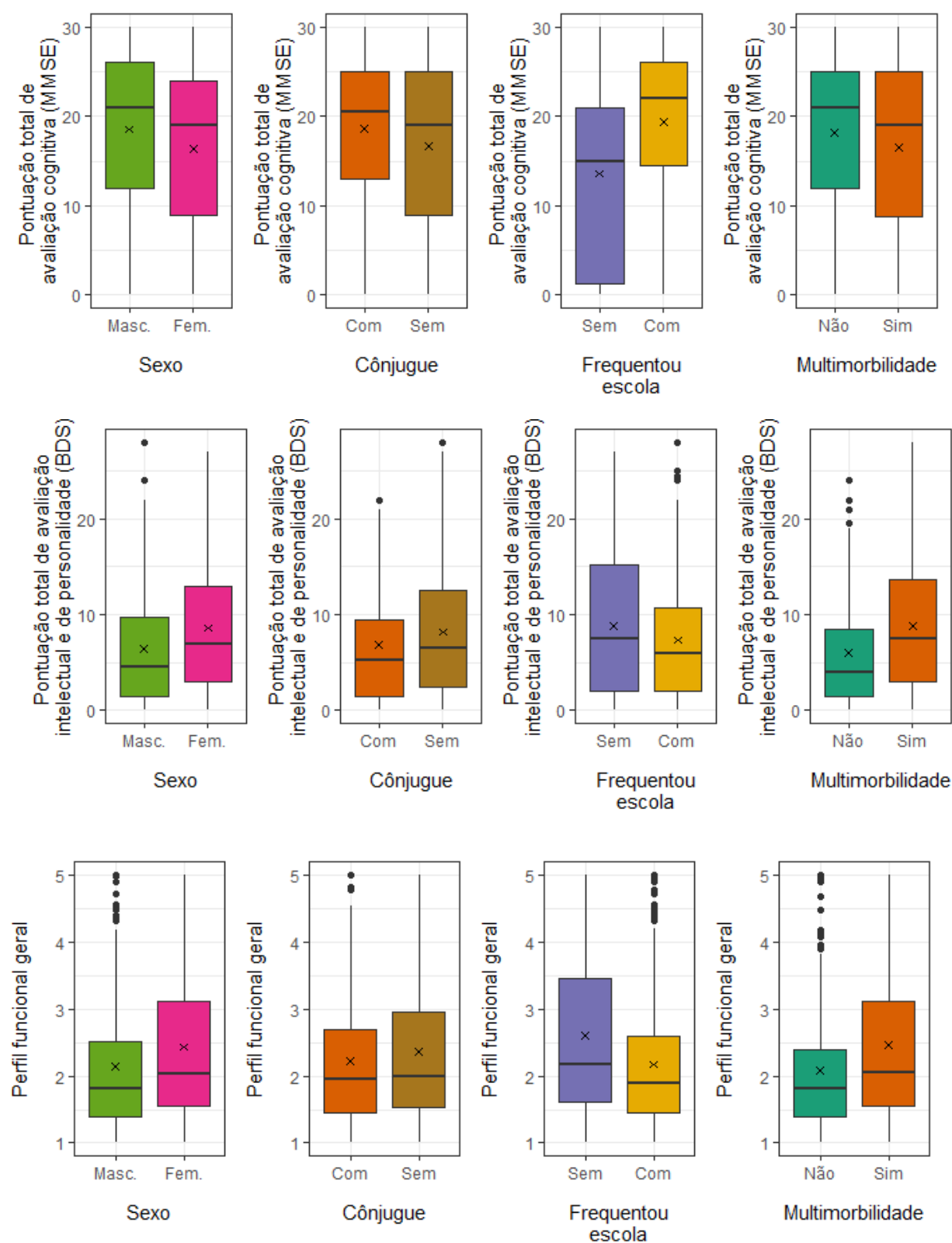
Figura 20 - Níveis de problema nos relacionamentos familiares nos diferentes contextos (ERPI e CD)



Comparação dos indicadores gerais de degradação por características biológicas e sociodemográficas e a multimorbilidade

A Figura 21 mostra a distribuição das pontuações de avaliação cognitiva (MMSE), avaliação intelectual e de personalidade (BDS) e perfil funcional geral (ENCS) por sexo, cônjuge, frequência de escola e multimorbilidade. Constatamos pela aplicação do teste não paramétrico Mann-Whitney Wilcoxon que existem diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações do MMSE por sexo ($p < 0,05$) e escolaridade ($p < 0,001$), com as mulheres e os homens apresentarem piores resultados. Existem igualmente diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações da BDS por sexo ($p < 0,001$), cônjuge ($p < 0,05$), escolaridade ($p < 0,05$) e multimorbilidade ($p < 0,001$), com as mulheres, os não casados, os indivíduos sem escolaridade e os que apresentam multimorbilidade apresentarem piores resultados. Já no que respeita ao perfil funcional, existem diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações do ENCS por sexo ($p < 0,01$), escolaridade ($p < 0,001$) e multimorbilidade ($p < 0,001$), com as mulheres, os indivíduos sem escolaridade e os que apresentam multimorbilidade apresentarem piores resultados. Sabemos que o perfil funcional de cada pessoa está inter-relacionado com o seu contexto sociodemográfico e com as características biológicas, culturais e ambientais, o que foi geralmente observado no presente estudo está de acordo com os achados de outros autores (Abalo et al., 2018b; Fonseca; et al., 2019; Goes, Lopes, Oliveira, et al., 2020b).

Figura 21 – Pontuação total de avaliação cognitiva (MMSE), avaliação intelectual e de personalidade (BDS) e perfil funcional geral (ENCS) por sexo, conjugue, frequência de escola e multimorbilidade. O símbolo x representa a pontuação média e os pontos a preto as pontuações atípicas.



Quanto ao ambiente, analisamos o apoio da família, dos amigos, dos prestadores de cuidados pessoais e dos profissionais de saúde nas AVD e constatamos, na amostra em estudo, que os amigos, seguido da família são os que menos apoiam as pessoas idosas nestas atividades (Tabela 8). Ora, se assim não fosse, muitos provavelmente não estariam institucionalizados. Estes dados são consistentes com as conclusões de um estudo longitudinal recente que indica que são preditores robustos de institucionalização das pessoas idosas os seguintes fatores: morar sozinho, falta de apoio social, não participar de atividades recreativas e sociais e não visitar a família ou amigos (Oh et al., 2019). Assim sendo, é necessário um investimento na implementação de intervenções que promovam o apoio dos amigos e da família e que sejam focadas nas relações sociais, dado que estas têm uma forte influência na saúde e na longevidade.

Tabela 8 – Apoio nas atividades de vida diárias (ENCS)

	ERPI (507) Média (DP)	CD (106) Média (DP)	<i>t</i>
Família próxima (e310)	3,17 (1,452)	2,82 (1,241)	-2,538*
Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (e340)	1,06 (0,350)	1,17 (0,669)	1,598
Amigos (e320)	3,57 (1,568)	3,08 (1,510)	-2,996**
Profissionais de saúde (e355)	1,04 (0,30)	1,10 (0,456)	1,432

**p<0,01

*p<0,05

Não obstante a análise que foi sendo efetuada ao longo da descrição dos resultados, cabe-nos agora refletir acerca de algumas conclusões chave destes resultados:

1. *Os participantes casados apresentaram menos degradação intelectual e de personalidade do que os não casados*, com diferenças estatisticamente significativas avaliados através do BDS. Conforme nos indica o *National Health and Aging Trends Study*, as pessoas idosas sem companheiro são especialmente vulneráveis à degradação cognitiva, sendo que o estado civil de casado é um fator protetor extremamente relevante (Liu et al., 2019). As relações sociais podem, de facto, ter um influencia significativa na saúde das pessoas e na longevidade, sendo a sua ausência um fator de risco para morte prematura (Holt-lunstad, 2018). É necessário, no entanto, ter em conta que a qualidade das relações sociais é também de extrema relevância, pois a existência de vínculos, por si só, não garante a disponibilidade de recursos sociais de apoio (Ashida & Schafer, 2018). A análise da afirmação acima, conjugada com o facto de existirem muito mais pessoas casadas no grupo de CD do que no grupo de ERPI, levam-nos a concluir que o facto de

ser casado e ter o apoio do cônjuge poderá ser um fator de permanência no domicílio. No entanto, estes dados devem ser analisados com cautela, dado que as pessoas em CD são também mais jovens do que as que estão em ERPI. Contudo, sabe-se que morar sozinho é fator preditor de institucionalização. É, pois, importante dar um especial destaque à relevância das relações afetivas, havendo um acompanhamento da pessoa idosa aquando da morte do cônjuge, de forma a prevenir a degradação cognitiva e, em consequência, o agravamento da funcionalidade.

2. *As mulheres apresentaram pior perfil funcional e pior perfil cognitivo do que os homens, o que indica maior dependência funcional e maior probabilidade de demência.* Este dado não é novo, sendo corroborado por outros autores que indicam que as mulheres apresentam mais deficit cognitivo e maior dependência funcional do que os homens (Campos et al., 2015; Goes, Lopes, Oliveira, et al., 2020a; Safak et al., 2019). Parte deste fenómeno poderá ser explicado por uma maior esperança de vida nas mulheres (Ministério da Saúde, 2018) aliado a uma maior multimorbidade (Quinaz Romana et al., 2019). De facto, no presente estudo, 69,8% das mulheres apresentam multimorbidade e quando comparamos os homens, esta percentagem desce para 63,3%.
3. *Os participantes que não frequentaram a escola apresentaram pior perfil funcional e mais degradação cognitiva do que aqueles que frequentaram a escola.* Outros estudos internacionais vão no mesmo sentido, concluindo que os analfabetos são mais dependentes nas atividades instrumentais de vida diária (Coutinho et al., 2018). Além disso, uma maior escolaridade está associada a melhores resultados em saúde física e mental (Abalo et al., 2018a; Cui et al., 2019; Quach et al., 2017), havendo uma maior percentagem de multimorbidade nas pessoas com níveis de escolaridade inferiores (Quinaz Romana et al., 2019). Ora, estando a funcionalidade associada à saúde, estes resultados vão no mesmo sentido. Assim sendo, e analisado o contexto português, na sua história, sabemos que as oportunidades de acesso à escola não foram iguais para todos, sendo que as pessoas com mais dificuldades económicas foram aquelas que tiveram menos acesso à escola, começando a trabalhar desde pequenas como forma de sobrevivência. Além disso, as mulheres, por vezes, eram afastadas da família em crianças para trabalhar como empregadas domésticas nas casas de famílias mais ricas até à idade adulta, e os homens trabalhavam em empregos de baixa remuneração (quando havia empregos disponíveis) e começavam a trabalhar desde cedo. Sabemos que não só a literacia, como também o nível socioeconómico, influenciam os estilos de vida ao longo do ciclo vital,

influenciando, por sua vez, a funcionalidade e o autocuidado. Neste sentido, o funcionamento psicológico, cognitivo, físico, e social é influenciado por um estilo de vida saudável (Visser et al., 2019). Tendo em conta estas afirmações, é importante promover a literacia em saúde e a aprendizagem ao longo do ciclo de vida, bem como o desenvolvimento de competências de forma a contribuir para um envelhecimento ativo e saudável (UNECE Ministerial Conference on Ageing, 2017).

4. *Os participantes que frequentam o CD e residem nos seus domicílios apresentaram melhor perfil funcional e cognitivo do que os que se encontram a residir em ERPI, com diferenças estatisticamente significativas.* Um estudo realizado na Turquia com idosos institucionalizados e não institucionalizados concluiu que os primeiros apresentam maior risco de desenvolvimento de perturbações mentais e mais défices físicos e sociais do que os que residem em suas casas (Maral et al., 2012). Além disso, as pessoas idosas institucionalizadas apresentam pior qualidade de vida quando comparados com os que moram nos seus domicílios (de Medeiros et al., 2020). Outros estudos demonstram que o défice funcional e cognitivo, aliado à falta de apoio nas AVD são fatores preditivos de institucionalização (Del Duca et al., 2012; Mannucci et al., 2014).
5. *Os participantes com multimorbilidade apresentaram pior perfil funcional do que os que têm uma ou menos doenças.* Um estudo realizado na população portuguesa vai no mesmo sentido (Santiago et al., 2020). Constatamos ainda pela análise dos nossos resultados que os idosos com doenças do sistema nervoso, onde se incluem as demências, apresentam mais défices cognitivos e pior perfil funcional, sendo, portanto, mais dependentes. Outro estudo indica o mesmo (Åkerborg et al., 2016). Além das doenças do sistema nervoso, também tiveram pior perfil funcional os participantes que sofrem de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, como a diabetes. Ora, tal como descrito pela DGS, tanto a doença de Alzheimer, como a Diabetes pertencem ao grupo de patologias que mais contribuem para a incapacidade (DGS. IHME, 2018).

Conclusão

Estes dados reforçam a importância de manter as pessoas em suas casas o máximo possível e manter as suas capacidades de autocuidado e suporte social. Portanto, é importante compreender em que medida a institucionalização e os fatores de risco contribuem para a perda da funcionalidade em idosos residentes em ERPI para o estado de incapacidade total e avaliar se essa

perda é semelhante à de idosos que residem nas suas casas. Assim, os resultados aqui apresentados demonstram não apenas o nível de dependência dos idosos institucionalizados e não institucionalizados, mas também as dimensões em que a dependência é mais predominante e mais grave e as variáveis que a ajudam a compreender. Portanto estes estudos agregam conhecimento científico à limitada literatura existente, contribuindo para a construção do modelo de cuidados apresentado no capítulo seguinte.

Destacamos como limitação a este estudo empírico o facto de não ter sido possível recolher dados a todos os utentes totalmente dependentes que não tinham capacidade para dar o seu consentimento pois, em alguns casos, não se conseguiu obter o consentimento informado do representante legal. Este dado deve ser tido em conta na leitura dos resultados dado que o nível de dependência, por este motivo, superior ao apresentado. No que respeita à amostra de CD esta é pequena dado ter sido interrompida a atividade de CD desde março devido à pandemia, o que não permitiu a continuidade da recolha de dados.

2.2. Estudo 2 - Caracterização das ERPI (estrutura e processo)

Metodologia

O objetivo definido para este estudo foi avaliar as características estruturais e processuais das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI).

Nesta fase do estudo contamos com a caracterização da estrutura e processo de 10 instituições através do método de entrevista estruturada, com questões do tipo misto. Esta fase do estudo foi particularmente prejudicada pelo processo pandémico que, entretanto, nos atingiu.

Para a recolha de dados foi usado guião de entrevista elaborado para o efeito, contendo questões categorizáveis para avaliação quantitativa e questões abertas para análise qualitativa.

As entrevistas foram realizadas *online*, através da plataforma *zoom*, sendo o entrevistador um investigador da Universidade de Évora, com formação, e o entrevistado o/a Diretor/a Técnico/a das instituições referidas ou pessoa indicada por este/a, com conhecimento da estrutura e processo da instituição em causa. Foi explicado que a confidencialidade dos dados seria mantida, não sendo divulgado o nome das instituições nem do entrevistado, por questões éticas e de proteção de dados.

Para a caracterização da estrutura e processos das ERPI socorremo-nos ainda de uma pesquisa documental, com base tanto na legislação em vigor como nos regulamentos das instituições.

Deste modo os dados a seguir apresentados serão o resultado da análise conjunta das entrevistas efetuadas e da pesquisa documental.

Apresentação dos resultados

Começamos por analisar a distribuição das ERPI por regiões. Pela análise da Tabela 9, constatamos que estas respostas apresentam uma cobertura territorial assimétrica, sendo a taxa de ocupação superior a 90% na maioria dos distritos.

Tabela 9 - "Rede" de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas por distrito

	Capacidade	Ocupação	Tx ocupação
<i>Aveiro</i>	5344	5038	94,3%
<i>Beja</i>	3597	3349	93,1%
<i>Braga</i>	5985	5757	96,2%
<i>Bragança</i>	3383	3219	95,2%
<i>Castelo Branco</i>	4317	4052	93,9%
<i>Coimbra</i>	5546	5238	94,4%
<i>Évora</i>	3274	3141	95,9%
<i>Faro</i>	3795	3549	93,5%
<i>Guarda</i>	5500	5142	93,5%
<i>Leiria</i>	5455	5309	97,3%
<i>Lisboa</i>	15001	13233	88,2%
<i>Portalegre</i>	3458	3315	95,9%
<i>Porto</i>	8392	7442	88,7%
<i>Santarém</i>	6726	5941	88,3%
<i>Setúbal</i>	5615	5232	93,2%
<i>Viana do Castelo</i>	2537	2345	92,4%
<i>Vila Real</i>	2945	2723	92,5%
<i>Viseu</i>	5743	5591	97,4%
<i>Total</i>	96613	89616	92,8%

Fonte: (GEP/MTSSS, 2019)

Como sabemos, as ERPIs gerem de forma autónoma a sua carteira de clientes, não havendo articulação com as outras redes de cuidados, como por exemplo, com os serviços de saúde, onde se inserem os Cuidados de Saúde Primários, os Cuidados Hospitalares ou a RNCCI.

Assim sendo, os critérios de admissão são definidos por cada uma das instituições, estando, por norma, definidos em regulamento próprio. Pela análise de alguns dos regulamentos de diversas instituições (publicados na internet) constatamos uma disparidade de critérios. Poucas são as que incluem o grau de dependência como critério de admissão, e quando este é referido, não há uma definição clara sob a forma como é avaliado. Por exemplo, é referido como critério de admissão por muitas ERPIs *“Pessoas com 65 ou mais anos que, por razões familiares, dependência, isolamento, solidão ou insegurança, não podem permanecer na sua residência”*. É referida a dependência, mas não o grau de dependência nem tampouco a forma como a dependência é avaliada. Surge-nos a questão: que tipo de dependência é avaliada? Apenas a dependência física ou também a psicossocial? De que forma é avaliada e por quem?

Algumas instituições realizam uma entrevista inicial para averiguar as “condições” do utente. No entanto, essas “condições” não estão devidamente definidas muito menos o peso relativo de cada uma delas. Desta forma, não se consegue perceber um resultado auditável que justifique a admissão. Considera-se por isso que os critérios podem criar iniquidades entre os potenciais clientes.

Constatamos ainda que em alguns regulamentos são critérios prioritários de admissão: quem já é beneficiário de outro serviço da instituição e os irmãos e/ou benfeitores (antigos dirigentes, antigos funcionários, voluntários) da Instituição. Consideramos que estes critérios criam uma situação de manifesta iniquidade, ao não priorizar a admissão pela necessidade de cuidados.

Além disso, verificamos que em algumas instituições constituem critérios de não admissão apresentar doença mental, infetocontagiosa ou neuro-degenerativa que prejudiquem o funcionamento dos serviços. Fica por esclarecer de que forma é que apresentar estas patologias poderá prejudicar o normal funcionamento dos serviços. A prevalência da doença mental em Portugal é elevada, sendo os idosos um dos grupos mais vulneráveis (Lopes, 2021). Ser idoso é fator de risco para a depressão, demência a até mesmo para o suicídio. O Plano Nacional de Saúde Mental visa a integração na sociedade das pessoas com perturbação mental e o combate ao estigma, pelo que não se entende a sua exclusão nos critérios de admissão de algumas instituições. Como agravante, não é claro nos regulamentos quem é que faz a avaliação do estado mental e como o faz, para que haja equidade nos critérios.

Outro dos critérios de não admissão que não se compreende e que também constatamos em algumas ERPI é o grau de dependência que implique um acompanhamento para as atividades de vida diária. Ora, este deveria ser o principal critério para justificar a admissão quando não

existe um cuidador informal capaz de dar resposta às necessidades de cuidados da pessoa. Além disso, a legislação que rege as ERPI é clara quanto a este ponto, sendo o primeiro objetivo “*proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas*” (Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, 2011). Ora, entendemos que o grau de dependência se insere na problemática biopsicossocial, não apenas a dependência física, mas também a dependência psicossocial.

Acrescentamos ainda mais uma situação de iniquidade: “a adicionar à dificuldade sentida pelos familiares e idosos no que se refere ao tempo de espera, muitas vezes elevado para a situação em que estes se encontram, em inúmeras instituições é dada a primazia aos idosos que tenham uma reforma mais avultada; tal é visto, do ponto de vista da instituição e assim justificado, como um modo de garantir o equilíbrio financeiro” (Lares Online, 2020).

Perante esta análise, parece-nos que em algumas destas instituições funciona a Lei do Cuidado Inverso, ou seja, as pessoas idosas que mais necessitam de cuidados são as que têm menor probabilidade de recebê-los. Por outro lado, aqueles que menos necessitam de cuidados são os que têm mais acesso aos serviços, usufruindo deles com mais eficácia (Tudor Hart, 1971).

2.2.1. Dados relativos à estrutura

O artigo 6º da Portaria que rege as ERPI estabelece que a capacidade das mesmas se deve situar entre 4 (mínimo) a 120 residentes (máximo). Além disso, define que estas se devem organizar por unidades funcionais, “entendendo-se por unidade funcional o conjunto de áreas funcionais, fisicamente agrupadas e equipadas, para o alojamento dos residentes em ambiente confortável e humanizado e para a prestação dos serviços previstos”, embora este critério só seja obrigatório quando a capacidade é acima de 80 residentes (Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, 2012).

Pela análise da Tabela 10, constatamos que das entrevistas efetuadas, todas as ERPI se encontram dentro do intervalo fixado em termos de capacidade, variando entre 25 e 65 residentes.

Já no que respeita às tipologias de alojamento (artigo 7º), as ERPI podem assumir uma das seguintes modalidades:

- a) “Tipologias habitacionais, designadamente apartamentos e ou moradias;
- b) Quartos;
- c) Tipologias habitacionais em conjunto com o alojamento em quartos” (Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, 2012).

Tabela 10 - Características dos espaços

	ERPI A	ERPI B	ERPI C	ERPI D	ERPI E	ERPI F	ERPI G	ERPI H	ERPI I	ERPI J
Capacidade em ERPI	33	32	25	41	40	45	65	23	52	36
Tipologia de quartos										
Quartos individuais	4	11	12	3	8	0	10	3	6	1
WC privativo	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	N/A	Sim	Sim	Sim	Sim
WC partilhado	Sim	Não	Não	Sim	Não	N/A	Não	Não	Não	Não
WC comum	Não	Sim	Não	Não	Não	N/A	Não	Não	Não	Não
Quartos duplos	17	10	6	16	16	21	12	7	23	1
WC privativo	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não
WC partilhado	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim
WC comum	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
Quartos triplos	0	0	0	2	0	1	2	2	0	11
WC privativo	N/A	N/A	N/A	Não	N/A	Não	Não	Não	N/A	Não
WC partilhado	N/A	N/A	N/A	Não	N/A	Não	Não	Não	N/A	Sim
WC comum	N/A	N/A	N/A	Sim	N/A	Não	Sim	Sim	N/A	Não
Capacidade da sala de refeições	33	32	50	41	60	45	80	48	52	51
Número de utentes por mesa	1	4	4	4	2	4	4	6	4	7

As tipologias da alínea c) são as mais prevalentes e de acesso à maior parte da população. Já as tipologias previstas nas alíneas a) e b) são menos prevalentes e de acesso às pessoas com maior poder económico.

As entrevistas foram realizadas a instituições de tipologia habitacional em conjunto com o alojamento em quartos (alínea c), sendo que a maioria das instituições é composta maioritariamente por quartos duplos, existindo em quase todas também quartos individuais e em metade quartos triplos (Tabela 10).

Constatamos ainda que o número de utentes por mesa às refeições varia entre 1 e 7.

Em relação aos espaços existentes, constatamos pela Tabela 11 que apenas 6 das 10 ERPI apresenta espaços exteriores, sendo que algumas apresentam espaços de convívio e lazer no mesmo local. No que respeita aos espaços de realização de atividades de manutenção e bem-estar, ape-

nas duas apresentam espaços específicos para atividade física, apenas duas têm espaços específicos para atividades terapêuticas e metade apresentam gabinete privado para atendimento a utentes.

Tabela 11 - Características dos espaços por percentagem

	Nº de ERPI
Espaços de lazer e convívio	
Espaços de convívio e de lazer no mesmo local	6
Espaços específicos de lazer (Biblioteca, sala de leitura, “sala de trabalhos”...)	4
Espaços específicos de convívio (sala de estar...)	6
Espaços de lazer e convívio exteriores (jardim, bancos de jardim, pátios...)	6
Espaços de realização de atividades (manutenção e bem-estar)	
Espaços específicos destinados à realização de atividade física (ginásio, piscina...)	2
Espaços específicos destinados à realização de atividades manuais e/ou ocupacionais	4
Espaços comuns onde se realizam atividades físicas, manuais e ocupacionais	4
Espaços para atividades terapêuticas (fisioterapia, atividades de enfermagem, outras)	2
Gabinete privado para atendimento dos utentes (enfermagem/médico, psicólogo, assistente social...)	5
Espaços de refeição na instituição	
Sala específica só para refeições	9
Espaço comum às refeições e outras atividades	1

2.2.2. Dados relativos ao processo

Passemos agora à análise das características processuais. Relativamente à organização dos cuidados, as ERPI prestam os seguintes serviços (artigo 8º):

- “Alimentação adequada às necessidades dos residentes, respeitando as prescrições médicas;
- Cuidados de higiene pessoal;
- Tratamento de roupa;
- Higiene dos espaços;
- Atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os residentes e para a estimulação e manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas;
- Apoio no desempenho das atividades da vida diária;
- Cuidados de enfermagem, bem como o acesso a cuidados de saúde;
- Administração de fármacos, quando prescritos” (Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, 2012).

Ora parece haver uma confusão concetual no que respeita ao conteúdo deste artigo que passamos a explicar. Atividades como a alimentação, os cuidados de higiene pessoal e parte das atividades ocupacionais são na realidade atividades de vida diária. Assim sendo, não se compreende o facto de estarem descritas em alíneas diferentes e muito menos se compreende o previsto na alínea f), que faz referência claramente ao apoio no desempenho das atividades da vida diária.

Por outro lado, a alínea g) refere os “cuidados de enfermagem, bem como o acesso a cuidados de saúde” e a alínea h) refere-se à administração de fármacos que é claramente um cuidado de saúde. Vejamos, o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem, refere que os cuidados de enfermagem englobam “de acordo com o grau de dependência do utente, as seguintes formas de atuação:

- a) “Fazer por substituir a competência funcional em que o utente esteja totalmente incapacitado;
- b) Ajudar a completar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado;
- c) Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias;
- d) Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro;
- e) Avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efetuados” (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A Organização Mundial de Saúde refere que o conceito de funcionalidade abrange o autocuidado (Direção Geral de Saúde/Organização Mundial de Saúde, 2004) e este, por sua vez, inclui todas as atividades de vida. Assim, fica claro que os cuidados de enfermagem englobam o apoio nas atividades de vida diária. Desta forma, não se compreende que a Portaria, descreva os cuidados de enfermagem numa alínea separada das atividades de vida diária e muito menos se entende que os cuidados de saúde, como a administração de fármacos apareçam também em alínea separada. Não fica claro, portanto, o que se entenderá por cuidados de enfermagem e quais as funções que serão da responsabilidade destes profissionais no contexto de ERPI (Lopes, 2021).

A mesma portaria define ainda que as ERPI devem permitir “a convivência social, através do relacionamento entre os residentes e destes com os familiares e amigos, com os cuidadores e com a própria comunidade, de acordo com os seus interesses” e “a participação dos familiares ou representante legal, no apoio ao residente sempre que possível e desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psicoafetivo do residente” (Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, 2012). No entanto, quando analisamos os regulamentos das ERPI no que diz respeito ao horário das visitas, verificamos que este é, na sua maioria reduzido e que existe uma disparidade de horários entre as diferentes instituições, não havendo um critério definido. Assim, verificamos que, na maioria das ERPI, o horário das visitas é apenas no período da tarde, sendo em algumas delas de apenas 3 horas diárias (exemplo, das 15 às 18 horas) e noutras de 5 horas (14 às 19 horas). Em algumas o período de visitas é diminuído ao fim de semana, em comparação com a semana, o que não se compreende, tendo em conta que, por norma, ao fim de semana é quando a afluência de visitas é maior, uma vez que muitas pessoas trabalham de segunda a sexta. Constatamos ainda que na maior parte dos regulamentos consultados, o horário das visitas é fora dos períodos de refeição, havendo mesmo ERPI que proíbem a permanência de familiares ou outras visitas no refeitório. Como pode o familiar ou representante legal participar no apoio ao residente com este tipo de horários? A que tipo de apoio se refere a Portaria?

Existem, no entanto, outras ERPI em que o horário de visitas é mais alargado, como por exemplo: “É livremente facultada a visita de familiares e amigos aos utentes da ERPI, contando que se efetive no seguinte período: - Das 9h às 21h nas salas de convívio; - Das 14h às 17h nos quartos.” Ainda fora desses períodos as visitas são possíveis desde que seja solicitada autorização prévia. Consideramos este horário um exemplo a seguir, havendo uma maior flexibilidade horária.

Analisando os resultados das entrevistas no que respeita ao horário das visitas constatamos que em cinco das instituições existe apenas um período diário (por ex. 1h) decidido pela instituição, em três o horário é livre, numa delas existem dois períodos por dia segundo o critério da instituição e noutra existe apenas um período diário (por ex. 1h) à escolha do utente e família. Conclui-se que não há um critério único para todas as instituições, sendo que cada uma decide a forma como conjuga os horários das visitas.

Já quando questionados acerca da participação dos familiares nos cuidados constata-se que, pela análise das respostas, os familiares participam nos cuidados em seis instituições, sendo que em quatro participam nas refeições, apenas em uma participam nos cuidados de higiene e conforto e em três participam nas atividades de lazer ou de convívio. Nenhuma das instituições referiu que os familiares participam em todos os cuidados. Constatase, na generalidade, que os

familiares têm muito pouco envolvimento nos cuidados, mesmo no que respeita a atividades de lazer e de convívio.

Outro ponto que consideramos importante refletir é o explanado no artigo 9º que define a obrigatoriedade de “elaboração de um processo individual do residente, com respeito pelo seu projeto de vida, suas potencialidades e competências, do qual constam, designadamente:

“[....]

- g) Processo de saúde, que possa ser consultado de forma autónoma;
- h) Plano individual de cuidados (PIC), o qual deve conter as atividades a desenvolver, o registo dos serviços prestados e a identificação dos responsáveis pela elaboração, avaliação e revisão do PIC;
- i) Registo de períodos de ausência, bem como de ocorrências de situações anómalas;

[...]”

Além disso acrescenta que o “processo individual deve estar atualizado e é de acesso restrito nos termos da legislação aplicável” (Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, 2012).

A existência de um PIC com as características definidas na Portaria é importante para o processo de cuidados da pessoa idosa. Ora, para a elaboração de um PIC que responda às necessidades das pessoas, é primordial a realização de uma avaliação funcional que deve ser executada por um profissional competente e com mandato social para tal. Esta avaliação funcional deve permitir diagnosticar o grau de dependência, monitorizar a sua evolução e, em função disso, planear os cuidados e definir quem os presta e sob que condições, de forma a que se consiga avaliar os resultados. No entanto, quando analisamos a Portaria não encontramos esta informação, nem sequer de quem é a responsabilidade de elaboração do PIC (Lopes, 2021).

Assim, consideramos pertinente incluir algumas questões a respeito deste assunto nas entrevistas efetuadas, que passamos a descrever:

Quem faz o diagnóstico das necessidades de cuidados aos utentes?

Esta questão teve uma diversidade de respostas, não sendo igual em nenhuma das 10 ERPI avaliadas. Apenas em duas delas não há intervenção do enfermeiro neste processo e o assistente social intervém em seis. Outros profissionais são envolvidos neste diagnóstico, em menor número, como o médico, o psicólogo, o gerontólogo, o fisioterapeuta, o psicomotricista, o auxiliar de ação direta, o animador socio cultural e a socióloga.

Conclui-se, portanto, que não existe um critério definido para o diagnóstico das necessidades, sendo que, em alguns casos, intervêm profissionais não habilitados com competências para tal. Ora, este facto poderá estar relacionado com a inexistência de orientação na legislação que rege as ERPI.

Como é feito o diagnóstico das necessidades de cuidados dos utentes?

Relativamente a esta questão, algumas ERPI utilizam um questionário de avaliação específico da instituição, sendo a utilização de escalas empregue em oito ERPI e o exame físico em duas. Em relação à utilização de escalas, cinco instituições referiram aplicar o MMSE para a avaliação cognitiva, quatro utilizam a escala de Barthel para avaliação da funcionalidade, duas utilizam a escala de Morse para avaliação do risco de quedas, uma faz uma avaliação nutricional, uma utiliza os questionários dos manuais da segurança social e três instituições não utilizam qualquer escala de avaliação.

Em relação à avaliação diagnóstica através de instrumentos de medida, verificamos que não há uma uniformidade entre as instituições e a opção pelo uso ou não de escalas e quais, fica ao livre arbítrio dos profissionais das ERPI. Mais uma vez se constata que a legislação vigente não contempla orientações nesse sentido.

Quem faz o planeamento dos cuidados aos utentes?

As respostas a esta questão foram idênticas às relativas ao diagnóstico das necessidades dos utentes, intervindo no planeamento de cuidados em nove ERPI o enfermeiro e outros profissionais, como assistente social, fisioterapeuta, assistente técnica, gerontólogo, médico, psicólogo, auxiliar de ação direta, diretora técnica e encarregada dos serviços gerais. Constata-se mais uma vez uma ausência de critério e a intervenção de alguns profissionais não habilitados para a realização de um planeamento de cuidados adequado.

Como é feito o planeamento dos cuidados aos utentes?

Mais uma vez a resposta a esta questão não é unânime entre as instituições sendo que em algumas delas este planeamento é realizado apenas por um único profissional, noutras por um conjunto de profissionais, noutras ainda em reunião de equipa. Metade das instituições referiram a participação do utente no planeamento dos cuidados e a família participa neste planeamento em quatro das instituições avaliadas. De realçar que nenhuma das instituições se referiu ao Plano Individual de Cuidados de forma espontânea. A legislação carece de uma orientação específica sobre a forma de construção do PIC.

Qual o modelo de organização dos cuidados adotado?

A maioria das instituições refere que o modelo de cuidados é à tarefa, ou seja, são atribuídas tarefas como higiene e alimentação aos auxiliares de ação direta, de forma rotativa, dependendo dos seus turnos de trabalho. Apenas uma das instituições referiu existir um gestor de caso que gere os cuidados prestados ao utente que lhe está atribuído.

Qual o grupo profissional responsável pelas seguintes atividades?

Cuidados de higiene e conforto

Pela análise das respostas constatamos que os cuidados de higiene e conforto são da responsabilidade dos auxiliares de ação direta.

Planeamento da dieta

Constata-se que o nutricionista é responsável por esta atividade em quatro ERPI, o enfermeiro em três, o médico numa, e o enfermeiro juntamente com o médico em duas, não havendo uniformidade.

Cuidados de alimentação

Os auxiliares de ação direta são responsáveis por esta atividade em metade das instituições, sendo nas outras o enfermeiro, o nutricionista ou o diretor técnico.

Preparação da medicação e administração da medicação

O enfermeiro é responsável pela preparação da medicação em todas as ERPI. Já no que respeita à administração é apenas responsável em três, sendo que nas outras sete são os auxiliares de ação direta.

Articulação com a família

O profissional responsável por esta atividade não é o mesmo em todas as ERPI, sendo que em algumas existe mais do que um profissional responsável, passando pelo assistente social, enfermeiro, diretor técnico, psicólogo, fisioterapeuta, encarregada dos serviços gerais e auxiliar de ação direta.

Organização dos espaços

A responsabilidade pela organização dos espaços também difere entre as instituições, passando pelo diretor técnico, animadora socio cultural, assistente social, equipa multidisciplinar e auxiliar de ação direta.

Cuidados de saúde

Pela análise das respostas contata-se que a responsabilidade dos cuidados de saúde é do enfermeiro e do médico em sete instituições; do enfermeiro, do fisioterapeuta e do médico em duas instituições e apenas do médico numa das instituições.

Atividades de lazer

As atividades de lazer são da responsabilidade da animadora sociocultural em sete instituições e da educadora social numa delas, da psicomotricista noutra e de um profissional do desporto noutra.

Atividades ocupacionais

No que respeita à responsabilidade pelas atividades ocupacionais, estas diferem entre as instituições estando envolvidos os seguintes grupos profissionais: animadora sociocultural, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, educadora social, psicomotricista e psicóloga.

Atividades terapêuticas

Já no que diz respeito às atividades terapêuticas cinco ERPI referiram que a responsabilidade é do fisioterapeuta, uma do terapeuta ocupacional e psicomotricista, uma do psicomotricista e outra do enfermeiro, fisioterapeuta e animadora sociocultural. Em duas instituições não existem atividades terapêuticas.

Quem faz a avaliação dos resultados dos cuidados prestados?

Pela análise das respostas constata-se mais uma vez uma ausência de critérios passando esta avaliação por diversos profissionais tal como nas questões relativas ao diagnóstico das necessidades e ao planeamento dos cuidados, sendo as respostas idênticas.

Como é feita a avaliação dos resultados dos cuidados prestados?

As respostas a esta questão indicam que em metade das instituições esta avaliação é feita através de um exame físico por um profissional credenciado, embora não refiram qual. A aplicação de questionário específico da instituição para a avaliação dos resultados e a aplicação de escalas é realizada em três instituições. Uma das instituições refere que começou a utilizar as escalas do presente estudo para diagnóstico de cuidados e avaliação dos resultados, outra avalia os resultados dos cuidados com o MMSE, outra refere utilizar os questionários dos manuais da segurança social e outra utiliza outro tipo de escalas. Mais uma vez se observa uma ausência de critérios, não sendo dada a devida importância à avaliação dos resultados dos cuidados prestados.

Quais das seguintes ações preventivas são desenvolvidas na sua Instituição?

Todas as instituições referiram que os utentes têm consultas periódicas de acompanhamento na instituição com médico ou enfermeiro. Seis referiram que os utentes usufruíam de ações preventivas nos serviços públicos de saúde e o mesmo número referiu que os utentes usufruíam de ações preventivas nos serviços privados de saúde. Além disso metade das instituições referem que são realizados exames complementares de diagnóstico regulares preventivos aos utentes. No que respeita às medidas profiláticas individuais, sete instituições referiram que os utentes usufruíam das mesmas e cinco referiram serem prestadas medidas profiláticas de grupo.

Em caso de doença aguda ou agudização de doença crónica quais das seguintes ações são desenvolvidas na sua Instituição?

Nas respostas a esta questão contata-se que o seguinte:

- consulta na instituição por médico ou enfermeiro (realiza-se em 9 instituições);
- consulta nos cuidados de saúde primários por médico ou enfermeiro de família (realiza-se em 2 instituições);
- Consulta no hospital por médico ou enfermeiro (realiza-se em 2 instituições)
- É chamada a emergência médica e enviado ao Serviço de Urgência (realiza-se em 8 instituições);
- É chamada a família que fica responsável pela situação (realiza-se numa instituição).

Ações de lazer e convívio

Das atividades apresentadas na Tabela 12, constata-se pela análise das respostas que, de entre as ações de lazer e convívio as que têm maior expressão são as atividades religiosas, lúdicas, bailes e festas, jogos de tabuleiro e outros e atividades manuais. Destaca-se ainda a frequência ocasional de ações de promoção da saúde e a baixa frequência ou inexistência de múltiplas atividades em diversas ERPI.

Tabela 12 - Ações de lazer e convívio por ERPI e classificadas por periodicidade

	ERPI A	ERPI B	ERPI C	ERPI D	ERPI E	ERPI F	ERPI G	ERPI H	ERPI I	ERPI J
Passeios organizados	3	2	4	1	1	1	N/A	3	N/A	1
Atividades religiosas	4	4	1	4	2	4	N/A	6	4	6
Atividades de lazer e convívio (bailes, festas)	3	1	4	3	5	1	N/A	1	2	1
Atividades lúdicas (jogos de tabuleiro, outro tipo de jogos coletivos)	6	4	6	6	6	6	6	6	N/A	5
Atividades de leitura e escrita	6	1	6	2	5	1	0	4	6	0
Atividades físicas com monitor	6	N/A	N/A	1	4	4	N/A	N/A	4	1
Atividades manuais (desenho, pintura, modelagem, etc.)	6	N/A	6	4	5	1	6	6	N/A	6
Atividades ocupacionais com monitor	N/A	N/A	N/A	6	4	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Atividades domésticas (tratamento de roupa, limpezas, cozinha...)	6	2	6	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	6	2
Atividades de promoção da saúde (sessões de educação para a saúde, rastreios, outras)	1	1	6	1	1	N/A	2	1	1	1
Outras. Quais?	3	2	4	1	1	1	N/A	3	N/A	N/A

Legenda:

1. ocasionalmente (menos de uma vez por mês);
2. pelo menos uma vez por mês;
3. De 15 em 15 dias;
4. pelo menos uma vez por semana
5. pelo menos duas vezes por semana
6. mais do que duas vezes por semana
- N/A. Não se aplica

Como são atribuídos os quartos aos utentes aquando da admissão?

Seis das instituições referiram que os utentes ficam no quarto que está disponível, duas referem que os utentes ficam num quarto de acordo com a sua condição e duas que os utentes ficam no quarto que se encontra disponível e há reajuste caso o utente esteja insatisfeito.

Como são atribuídos lugares à mesa de refeições?

A maioria das instituições (n = 7) refere que os utentes são colocados numa mesa adequada à sua condição e de acordo com critérios da instituição. Uma instituição refere que os utentes têm lugares marcados de acordo com o critério da instituição e em duas os utentes escolhem o seu lugar de entre os disponíveis. Não é dada, portanto, na maioria das instituições a oportunidade ao utente de escolher com quem quer partilhar o momento da refeição, não se atendendo às suas preferências e gostos pessoais.

Como são atribuídos os lugares na sala de convívio ou outros espaços?

Seis das instituições referiram que os utentes escolhem de entre os lugares disponíveis, três referem que os utentes são colocados num lugar adequado à sua condição e de acordo com critérios da instituição e noutra os utentes têm lugares marcados definidos pela instituição.

Participação dos utentes das ERPI em atividades da comunidade

Noves das instituições referiram que os utentes participam em atividades da comunidade, sendo que uma refere que participam na Universidade Sénior, outra refere que participam em associações para pessoas idosas, duas referem que participam em atividades físicas externas à instituição, cinco que participam em atividades religiosas, em oito instituições os utentes participam em outras atividades na comunidade de forma autónoma, como idas ao café e convívio com amigos e apenas três referem que os utentes participam em atividades da comunidade com a família. Mais uma vez, fica demonstrado o pouco envolvimento da família nas atividades.

Através da análise das respostas à entrevista, constatamos que não existe um critério definido que dê resposta ao PIC e não existe coerência entre as instituições. Assim, percebemos que não há um modelo de cuidados seguido pelas instituições e não há um critério definido para a avaliação diagnóstica das necessidades dos utentes, planeamento de cuidados ou avaliação dos resultados, não se conseguindo obter uma resposta clara às questões colocadas.

Constatamos que a Portaria analisada desvaloriza o autocuidado que é uma das dimensões mais importantes para o bem-estar e para a saúde e das pessoas, deixando-o ao livre arbítrio dos profissionais com pouca ou nenhuma formação na área (Lopes, 2021). Tal é demonstrado, não só pela análise das respostas às entrevistas, como também pelo perfil de profissionais que constam da Portaria (Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, 2012). Fica, portanto, clara a necessidade de uma orientação mais específica e diretiva acerca do processo de cuidados ao utente.

2.2.3. Dados relativos aos recursos humanos

Passaremos agora à análise das características dos recursos humanos das ERPI, com base tanto na legislação como também nos resultados das entrevistas.

A legislação prevê, no seu artigo 11º, que as ERPI sejam compostas por uma direção técnica “assegurada por um técnico com formação superior em ciências sociais e do comportamento, saúde ou serviços sociais e, preferencialmente, com experiência profissional para o exercício das funções”. As competências da mesma são, “... dirigir o estabelecimento, assumindo a responsabilidade pela programação de atividades e a coordenação e supervisão de todo o pessoal, atendendo à necessidade de estabelecer o modelo de gestão técnica adequada ao bom funcionamento do estabelecimento, e em especial:

- a) Promover reuniões técnicas com o pessoal;

- b) Promover reuniões com os residentes, nomeadamente para a preparação das atividades a desenvolver;
- c) Sensibilizar o pessoal face à problemática da pessoa idosa;
- d) Planificar e coordenar as atividades sociais, culturais e ocupacionais dos idosos” (Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, 2012).

Já o artigo 12º refere que a ERPI deve ter profissionais que assegurem a prestação dos cuidados 24 horas por dia. Assim, e “para além do diretor técnico, deve dispor no mínimo de:

- a) Um(a) animador(a) sociocultural ou educador(a) social ou técnico de geriatria, a tempo parcial por cada 40 residentes;
- b) Um(a) enfermeiro(a), por cada 40 residentes;
- c) Um(a) ajudante de ação direta, por cada 8 residentes;
- d) Um(a) ajudante de ação direta por cada 20 residentes, com vista ao reforço no período noturno;
- e) Um(a) encarregado(a) de serviços domésticos em estabelecimentos com capacidade igual ou superior a 40 residentes;
- f) Um(a) cozinheiro(a) por estabelecimento;
- g) Um(a) ajudante de cozinheiro(a) por cada 20 residentes;
- h) Um(a) empregado(a) auxiliar por cada 20 residentes” (Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, 2012).

Acrescenta ainda que “sempre que a estrutura residencial acolha idosos em situação de grande dependência, os rácios de pessoal de enfermagem, ajudante de ação direta e auxiliar são os seguintes:

- a) Um(a) enfermeiro(a), para cada 20 residentes;
- b) Um(a) ajudante de ação direta, por cada 5 residentes;
- c) Um(a) empregado(a) auxiliar por cada 15 residentes” (Portaria n.º 67/2012).

Constata-se, portanto, que nestas respostas predominam as ajudantes de ação direta e os empregados auxiliares que não têm a função de efetuar qualquer diagnóstico às pessoas dependentes e muito menos de planear de cuidados, tal como se pode verificar pela carreira dos ajudantes de ação direta (Decreto-Lei 414/99, 1999). Podemos ainda observar o que é referido por um estudo que indica que “se trata de um grupo com baixos níveis de escolaridade e fracas qualificações profissionais. Contudo, valorizam os conhecimentos e competências adquiridas no local de trabalho, e consideram traduzir-se numa mais-valia no seu dia-a-dia, apostando em ter mais

formação não só ao nível de competências técnicas, mas também adquirir conhecimento teórico sobre os vários tipos de demência, para saber melhor lidar com o idoso” (Infante, 2016).

Relativamente aos profissionais de enfermagem apenas é exigido um enfermeiro por cada 40 residentes ou por cada 20, dependendo do nível de dependência. No entanto, não está definido nem o número de horas de enfermagem nem de que forma é avaliado o nível de dependência e a partir de que nível é que se considera que são necessárias mais horas de prestação de cuidados de enfermagem. Ora, perante tal indefinição, interrogamos de que forma, perante estas condições, consegue o enfermeiro prestar os cuidados de enfermagem a que está obrigado por lei?

Analisando as entrevistas efetuadas, deparamo-nos com a distribuição de recursos humanos que se encontra na Tabela 13.

Tabela 13 - Grupos profissionais e número de horas semanais de cada grupo

	ERPI A	ERPI B	ERPI C	ERPI D	ERPI E	ERPI F	ERPI G	ERPI H	ERPI I	ERPI J	Média horas sema- nais
Capacidade em ERPI	33	32	25	41	40	45	65	23	52	36	
Auxiliares de Ação Direta	13	9	14	26		43	16	8	13	9	37,7
Assistentes Sociais	0	1	1	1	1	2	1	1	1	1	36
Enfermeiros	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	27,6
Assistente técnica	0	1	3	1	1	1	2	0	0	1	36,6
Gerontólogo	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	18
Médico	1	1	1	1	1	2	1	0	1	1	8,8
Psicólogo	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	14,25
Fisioterapeuta	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	19,6
Animador sociocultural	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	31,5
Terapeuta ocupacional	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	20,5
Profissional do desporto	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	7
Nutricionista	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	16,3
Educadora social	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	36
Cozinheiro /ajudante	6	0	5	3	5	0	8	0	6	3	39,5
Pessoal de lavanderia	1	0	1	4	1	0	4	0	2	1	38
Encarregado de serviços gerais	2	1	0	1	1	0	8	0	0	0	38,5
Pessoal de limpeza	0	0	3	0	2	0	0	0	0	5	24,5
Ajudante de ERPI e CD	0	0	0	0	16	0	0	0	0	0	9

Como se pode constatar, nem todas cumprem os rácios estabelecidos em Portaria que já são, por si só, insuficientes.

Em relação à rotatividade dos profissionais as instituições referiram uma elevada rotatividade de auxiliares de ação direta, tendo sido substituídos ao todo nas dez instituições, 32 auxiliares no último ano. Numa das instituições foi também substituído um ajudante de cozinha.

Assim, constata-se que o maior grupo profissional em ERPI tem uma elevada taxa de rotatividade o que implica uma constante adaptação por parte dos utentes aos profissionais que estão em mais permanente contacto com eles.

2.2.4. Breve conclusão

Pela análise realizada até aqui, constatamos que estas respostas carecem de uma análise focada no processo, na forma como os idosos se sentem pelo autocuidado que lhes está a ser prestado, na sua satisfação, nas suas relações interpessoais, no desenvolvimento de atividades físicas e sociais prazerosas. É necessária, portanto, uma mudança de estratégia, com a implementação de um Plano Individual de Cuidados bem estruturado, com uma avaliação das necessidades, planeamento e avaliação dos resultados por profissionais com competências para tal e focado no autocuidado. Ou seja, é urgente a implementação de um modelo de cuidados cujo objetivo seja obter resultados funcionais, em todas as suas vertentes, que visem a manutenção ou melhoria da qualidade de vida e bem-estar, tendo em conta o processo saúde/doença. É nesta perspetiva e tendo em conta a análise até aqui efetuada, que no próximo capítulo propomos um modelo de cuidados para as ERPI.

3. Proposta de Modelo de Cuidados

3.1. Enquadramento

Existe um consenso crescente de que os cuidados de longo prazo a idosos devem adotar uma visão ampla e holística. Assim, os modelos de prestação de cuidados devem centrar-se na sua sustentabilidade, na eficiência, na acessibilidade, na equidade e na qualidade dos serviços prestados. Para tal, a “integração de cuidados” deve ser o foco destes modelos (OMS, 2015b). É igualmente importante assegurar o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas idosas, respeitando a sua autonomia e as suas preferências no que respeita aos cuidados, sendo os padrões atuais de direitos humanos fundamentais para o desenvolvimento dos modelos (Birtha et al., 2019).

A necessidade da integração de cuidados adquire especial relevância e, há mais de duas décadas, que se tem vindo a desenvolver investigação e experiências práticas com vista a implementar esta integração entre as organizações e os níveis de cuidados dos sistemas de saúde a nível mundial. Colocar pessoas e comunidades no centro do planeamento dos serviços sociais e de saúde são as recomendações deste modelo, aumentando a sua capacidade de resposta, de os tornar mais abrangentes e responsivos, mais integrados e acessíveis. Os benefícios de uma abordagem centrada nas pessoas e integrada, estão bem documentado (OMS, 2015a):

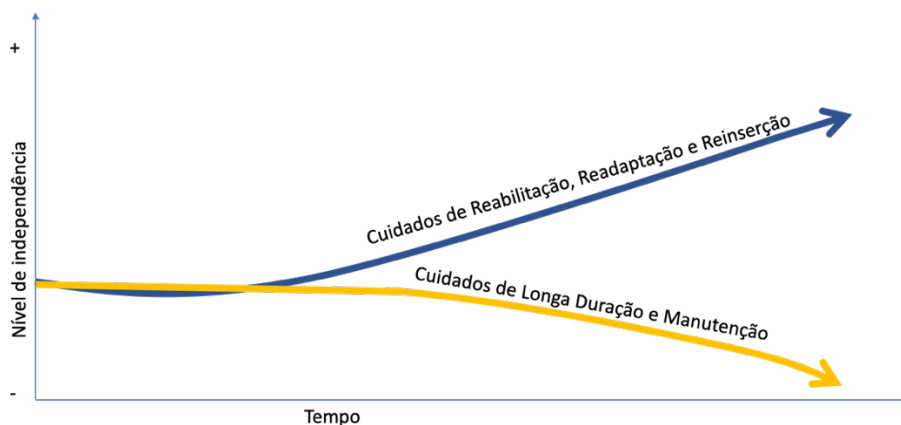
1. maior eficiência na prestação de cuidados;
2. redução de custos, maior equidade na utilização dos serviços;
3. melhor literacia em saúde e autocuidado;
4. maior satisfação com o atendimento;
5. melhores relações entre as pessoas e os seus prestadores de cuidados e;
6. uma maior capacidade de responder às atuais crises dos sistemas de saúde.

Atendendo à elevada taxa de dependência identificada através da análise do perfil funcional das pessoas a residir em ERPI, começamos por defini-la. O artigo 3º, alínea h) do Decreto-Lei n. 101/2006, define dependência como sendo “a 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” (Ministério da Saúde, 2006). Já o artigo 2º do Decreto-Lei nº 8/2010, que se refere às unidades e equipas de cuidados continuados integrados

de saúde mental, na sua alínea d) define dependência como “a situação em que se encontra a pessoa com incapacidade psicossocial, que, por falta ou perda de autonomia psíquica, ou intelectual ou física, resultante de doença mental grave, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária. Ora o mesmo artigo, alínea l) define incapacidade psicossocial como “a situação objetiva de redução total ou parcial da capacidade da pessoa com doença mental grave para desempenhar as atividades da vida diária, no contexto social, familiar e profissional” (*Decreto-Lei 8/2010*). Estamos, portanto, perante cenários que definem não só a dependência física, como também a cognitiva e psicossocial. É nosso entender que a prestação de cuidados à pessoa idosa tenha em consideração todas estas vertentes da dependência e não apenas a que diz respeito à componente física. Sabemos que, inevitavelmente, mais cedo ou mais tarde, uma acabará por afetar a outra, mas a forma de atuação é diferente, conforme o caso, e deve atender-se a todos os fatores inerentes à mesma.

Assim sendo, a pessoa dependente pode evoluir favoravelmente e, através da implementação de estratégias de reabilitação, readaptação e reinserção, voltar a atingir a independência no autocuidado, ou pode evoluir desfavoravelmente, tornando-se permanentemente dependente de outros, necessitando de uma resposta de manutenção que garanta o conforto e o bem-estar e atrase a perda de independência (Lopes & Sakellarides, 2021). Ora, neste último exemplo, os cuidados devem ser integrados no conceito de *Long-Term Care*, devendo ser prestados por uma rede articulada de respostas de forma a garantir todos os cuidados necessários à realidade da pessoa (Lopes, 2021). Tal como podemos observar pela Figura 22, estamos perante duas respostas possíveis de percurso de cuidados à pessoa dependente.

Figura 22 - As duas alternativas fundamentais do percurso de cuidados à pessoa com dependência



Fonte: (Lopes & Sakellarides, 2021)

Assim, o modelo que a seguir se apresenta tem por base esta abordagem aliada aos resultados obtidos com a realização do diagnóstico de situação.

3.2. Proposta de modelo de cuidados em ERPI

Sabemos que, pelas mais variadas razões, a sede por excelência dos cuidados deve ser o domicílio das pessoas. No entanto, sabemos também que, não raras vezes, a pessoa deixa de ter condições no seu domicílio para que lhe sejam prestados cuidados de qualidade de forma a que esta mantenha o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. Quando esta situação ocorre, torna-se então necessário o recurso às respostas existentes, como os Centros de Dia, ou as ERPI, quando é mesmo necessária a institucionalização¹. O modelo de cuidados que aqui apresentamos foca-se nesta última.

Começamos então por abordar a questão da organização dos cuidados, definindo algumas coordenadas que estão dependentes do contexto, com base na conceptualização de Lopes (2021).

1. Articulação em rede – para que os cuidados sejam prestados com a maior qualidade possível, tendo em conta o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa, é necessário que estes estejam integrados entre si e haja uma articulação entre a instituição prestadora de cuidados e as restantes entidades, tanto do setor social, como do setor da saúde. Quer isto dizer que deve haver uma articulação e uma integração dos cuidados entre os diversos atores, de forma a promover continuidade.

2. Perfil funcional da pessoa foco dos cuidados – a organização dos cuidados deve ainda ter em consideração o nível de dependência da pessoa que depende do seu perfil funcional. Este deve, portanto, ser avaliado de forma adequada e por profissionais capacitados para tal.

3. Capacidade para o cuidar com qualidade em casa – ora esta capacidade está dependente dos cuidadores informais, das condições contextuais e da resposta das equipas domiciliárias. Assim, a partir do momento em que comece a haver um desequilíbrio entre as necessidades da pessoa e a capacidade de as colmatar por parte do seu cuidador informal, o domicílio deixará de ser o local ideal para a prestação de cuidados à pessoa dependente.

¹ O termo “institucionalização” é aqui usado de acordo com o seguinte conceito: Colocar alguém de forma permanente ou por longo período de tempo numa instituição, de assistência ou de cuidados de saúde.

4. Características das respostas existentes na comunidade – está relacionado com as respostas existentes e a sua adequação às necessidades das pessoas. Por exemplo, o tipo de resposta necessário para uma pessoa que necessita apenas de uma substituição parcial em alguns cuidados, como na higiene pessoal ou preparação de refeições, não é a mesma do que para uma pessoa que seja totalmente dependente de cuidados. Esta última poderá necessitar de uma maior diferenciação ou frequência de cuidados ou até mesmo de cuidados especializados com necessidade de intervenção por parte de profissionais de saúde, para que seja possível retardar a perda de funcionalidade e/ou garantir o bem-estar e a qualidade de vida. Portanto, a organização dos cuidados dependerá também deste fator, do equilíbrio entre as respostas existentes na comunidade e as necessidades da pessoa.

5. Vontade da pessoa – a vontade da pessoa em ser institucionalizada deve também ser tida em conta, pois casos há em que, existe este desejo apesar da sua condição o não exigir. Este facto deve-se, por vezes, mas não só a fatores relacionados com a rede de relações e/ou com a solidão e o isolamento.

Qualquer que seja a circunstância, é importante que a institucionalização não seja fator de quebra dos laços afetivos pré-existentes, devendo traçar-se um plano para a sua manutenção e da rede de contactos sociofamiliares. Além destes, é ainda essencial, contribuir para a criação de novos laços. Para tal, a opção deve ser pelas respostas mais próximas tanto quanto possível da residência das famílias e/ou de outras pessoas significativas.

Definidas as coordenadas para a organização dos cuidados, é fundamental delinear-mos a forma como os cuidados devem ser prestados, na prática. Assim, tendo em conta que estamos a falar maioritariamente de pessoas dependentes é fundamental que seja realizada uma avaliação diagnóstica multidimensional completa que deve ser realizada por profissionais com competência para tal. Após, deve esta avaliação servir de guia para a elaboração do Plano Individual de Cuidados, que está já previsto na lei, definindo-se não só os cuidados a prestar, como também a responsabilidade atribuída a cada um dos intervenientes no processo. A família deve, sempre que possível, ser integrada na prestação destes cuidados. Um fator essencial a considerar é ainda o respeito pela autonomia da pessoa dependente e pela sua capacidade remanescente. Neste sentido, esta avaliação diagnóstica deve iniciar-se no momento da admissão, com uma avaliação criteriosa das suas necessidades tanto em saúde, como sociais, envolvendo, sempre que possível, a família. Assim sendo, esta avaliação deve ser realizada por duas categorias profissionais: por um profissional de saúde habilitado para a avaliação das necessidades em saúde e de autocuidado e por um profissional do setor social para as necessidades em termos sociais.

Importa agora apresentar alguns princípios que presidir à organização dos cuidados, seguindo-se as condições estruturais e processuais dos mesmos para que se atinjam resultados promotores de bem-estar e qualidade de vida, numa lógica que tem por base a tríade de Donabedian (Donabedian, 2005).

3.2.1. Princípios organizadores dos cuidados

Também aqui tivemos por base o definido por Lopes (2021), sendo que os cuidados devem ser orientados pelos seguintes princípios chave que se interrelacionam entre si e estão de acordo com os direitos da pessoa idosa:

Cuidados centrados na pessoa. Quer isto dizer que os cuidados devem atender às características individuais de cada um e ao seu contexto, tendo em conta os seus valores e as suas preferências. São eles que orientam todos os aspetos do cuidado tendo em conta objetivos de vida e de saúde realistas. Os intervenientes¹ neste tipo de cuidados são, a pessoa foco dos cuidados, a sua família e outras pessoas significativas e os cuidadores formais que interagem entre si, numa relação dinâmica, com vista a centrar os cuidados na pessoa dependente. Os cuidados centrados na pessoa devem atender a um conjunto de fatores que abaixo se transcrevem (American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered, 2016).

- Ter em conta a elaboração de um plano individual de cuidados, orientado por objetivos e baseado nas preferências da pessoa;
- As metas e o próprio plano de cuidados devem estar sujeitos a constantes revisões;
- Devem participar nos cuidados todos os membros da equipa interprofissional desde que as suas competências se adequem às necessidades da pessoa, sendo esta também integrada nos mesmos;
- Deve existir uma coordenação ativa entre todos os prestadores de cuidados, tanto da área da saúde, como de apoio;
- Deve ter por base uma comunicação integrada e partilha contínua de informações;

¹ Todos estes intervenientes podem ser designados genericamente como cuidadores, ou seja, aqueles ou aquelas que cuidam. Assim, cada pessoa cuida de si própria enquanto pode e sabe. Quando se instala a dependência alguém assume essa responsabilidade. Quando tal ocorre dentro do espaço familiar, falamos de cuidador familiar ou informal (predominantemente assumido por mulheres). Quando as exigências do cuidado ultrapassam as capacidades dos cuidadores familiares/informais estes são ajudados ou substituídos por cuidadores formais (ou seja, cuidadores remunerados).

- Sempre que seja adequado deve ser realizada formação aos cuidadores;
- Deve existir um sistema de avaliação do desempenho e de melhoria da qualidade dos cuidados, dando voz à pessoa e aos cuidadores (American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered, 2016).

Respeito. Pode ser definido tendo por base o Artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que refere que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos, independentemente do seu nível socioeconómico, da sua cultura, da sua religião ou qualquer outro fator. O Artigo 72º da Constituição da República Portuguesa, acrescenta que “as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social”. Como tal, a vontade e as preferências da pessoa idosa devem ser respeitadas, devendo esta ser um agente ativo no seu processo de saúde/doença e tendo voz no percurso de cuidados inerente ao mesmo, ainda que essa voz possa ser, em alguns casos, o direito a referir que não quer participar da decisão, dando o poder a outrem. O importante é que a autonomia seja respeitada e a pessoa possa decidir de forma livre e sem qualquer tipo de persuasão. Deve, portanto, ser respeitada em qualquer circunstância a sua autonomia e o pleno poder de decisão. O respeito é, por si só, a condição básica de qualquer relação humana e, como tal, de todos os procedimentos inerentes aos cuidados. Assim, para manter o respeito no cuidar não se deve rotular a pessoa com base no seu diagnóstico ou na pertença a algum grupo específico (Lopes, 2018).

Autocuidado. Pode ser considerado como a capacidade da pessoa para manter a sua saúde e gerir a sua doença. Este é individual, pois difere de pessoa para pessoa e ao longo do tempo. Ora, o autocuidado refere-se a ações simples, como alimentar-se ou higienizar-se, mas também a ações mais complexas, como a capacidade para promover a saúde através de hábitos de vida saudáveis, onde se incluem as atividades de participação. Assim sendo, o autocuidado é considerado como um dos pilares essenciais para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida.

Orem, uma referência na teoria do autocuidado, define-o como sendo a realização de atividades executadas pela pessoa em seu próprio benefício, de forma a manter a vida e o bem-estar. Ora, estas atividades exigem uma ação deliberada, intencional e calculada, que depende da literacia e das competências de cada um (Orem, 2001).

Da mesma forma, a *International Self-Care Foundation*, explica o autocuidado como um conjunto de atividades práticas, centradas na pessoa, que contribuem para a manutenção da saúde

e para o bem-estar mental e físico, definindo os seus pilares fundamentais: Bem-Estar Mental, Literacia em Saúde, Alimentação Saudável, Atividade Física, Prevenção de Riscos, Boa Higiene e Uso Racional de Produtos e Serviços (International Self-Care Foundation, 2020).

De facto existe uma associação entre o autocuidado e o bem-estar dos idosos (Goes, Lopes, Marôco, et al., 2020), sendo este essencial à saúde.

É, portanto, essencial, que os cuidados se foquem na melhoria da capacidade para o autocuidado ou na sua manutenção, quando já não é possível reabilitar. Assim sendo, este deve ser gerido por profissionais com competências para tal.

Relação de apego e de suporte social. Como já referido, é importante que as relações afetivas com a família e amigos, façam parte da planificação dos cuidados e não sejam esquecidas aquando da institucionalização, dada a sua importância para o bem-estar, a qualidade de vida e a sua influência na funcionalidade e autocuidado. Assim, o apego (Bretherton, 1992; Holmes, 2014) e o suporte social (Leahy-Warren, 2014) são constructos essenciais em qualquer fase do ciclo de vida, como referem as teorias de desenvolvimento. Entende-se por apego o vínculo emocional profundo e duradouro estabelecido entre duas pessoas, em que cada uma procura a proximidade e a segurança na outra. Já o suporte social pode definir-se como o apoio de outrem em várias dimensões, biológicas, sociais, psicológicas... Este suporte refere-se a qualquer relacionamento interpessoal da pessoa, quer seja, individual ou comunitário, englobando uma vasta rede social, como a família, os amigos, os colegas, as instituições religiosas, entre outros. A construção do ecomapa da pessoa pode ser útil para ajudar a identificar esta rede de suporte e planear os cuidados em função da mesma.

É clara a importância das relações sociais no processo de envelhecimento e vários estudos confirmam esta tese, pelo que destacamos as conclusões de alguns:

1. O apego tem especial importância para as pessoas idosas, tendo em conta o maior potencial de separação, as perdas e a vulnerabilidade associadas ao envelhecimento. O apego está associado a uma diversidade de resultados na vida futura, como por exemplo a adaptação a doenças crónicas e a sobrecarga do cuidador, as reações à morte de um ente querido e o bem-estar geral (Michael Bradley & Cafferty, 2001).
2. A satisfação com a vida está associada à vinculação e ao suporte social (Cardoso, 2016).
3. As figuras de apego são essenciais para a adaptação máxima ao processo de envelhecimento (Cicirelli, 2010).

4. O apoio social tem capacidade para moderar ou amortecer o impacto do stress psíquico na saúde física e mental. Além disso, pode ter um efeito positivo na recuperação de uma cirurgia, na diminuição das taxas de mortalidade, na utilização dos serviços de saúde, na redução da sintomatologia depressiva, entre outros (Kong & Wertheimer, 1994; Leahy-Warren, 2014; Oh et al., 2019).
5. As relações familiares promovem o bem-estar das pessoas idosas (Chen & Feeley, 2014; Chiang & Lee, 2018; Dai et al., 2013; Waldinger & Schulz, 2010).
6. As relações familiares são um preditor mais robusto de bem-estar subjetivo positivo do que o nível económico ou a própria saúde ou (Dai et al., 2013).

Ora, os resultados do presente estudo também demonstraram que os casados, ou seja, pessoas que mantêm uma relação afetiva forte, tiveram melhor perfil cognitivo do que os que não têm uma relação conjugal.

Assim sendo, é importante que as instituições proporcionem as condições necessárias para que a pessoa idosa consiga manter o contacto com os familiares e outras pessoas significativas, tal como está previsto na constituição, quando afirma que “As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social”. Nos casos em que as visitas presenciais são possíveis com regularidade, o horário das mesmas não deve ser restrito, permitindo que as pessoas possam visitar os seus familiares/amigos a qualquer hora do dia, devendo as mesmas serem envolvidas nos cuidados, sempre que possível. Por exemplo, se um familiar tiver disponibilidade e houver vontade de ambas as partes, deverá ser permitido que este participe nos cuidados de higiene e conforto, caso a pessoa seja dependente neste autocuidado. O mesmo se aplica para as restantes dimensões do autocuidado. Quando a proximidade física não é possível, por exemplo, devido à distância, poderão, em sua substituição, ser disponibilizados meios tecnológicos que permitam que a pessoa idosa estabeleça contacto com os familiares ou outras pessoas significativas, por videoconferência.

Ainda no que respeita às relações interpessoais, é ainda essencial que se promovam as relações dentro da própria instituição, devendo ser permitido à pessoa idosa optar pelo seu círculo de amigos, dar um passeio com estes, nos casos em que há autonomia e decidir com quem se quer sentar à mesa, por exemplo.

3.2.2. Condições estruturais e processuais

Definidos os princípios organizadores dos cuidados que são a base e o guia orientador do modelo de cuidados que aqui propomos, cabe-nos agora apresentar as condições estruturais e processuais em que este assenta. Assim, estas condições têm por referência não só estes princípios como também a tríade de Donabedian e outros pressupostos conceituais (Donabedian, 2003; Doran, 2011; Irvine & Sidani, 1998). Em ambos os casos analisaremos as condições existentes e proporemos um modelo alternativo.

3.2.2.1. Condições estruturais

De acordo com os autores atrás referidos, as condições estruturais incluem:

- As características dos utentes
- As características organizacionais
- As características dos cuidadores (formais ou informais)

Características dos utentes

Como constatamos no diagnóstico da situação, existe uma série de características dos utentes a que se impõe dar resposta, como por exemplo, a idade, a baixa escolaridade e consequentemente, a baixa literacia, a elevada taxa de viúvos, o sexo predominantemente feminino, a multimorbilidade e os níveis elevados de dependência, tendo em conta o perfil funcional e cognitivo da amostra.

Neste sentido, propomos um modelo de cuidados centrado na pessoa, com foco nas relações interpessoais, que promovam a vinculação e o suporte social, para evitar a provável institucionalização (Lopes et al., 2020). O cuidado centrado na pessoa é um aspeto essencial da qualidade dos cuidados por três motivos (Larson et al., 2019):

1. primeiro, porque é intrinsecamente importante, ou seja, os indivíduos têm o direito de serem tratados com dignidade e respeito ao utilizarem os serviços prestadores de cuidados;
2. em segundo lugar, é instrumentalmente importante porque o processo de cuidados centrado na pessoa está associado a uma melhor utilização e melhores resultados dos cuidados; e

3. terceiro, permite avaliar os esforços para melhorar a qualidade dos cuidados e responsabilizar os sistemas de saúde e social perante aqueles que procuram os seus serviços.

Nesta linha, o modelo proposto baseia-se na implantação de um PIC, que (i) é uma ferramenta centrada na pessoa; (ii) constitui um espaço de diálogo entre todos os cuidadores; (iii) apoia e facilita a gestão de percursos de cuidados; e (iv) promove a integração de respostas (Lopes, M.; Barbosa, P.; Fonseca, 2020).

Propomos ainda a existência de um gestor de caso, que coordene o PIC, ou seja, todo o percurso de cuidados da pessoa desde o momento de admissão em ERPI. Este gestor de caso deve ser atribuído atendendo às características da pessoa e das suas necessidades. Ou seja, quando as necessidades em saúde ou de autocuidado são as mais prevalentes, deve o gestor de caso ser um profissional de saúde habilitado para fazer a gestão de todos os cuidados. A necessidade desta gestão criteriosa de cuidados, focados na pessoa e nas suas relações interpessoais, tem como objetivo maximizar a funcionalidade diminuindo os custos e obtendo ganhos em saúde. Ora, se prevenirmos a degradação funcional e cognitiva, através de uma gestão eficiente do PIC os níveis de dependência das pessoas idosas institucionalizadas em ERPI vai ser menor, sendo também menores os gastos a longo prazo.

Como coadjuvantes a esse modelo, tecnologias de inteligência artificial que visam apoiar o idoso nas atividades de vida diária e instrumentais da vida diária têm surgido e contribuem muito para a preservação da funcionalidade. Nesse sentido, mecanismos para adaptar o comportamento dos dispositivos inteligentes às necessidades das pessoas em tempo real já estão sendo desenvolvidos (Flores-Martin et al., 2020).

Características organizacionais

Face ao exposto no diagnóstico de situação, e sobre as características organizacionais propomos um modelo que se alicerce nos princípios por nós enunciados e que contribua para o bem-estar dos utentes através da reabilitação da sua independência, se tal for possível, do retardamento da sua perda e/ou da promoção do conforto.

Para tanto, e considerando que os utentes das ERPI são pessoas nas quais predominam a multimorbilidade e a dependência, propõem-se alterações ao nível da estrutura e ao nível organizacional.

No que respeita à **estrutura**, o que propomos pretende personalizar ao máximo o espaço de cada utente. Desta forma, os espaços comuns devem ser repensados de forma a promoverem a interação entre os utentes e entre estes e a sua família e/ou profissionais. Devem ainda ser proporcionadas condições de segurança nos espaços, como por exemplo, nas casas de banho, de forma a que sejam maximizadas as capacidades da pessoa idosa para o autocuidado, ao invés de se “proibir”, por exemplo, que tomem banho sozinhos quando ainda são capazes de o fazer, por medo de queda. Se as medidas de segurança estiverem criadas, o risco de queda diminui, sendo, ao mesmo tempo, possível incentivar o autocuidado de forma segura, respeitando a autonomia da pessoa.

Além disso, devem ser proporcionados um conjunto de espaços que promovam as atividades físicas, ocupacionais e lúdicas. Os espaços exteriores devem ser privilegiados sempre que as condições da instituição assim o permitam. As atividades realizadas devem promover não só a socialização entre os utentes da instituição, como também destes com a comunidade.

Ao **nível organizacional**, propõe-se uma centração no autocuidado do utente. Este deve ser avaliado no momento da admissão, como já referido anteriormente, com recurso a instrumentos estandardizados, utilizados por profissionais competentes e com mandato social para tal. Com base nesse diagnóstico devem definir-se todas as atividades e todos os cuidados através de um PIC da responsabilidade de um profissional habilitado. Esse PIC deve definir ainda a responsabilidade de cada cuidador, formal ou informal, não esquecendo a capacidade remanescente do próprio utente. Tendo em consideração as características dos utentes atrás apresentadas, e de acordo com Lopes (2021), deve dar-se especial atenção:

- a) “À dependência no autocuidado, definindo o tipo de intervenção, nomeadamente fazer por, ajudar ou orientar; nestas, especial atenção para a dimensão cognitiva, a qual carece de cuidados muito específicos, mas que também é complementada pelo previsto nas alíneas seguintes;
- b) Às necessidades de apego e vinculação, envolvendo sempre que possível a família nos respetivos cuidados e proporcionando-lhes os espaços necessários à preservação dos laços afetivos; criando a figura de cuidador de referência e mantendo-o, garantindo assim a continuidade relacional;
- c) Às necessidades de interação social, criando dinâmicas e espaços propícios considerando os residentes, mas também a comunidade em que a ERPI se insere.” (Lopes, 2021)

O PIC carece de uma avaliação periódica com base nos resultados. Estes devem ser avaliados com recurso aos mesmos instrumentos utilizados para o diagnóstico inicial da funcionalidade no momento da admissão. Em função dessa avaliação será feita a respetiva alteração no planeamento de cuidados.

Além disso, e atendendo à elevada taxa de multimorbilidade, é necessário que o PIC defina uma resposta de saúde adequada à condição individual. Assim, tendo em conta não só a elevada taxa de multimorbilidade, como também os elevados níveis de dependência das pessoas residentes em ERPI, e em consequência, a necessidade de apoio no autocuidado, consideramos que estas instituições devem ter profissionais de enfermagem 24 horas por dia e em rácio adequado às necessidades dos utentes, que deve ser calculado tendo em conta a avaliação do perfil funcional dos mesmos. Da mesma forma, e pelo respeito pelo direito à saúde, entendemos que as equipas de família das Unidades de Saúde Familiar devem continuar a acompanhar estes utentes no que aos programas de saúde diz respeito, como por exemplo, o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Diabetes ou o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Vasculares, preconizados pela DGS. Isto é especialmente importante no caso da vigilância das condições de saúde crónicas, para as quais as unidades de saúde oferecem resposta quer ao nível de cuidados de enfermagem quer ao nível de consultas médicas. A partir do momento em que um utente é institucionalizado em ERPI não deve esta vigilância simplesmente deixar de ser realizada pelas unidades de saúde, pois o utente permanece com os mesmos direitos que tinha quando residia no seu domicílio, simplesmente mudou de residência. Quanto aos cuidados de vigilância ou tratamento contínuos, como por exemplo, tratamento de feridas, estes devem ser assegurados pela equipa de saúde das ERPI.

Características dos cuidadores (formais ou informais)

Pela análise do diagnóstico de situação anteriormente apresentado, consideramos que a legislação atual desvaloriza e subalterniza o autocuidado, o que denota um profundo desconhecimento acerca da sua relevância para o bem-estar e para a saúde das pessoas e, até mesmo, um desrespeito pela sua dignidade. Como já referido, o autocuidado promove o bem-estar e a qualidade de vida e melhora a saúde, o que se traduz na redução do consumo dos serviços de saúde. Ou seja, se as pessoas idosas tiverem os cuidados de que necessitam em termos de autocuidado, terão uma melhor qualidade de vida e recorrerão muito menos vezes aos serviços de saúde, com especial destaque para os serviços de urgência. Além disso, o número de internamentos por doença aguda ou agudização de doença crónica é também reduzido. Esta desvalorização do

autocuidado tem consequências não só para as próprias pessoas e para os serviços de saúde, como também para a economia das próprias instituições, pois o aumento dos níveis de dependência e a degradação da saúde, tem como consequência o aumento dos gastos. Ou seja, a poupança imediata em termos de recursos humanos leva a um gasto acrescido a longo prazo.

Como tal, as ERPI devem ter profissionais com competência na área do autocuidado para desenvolverem a coordenação e planeamento dos cuidados. Com uma dotação adequada ao grau de dependência dos utentes. Como tal, a dotação de enfermeiros deve ser considerada tendo em conta uma avaliação criteriosa do nível de dependência na data de admissão e os cuidados de enfermagem devem ser contínuos e permanentes, sendo estes profissionais responsáveis por todo o processo de autocuidado. Devem ser estes profissionais a gerir o PIC das pessoas com dependência, promovendo a máxima autonomia no autocuidado e envolvendo a família, sempre que possível.

3.2.2.2. Condições Processuais: O modelo de cuidados

Da pesquisa efetuada não conseguimos encontrar nenhum modelo de cuidados adotado pelas ERPI. Também não conseguimos obter este dado pelas entrevistas efetuadas, pelo que se supõe que não é seguido qualquer modelo de cuidados, ficando o processo de cuidados à pessoa ao livre arbítrio de cada instituição.

Desta forma, propomos que o foco dos cuidados seja o utente, tal como enunciado nos princípios atrás referidos, ou seja, todos os cuidados devem ser planeados respeitante a autonomia do mesmo, sendo este um agente ativo na tomada de decisão. Deve, portanto, ser tido em conta não só as suas características individuais, como também a sua vontade e preferências. Assim, a finalidade dos cuidados deve ter sempre em conta o processo de reabilitação, readaptação e reinserção, sempre que possível, tendo como foco o bem-estar e a qualidade de vida do utente.

Ora, como tem vindo a ser referido por nós, o modelo de cuidados é caracterizado pelo percurso de cuidados que deve ser dinâmico e em articulação com todas as redes em função das necessidades da pessoa, garantindo, desta forma, a continuidade dos cuidados. Uma das dimensões mais importantes da continuidade de cuidados é a continuidade interpessoal ou relacional, ou seja, a experiência subjetiva da relação entre a pessoa e o cuidador de referência (WHO, 2018), a que podemos chamar de gestor de caso. É este, que gere todo o processo de cuidados e que faz a articulação entre os diversos atores. A coordenação dos cuidados é essencial para o sucesso dos mesmos, não só em contexto de ERPI, mas em qualquer contexto de cuidados, podendo

definir-se como uma abordagem proativa que integra todos os cuidadores de forma a responderem adequadamente e eficazmente às necessidades da pessoa (WHO, 2018). Ora, atendendo às fases do processo de cuidados (Avaliação Diagnóstica, Planeamento de Cuidados, Intervenção Terapêutica e Avaliação de Resultados) percebemos que em contexto de ERPI, o profissional melhor habilitado para gerir o mesmo é o enfermeiro.

A **Avaliação Diagnóstica** que é a que dá início e continuidade ao processo de cuidados, pode ser entendida como uma avaliação contínua, sistemática e dinâmica da pessoa e família de forma a conjugar estas três vertentes: vivencial, de ajuda e biomédica (Lopes, 2006).

Assim sendo, o processo de cuidados deve ser iniciado no momento da admissão com a realização de uma avaliação diagnóstica onde se inclua o diagnóstico funcional, nosológico e social. Neste último, é de extrema importância perceber quais os laços relacionais que o utente tinha na comunidade para que o planeamento de cuidados os inclua.

O **Planeamento de Cuidados** deve utilizar como instrumento o Plano Individual de Cuidados (Lopes, M.; Barbosa, P.; Fonseca, 2020) permitindo o planeamento integrado e de continuidade de cuidados. Ora, idealmente este PIC deve ser articulado com todos os serviços prestadores de cuidados, não só sociais, como também de saúde.

O Planeamento de Cuidados deve, portanto: ser negociado com a pessoa de forma a ser centrado nesta; ser integrador de todos os cuidadores, com especial destaque para a família; planear as atividades terapêuticas de acordo com as necessidades da pessoa, sendo atribuídas responsabilidades a cada um dos prestadores de cuidados; e ter definidos os indicadores de resultados.

A **Intervenção Terapêutica** deve incluir todos os cuidadores, de acordo com as suas responsabilidades e competências, tendo como finalidade garantir o conforto, o bem-estar e a qualidade de vida. Para tal são objetivos desta intervenção:

- reinserir a pessoa no contexto de cuidados preservando ou recriando a rede relacional;
- reabilitar e/ou readaptar a autonomia e a independência;
- manter a autonomia e/ou a independência ou retardar sua perda;
- promover o bem-estar e a qualidade de vida.

Para atingir os objetivos referidos é necessário que os cuidadores implementem estratégias terapêuticas adequadas e adaptadas às necessidades de cada um, tendo como foco principal a pessoa inserida no seu contexto e atendendo às suas relações afetivas. A intervenção deve in-

cluír ainda o processo e a estrutura, sendo efetuadas as mudanças que se entendam como necessárias para a melhoria dos cuidados e sua adaptação às necessidades individuais e coletivas. Para tal, o coordenador de cuidados ou gestor de caso, deve planejar as ações necessárias e adequadas relativas ao processo e à estrutura de forma a atingir os objetivos e obter os resultados pretendidos.

Por fim, mas não menos importante, segue-se a **avaliação de resultados** que é um processo contínuo, ou seja, deve ser realizado sempre que necessário e de forma sistemática e é fundamental para redirecionar o processo de cuidados e todo o planeamento do mesmo. Ora, a avaliação dos resultados deve ter como foco os objetivos que se pretendem atingir, sendo reajustadas as intervenções sempre que necessário e adequado e em função dos resultados até então obtidos.

Resumindo, é importante que o processo de cuidados siga as fases que lhe estão inerentes, sendo estas geridas por um profissional com competências para tal, que envolverá todos os atores no mesmo, de acordo com as suas competências. As relações afetivas devem ser mantidas aquando da institucionalização, devendo a família ou outras pessoas significativas ser envolvidas no processo de cuidados.

4. Conclusão

Pelos resultados dos estudos desenvolvidos e aqui apresentados podemos concluir que os idosos apresentam necessidades, simultaneamente, muito específicas e complexas. Aquelas exigem cuidados permanentes, nomeadamente de saúde, quer seja na promoção e prevenção da doença através de um autocuidado suficiente, quer seja no tratamento das doenças instaladas. Note-se que apenas 0,5% da amostra não tinha qualquer patologia identificada.

Neste sentido, urge uma mudança de paradigma nos cuidados prestados à pessoa idosa de forma a promover a autonomia e a independência, através de um processo de cuidados que atenda aos objetivos de reinserir, reabilitar, manter a autonomia e a independência ou retardar a sua perda e promover o bem-estar e a qualidade de vida. Ora, para atingir estes objetivos é necessária uma mudança significativa na forma como os cuidados são planeados e prestados, sendo que este relatório dá o seu contributo para esta mudança ao propor um modelo de cuidados para as ERPI.

Todavia, é também necessária uma profunda alteração ao nível do enquadramento organizacional das ERPI. Estas devem fazer parte do tecido social e impregnarem e deixarem-se impregnar por iniciativas que contribuam para a saúde e bem-estar das pessoas de quem cuidam, transformando-se assim em agentes de um envelhecimento ativo e saudável.

Por último, mas não menos importante, é urgente que os poderes políticos encarem os idosos como cidadãos de pleno direito e lhes proporcionem os cuidados a que têm direito, garantindo-lhes a permanência nas suas casas pelo máximo tempo possível. Para tanto, precisam ser conferidas condições para que as famílias possam assumir esta função. Precisam também de incrementar a resposta de domiciliação de cuidados através de equipas mistas e adequadas às necessidades das pessoas. Quando a situação o exigir e a pessoa seja sujeita a institucionalização, este processo não deve funcionar como um corte com a sua rede de pertença, muito menos com os seus direitos fundamentais. Para isso, os poderes políticos precisam desenvolver estratégias que garantam integração e continuidade de cuidados, assegurando às instituições os meios necessários aos cuidados exigidos e a necessária articulação com os serviços públicos.

O respeito pela dignidade das pessoas idosas assim o exige!

Referências Bibliográficas

- Abalo, E. M., Mensah, C. M., Agyemang-Duah, W., Peprah, P., Budu, H. I., Gyasi, R. M., Donkor, P., & Amoako, J. (2018a). Geographical Differences in Perceived Health Status Among Older Adults in Ghana: Do Gender and Educational Status Matter? *Gerontology and Geriatric Medicine*, 4, 2333721418796666. <https://doi.org/10.1177/2333721418796663>
- Aguila, E., Kapteyn, A., & Smith, J. P. (2015). Effects of income supplementation on health of the poor elderly: The case of Mexico. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 112(1), 70–75. <https://doi.org/10.1073/pnas.1414453112>
- Åkerborg, Ö., Lang, A., Wimo, A., Sködlunger, A., Fratiglioni, L., Gaudig, M., & Rosenlund, M. (2016). Cost of Dementia and Its Correlation With Dependence. *Journal of Aging and Health*, 28(8), 1448–1464. <https://doi.org/10.1177/0898264315624899>
- American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered. (2016). Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1), 15–18. <https://doi.org/10.1111/jgs.13866>
- Ashida, S., & Schafer, E. J. (2018). Social Networks, Social Relationships, and Their Effects on the Aging Mind and Brain. Em Matthew Rizzo, S. Anderson, & B. Fritsch (Eds.), *The Wiley Handbook on the Aging Mind and Brain* (pp. 19–36). Wiley-Blackwell.
- Atella, V., Piano Mortari, A., Kopinska, J., Belotti, F., Lapi, F., Cricelli, C., & Fontana, L. (2019). Trends in age-related disease burden and healthcare utilization. *Aging Cell*, 18(1), e12861–e12861. <https://doi.org/10.1111/accel.12861>
- Benach, J., Friel, S., Houweling, T., Labonte, R., Muntaner, C., Schrecker, T., & Simpson, S. (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Em *World Health Organization Geneva*.
- Birtha, M., Rodrigues, R., Zólyomi, E., Sandu, V., & Schulmann, K. (2019). From disability rights towards a rights-based approach to long-term care in Europe: Building an index of rights-based policies for older people. Em *From disability rights towards a rights-based approach to long-term care in Europe: Building an index of rights-based policies for older people*. (European C).
- Blessed, G., Tomlinson, B. E., & Roth, M. (1988). Blessed-Roth Dementia Scale (DS). *Psychopharmacology bulletin*, 24(4), 705–708.
- Bretherton, I. (1992). The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.759>
- Busse, R., Van Ginneken, E., & Normand, C. (2012). Health Systems: Health, Wealth and Societal Well-Being. Em M. Figueras, Josep; McKee (Ed.), *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being. Assessing the case for investing in health systems* (pp. 37–60). Open University Press.

- Campos, A. C. V., Ferreira, E. F. e, & Vargas, A. M. D. (2015). Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(7), 2221–2237. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.14072014>
- Cardoso, D. Y. F. (2016). *Relação de vinculação e de suporte social vivenciados pelos idosos nas instituições*. Instituto Superior de Serviço Social do Porto.
- CEDRU/BCG. (2008). *Estudo de Avaliação das Necessidades dos Seniores em Portugal* (pp. 351–351).
- Chen, Y., & Feeley, T. H. (2014). Social support, social strain, loneliness, and well-being among older adults. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31(2), 141–161. <https://doi.org/10.1177/0265407513488728>
- Chiang, H.-H., & Lee, T. S.-H. (2018). Family relations, sense of coherence, happiness and perceived health in retired Taiwanese: Analysis of a conceptual model. *Geriatrics & Gerontology International*, 18(1), 154–160. <https://doi.org/10.1111/ggi.13141>
- Cicirelli, V. G. (2010). Attachment relationships in old age. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2), 191–199. <https://doi.org/10.1177/0265407509360984>
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). *Help Wanted?* <https://doi.org/10.1787/9789264097759-en>
- Coutinho, A. T. de Q., Vilela, M. B. R., Lima, M. L. L. T. de, & Silva, V. de L. (2018). Social communication and functional independence of the elderly in a community assisted by the family health strategy. *Revista CEFAC*, 20(3), 363–373. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201820313417>
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2019). *MRC Developing and evaluating complex interventions*.
- Cristina, M., Gomes, S., João, M., Moreira, G., Luís, M., & Pinto, R. (2017). MOVIMENTOS MIGRATÓRIOS INTERNOS EM PORTUGAL (1995-2011) Caracterização exploratória considerando grupos de idades, níveis de habilitações e atividade. *SOCIOLOGIA, PROBLEMAS E PRÁTICAS*, 83, 55–74. <https://doi.org/10.7458/SPP2017833546>
- Cui, S., Wang, R., Lu, L., Wang, H., & Zhang, Y. (2019). Influence of Education Level on Mental Health and Medical Coping Modes: A Correlation Analysis in the Elderlies. *American Journal of Nursing Science*, 8(6), 324. <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20190806.16>
- Dai, B., Zhang, B., & Li, J. (2013). Protective Factors for Subjective Well-being in Chinese Older Adults: The Roles of Resources and Activity. *Journal of Happiness Studies*, 14(4), 1225–1239. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9378-7>
- Davidson, P. M., DiGiacomo, M., & McGrath, S. J. (2011). The Feminization of Aging: How Will This Impact on Health Outcomes and Services? *Health Care for Women International*, 32(12), 1031–1045. <https://doi.org/10.1080/07399332.2011.610539>

- de Medeiros, M. M. D., Carletti, T. M., Magno, M. B., Maia, L. C., Cavalcanti, Y. W., & Rodrigues-Garcia, R. C. M. (2020). Does the institutionalization influence elderly's quality of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 20(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1452-0>
- Del Duca, G. F., Silva, S. G. da, Thumé, E., Santos, I. S., & Hallal, P. C. (2012). Indicadores da institucionalização de idosos: Estudo de casos e controles. *Revista de Saúde Pública*, 46(1), 147–153. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000100018>
- DGS. (2008). *Planos locais de acção em habitação e saúde: Manual para projectos* (pp. 86–86).
- DGS. IHME. (2018). *Portugal: The Nation's Health 1990 – 2016. An overview of the Global Burden of Disease Study 2016 Results*.
- Direção Geral de Saúde/Organização Mundial de Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (p. 238).
- Donabedian, A. (2003). An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Em *Statewide Agricultural Land Use Baseline 2015* (Vol. 1). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Doran, D. M. (2011). Nursing Outcomes. The state of the science. Em *Nursing*.
- Eastwood, M. R., Lautenschlaeger, E., & Corbin, S. (1983). A Comparison of Clinical Methods for Assessing Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31(6), 342–347. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1983.tb05744.x>
- EC - Directorate-General for Economic and Financial Affairs. (2018). *The 2018 Ageing Report Economic & Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016-2070)* (Vol. 8014, Número May). European Commission. <https://doi.org/10.2765/615631>
- European Union. (2019). *Ageing Europe: LOOKING AT THE LIVES OF OLDER PEOPLE IN THE EU*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2785/26745>
- Eurostat. (2020). *Healthy life years statistics—Statistics Explained*. Statistics Explained. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthy_life_years_statistics#Healthy_life_years_at_age_65
- Flores-Martin, D., Pérez-Vereda, A., Berrocal, J., Canal, C., & Murillo, J. M. (2020). *Interconnecting IoT Devices to Improve the QoL of Elderly People* (pp. 148–165). <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-1937-0.ch009>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)

- Fonseca, C., Lopes, M., Mendes, D., Parreira, P., Mónico, L., & Marques, C. (2019). Psychometric Properties of the Elderly Nursing Core Set. Em José García-Alonso; César Fonseca (Ed.), *Gerontechnology. IWoG 2018. Communications in Computer and Information Science* (Springer, pp. 143–153). https://doi.org/10.1007/978-3-030-16028-9_13
- Fonseca,;, Lopes, M., Mendes, D., Parreira, P., Mónico, L., & Marques, C. (2019). Psychometric properties of the elderly nursing core set. *Communications in Computer and Information Science*, 1016, 143–153. https://doi.org/10.1007/978-3-030-16028-9_13
- García-Olmos, L., Alberquilla, A., Lora, D., Carmona, M., & Al, E. (2012). Comorbidity patterns in patients with chronic diseases in general practice. PLoS One. *PLoS ONE*, 7.
- GEP/MTSSS. (2019). *Carta Social—Rede de Serviços e Equipamentos—Relatório 2018*.
- Goes, M., Lopes, M. J., Marôco, J., Oliveira, H., Fonseca, C., Mónico, L., Parreira, P., García-Alonso, J., & de Pinho, L. G. (2020). The quality of life of older individuals following the world health organization assessment criteria. *Geriatrics (Switzerland)*, 5(4), 1–11. <https://doi.org/10.3390/geriatrics5040102>
- Goes, M., Lopes, M. J., Oliveira, H., Fonseca, C., & Marôco, J. (2020a). A Nursing Care Intervention Model for Elderly People to Ascertain General Profiles of Functionality and Self Care Needs. *Scientific Reports*, 10(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-58596-1>
- Goes, M., Lopes, M. J., Oliveira, H., Fonseca, C., & Marôco, J. (2020b). A Nursing Care Intervention Model for Elderly People to Ascertain General Profiles of Functionality and Self Care Needs. *Scientific Reports*, 10(1), 1770. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-58596-1>
- Greve, B. (2017). *Long-term Care for the Elderly in Europe – Development and prospects* (Routledge, Ed.).
- Hazra, N. C., Rudisill, C., & Gulliford, M. C. (2018). Determinants of health care costs in the senior elderly: Age, comorbidity, impairment, or proximity to death? *The European Journal of Health Economics*, 19(6), 831–842. <https://doi.org/10.1007/s10198-017-0926-2>
- Hitchcott, P. K., Fastame, M. C., Ferrai, J., & Penna, M. P. (2017). Psychological Well-Being in Italian Families: An Exploratory Approach to the Study of Mental Health Across the Adult Life Span in the Blue Zone. *Europe's Journal of Psychology*, 13(3), 441–454. <https://doi.org/10.5964/ejop.v13i3.1416>
- Holmes, J. (2014). John Bowlby and Attachment Theory. Em *John Bowlby and Attachment Theory*. <https://doi.org/10.4324/9781315879772>
- Holt-lunstad, J. (2018). *Why Social Relationships Are Important for Physical Health: A Systems Approach to Understanding and Modifying Risk and Protection*.
- Howden-Chapman, P. (2004). Housing standards: A glossary of housing and health. *Journal of epidemiology and community health*, 58(3), 162–168.
- Howden-Chapman, P. ;, Signal, L. ;, & Crane, J. (1999). Housing and health in older people:

Ageing in place. *Social Policy Journal of New Zealand*, April, 14–30.

INE. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos—Portugal* (p. 560).

INE. (2013). Dia Internacional da Família. *Destaque - Informação à Comunicação Social*, 1–11.

INE. (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

INE. (2020, Agosto). *Portal do INE - População Residente por local de residência, sexo e grupo etário*. https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0008273&selTab=tab0

Infante, A. F. M. (2016). *Ajudantes de Ação Direta: Necessidades em Contexto Institucional*. Universidade de Lisboa.

International Self-Care Foundation. (2020). *A Manifesto for Self-Care—ISF*.

Irvine, D., & Sidani, L. M. H. (1998). Finding value in nursing care: A framework for quality improvement and clinical evaluation. *Nursing Economics*, 16(3).

Kingston, A., Robinson, L., Booth, H., Knapp, M., & Jagger, C. (2018). Projections of multimorbidity in the older population in England to 2035: Estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) model. *Age and Ageing*, 47, 374–380.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afx201>

Kingston, A., Wohland, P., Wittenberg, R., Robinson, L., Brayne, C., Matthews, F. E., & Jagger, C. (2017). Is late-life dependency increasing or not? A comparison of the Cognitive Function and Ageing Studies (CFAS). *www.thelancet.com Articles Lancet*, 390, 1676–1684.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31575-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31575-1)

Kong, S. X., & Wertheimer, A. I. (1994). Social Support: Concepts, Theories, and Implications for Pharmacy Research. *Journal of Pharmaceutical Marketing & Management*, 9(1), 63–90.
https://doi.org/10.3109/J058v09n01_06

Lares Online. (2020). *Listas de espera em IPSS... Um bicho de sete cabeças!* | Lares Online.

Larson, E., Sharma, J., Bohren, M. A., & Tunçalp, Ö. (2019). When the patient is the expert: Measuring patient experience and satisfaction with care. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(8), 563–569. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.225201>

Lawler, K. (2001). *Aging in Place Coordinating Housing and Health Care Provision for America's Growing Elderly Population* (pp. 64–64).

Leahy-Warren, P. (2014). Social support theory. Em *Theories guiding nursing research and practice: Making nursing knowledge development explicit*. (pp. 85–101). Springer Publishing Company.

- Lee, J. E., Kahana, B., & Kahana, E. (2017). Successful Aging from the Viewpoint of Older Adults: Development of a Brief Successful Aging Inventory (SAI). *Gerontology*, 63(4), 359–371. <https://doi.org/10.1159/000455252>
- Liu, H., Zhang, Y., Burgard, S. A., & Needham, B. L. (2019). Marital status and cognitive impairment in the United States: Evidence from the National Health and Aging Trends Study. *Annals of Epidemiology*, 38, 28-34.e2. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2019.08.007>
- Lopes, M. (2021). *Desafios de Inovação em Saúde: Repensar os modelos de cuidados* (Universidade de Évora, Ed.; no prelo).
- Lopes, M.; Barbosa, P.; Fonseca, C. (2020). The Individual Care Plan as electronic health record: A tool for management , integration of care and better health results. Em *Exploring the Role of ICTs in Healthy Aging (no prelo)* (pp. 1–13). IGI International.
- Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio alcance*. Formasau.
- Lopes, M J. (2021). *Desafios de Inovação em Saúde: Repensar os modelos de cuidados (no prelo)*. Universidade de Évora.
- Lopes, M. J., & Fonseca, C. (2013). Processo de construção do elderly nursing core set. *Journal of Aging & Innovation*, 2(1), 121–131.
- Lopes, M. J., Fonseca, C., & Barbosa, P. (2020). *The Individual Care Plan as Electronic Health Record* (pp. 1–12). <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-1937-0.ch001>
- Lopes, M. J., & Sakellarides, C. (2021). *Os Cuidados de Saúde Face aos Desafios do Nosso Tempo: Contributos para a Gestão da Mudança (no prelo)* (M. J. Lopes & C. Sakellarides, Eds.). Universidade de Évora.
- Lopes, Manuel José. (2018). Forming and Maintaining Interpersonal Relationships. Em J. C. Santos & J. R. Cutcliffe (Eds.), *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century: A Person-Centred Evidence-Based Approach* (pp. 247–257). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_19
- Lopes, Manuel José, Escoval, A., Pereira, D. G., Pereira, C. S., Carvalho, C., & Fonseca, C. (2013). Evaluation of elderly persons' functionality and care needs. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(spe), 52–60. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700008>
- Lopes, Manuel José, & Fonseca, C. (2013). Processo de construção do elderly nursing core set. *Journal of Aging & Innovation*, 2(1), 121–131.
- Mannucci, P. M., Nobili, A., Mannucci, P. M., Nobili, A., Tettamanti, M., Pasina, L., Franchi, C., Sparacio, E., Alborghetti, S., Di Costanzo, R., Eldin, T. K., Tettamanti, M., Djade, C. D., Salerno, F., Corrao, S., Marengoni, A., Marcucci, M., Prisco, D., Silvestri, E., ... Pignatti, F. (2014). Multimorbidity and polypharmacy in the elderly: Lessons from REPOSI. *Internal and Emergency Medicine*, 9(7), 723–734. <https://doi.org/10.1007/s11739-014-1124-1>

- Maral, I., Bakar, C., Durukan, E., Arslan, S., Lhan, M. N., Öztimur, N., Özkan, S., & Bumin, M. A. (2012). General health and disability status: A comparative study between nursing home residents and elderly living at their own homes. *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(4), 363–370. <http://hdl.handle.net/11424/101431>
- Maresova, P., Javanmardi, E., Barakovic, S., Barakovic Husic, J., Tomsone, S., Krejcar, O., & Kuca, K. (2019). Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age – a scoping review. *BMC Public Health*, 19(1), 1431–1431. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7762-5>
- Mendes, D. J. M., Lopes, M. J., García-Alonso, J. M., Santos, J., & Sousa, L. M. M. (2020). Resilient Software Architecture Platform for the Individual Care Plan. Em D. Mendes, C. Fonseca, M. J. Lopes, J. Garcia-Alonso, & J. M. Murillo (Eds.), *Exploring the role of ICTs in healthy aging* (pp. 13–32). <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-1937-0.ch002>
- Michael Bradley, J., & Cafferty, T. P. (2001). Attachment among older adults: Current issues and directions for future research. *Attachment & Human Development*, 3(2), 200–221. <https://doi.org/10.1080/14616730126485>
- Ministério da Saúde, Pub. L. No. Decreto-Lei n.º 101/2006-Diário da República n.º 109/2006, Série I-A de 2006-06-06, 3856 (2006).
- Decreto-Lei 8/2010, Diário da República n.º 19/2010, Série I (2010). <https://dre.pt/pesquisa/-/search/616776/details/maximized>
- Ministério da Saúde. (2018). *Health System Review PORTUGAL - Phase I Final Report*.
- Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, Pub. L. No. Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, 1 Diário da república 1324 (2011).
- Decreto-Lei 414/99, Pub. L. No. Decreto-Lei n.º 414/99, Diário da República n.º 241/1999, Série I-A (1999).
- National Institute on Aging. (2017). *Long Term Care—How to Choose a Nursing Home*. <https://www.nia.nih.gov/health/how-choose-nursing-home>
- Oh, A., Patel, K., Boscardin, W. J., Max, W., Stephens, C., Ritchie, C. S., & Smith, A. K. (2019). Social Support and Patterns of Institutionalization Among Older Adults: A Longitudinal Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(12), 2622–2627. <https://doi.org/10.1111/jgs.16184>
- Oliveira, C. R. ; G., N. (2017). *Indicadores de Integração de Imigrantes—RELATÓRIO ESTATÍSTICO ANUAL 2017* (pp. 274–274).
- OMS. (2009). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. (N. 9789899556867; pp. 76–76).
- OMS. (2015a). *WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026*.

- OMS. (2015b). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services*.
- OMS, & DGS. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *De acordo com o grau de dependência do utente*. Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (Mosby, Ed.; 6th ed.).
- Phipps, S. (2003). *The Impact of Poverty on Health* (pp. 39–39).
- Pinto, T. A., & Lopes, A. (2012). *CIDADES Amigas das Pessoas Idosas? Implicações e Recomendações de um Estudo Nacional: O que dizem os municípios, o que pensam os especialistas e o que se vivencia nos espaços* (p. 104). Associação VIDA.
- PORDATA. (2019). *Portal do Pordata – Base de dados Portugal Contemporâneo*.
- Prados-Torres, A., Poblador-Plou, B., Calderón-Larrañaga, A., Gimeno-Feliu, L. A., González-Rubio, F., Poncel-Falcó, A., Sicras-Mainar, A., & Alcalá-Nalvaiz, J. T. (2012). Multimorbidity patterns in primary care: Interactions among chronic diseases using factor analysis. *PLoS ONE*, 7(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0032190>
- Prazeres, F., & Santiago, L. (2015). Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 5(9), e009287. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009287>
- Quach, A., Levine, M. E., Tanaka, T., Lu, A. T., Chen, B. H., Ferrucci, L., Ritz, B., Bandinelli, S., Neuhouser, M. L., Beasley, J. M., Snetselaar, L., Wallace, R. B., Tsao, P. S., Absher, D., Assimes, T. L., Stewart, J. D., Li, Y., Hou, L., Baccarelli, A. A., ... Horvath, S. (2017). Epigenetic clock analysis of diet, exercise, education, and lifestyle factors. *Aging*, 9(2), 419–446. <https://doi.org/10.18632/aging.101168>
- Quinaz Romana, G., Kislaya, I., Salvador, M. R., Gonçalves, S. C., Nunes, B., & Dias, C. (2019). Multimorbilidade em Portugal: Dados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. *Acta Médica Portuguesa*, 32(1), 30–37. <https://doi.org/10.20344/amp.11227>
- Safak, E. D., Kizilcay, H. D., Arguvanli, S., Mazicioglu, M. M., Mucuk, S., Ozturk, A., Gocer, S., Kiris, Y., & Akin, S. (2019). The Relationship Between Daily Living Activities and Cognitive Function in the Elderly: Cross-Sectional Study. *Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Bilişsel Fonksiyon İlişkisi: Kesitsel Çalışma.*, 11(1), 30–35.
- Santiago, L. M., Prazeres, F., Boto, T., Maurício, K., Rosendo, I., & Simões, J. (2020). Multimorbidity daily life activities and socio-economic classification in the Central Portugal primary health care setting: An observational study. *Family Medicine & Primary Care Review*, 22(1), 54–58. <https://doi.org/10.5114/fmpcr.2020.92506>
- Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, Pub. L. No. 1324 Diário da República, 1.ª série — N.º 58 — 21 de março de 2012, 1ª Série Diário da República 1324 (2012).

Stern, Y., Mayeux, R., Sano, M., Hauser, W. A., & Bush, T. (1987). Predictors of disease course in patients with probable Alzheimer's disease. *Neurology*, 37(10), 1649–1649. <https://doi.org/10.1212/WNL.37.10.1649>

Steverink, N. (2001). When and why frail elderly people give up independent living: The Netherlands as an example. *Ageing and Society*, 21(1), 45–69. <https://doi.org/10.1017/S0144686X01008066>

Thomas, C. (2013). *Models of special accommodation for older people across Europe*. ANEC: The European consumer voice in standardisation (A. D. S. U. L. for ANEC, Ed.).

Town, C., Municipality, B., Social Protection Committee, Mancebo, T. V., Facility, E., European Commission, Djemal, K. K., Committee, S. P., Casado-Marín, D., Bettio, F., Plantenga, J., Bazo, M., Ancizu, I., Arriba, A., Durana, G. D., Moreno, J., Arriba González de Durana, A., Moreno Fuentes, F. J., Anttonen, A., & Sipila, J. (2014). Long-term Care in the European Union. Em *Access* (N. 0060200901; Vol. 403, Número June, pp. 1–8). <https://doi.org/10.2767/30206>

Tudor Hart, J. (1971). THE INVERSE CARE LAW. *The Lancet*, 297(7696), 405–412. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X)

UNECE Ministerial Conference on Ageing. (2017). *2017 LISBON MINISTERIAL DECLARATION “A Sustainable Society for All Ages: Realizing the potential of living longer”* (p. 7).

Violan, C., Foguet-Boreu, Q., Flores-Mateo, G., Salisbury, C., Blom, J., Freitag, M., Glynn, L., Muth, C., & Valderas, J. M. (2014). Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: A systematic review of observational studies. *PLoS ONE*, 9(7), 3–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102149>

Visser, M., Wijnhoven, H. A. H., Comijs, H. C., Thomése, F. G. C. F., Twisk, J. W. R., & Deeg, D. J. H. (2019). A Healthy Lifestyle in Old Age and Prospective Change in Four Domains of Functioning. *Journal of Aging and Health*, 31(7), 1297–1314. <https://doi.org/10.1177/0898264318774430>

Waldinger, R. J., Cohen, S., Schulz, M. S., & Crowell, J. A. (2015). Security of attachment to spouses in late life: Concurrent and prospective links with cognitive and emotional wellbeing. *Clin Psychol Sci*, 3(4), 516–529. <https://doi.org/10.1177/2167702614541261>

Waldinger, R. J., & Schulz, M. S. (2010). What's Love Got To Do With It?: Social Functioning, Perceived Health, and Daily Happiness in Married Octogenarians. *Psychol Aging*, 25(c), 422–431. <https://doi.org/10.1037/a0019087>

WHO. (2018). *Continuity and coordination of care A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*.

WHO. (2019). *World health statistics 2019: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. World Health Organization.

World Health Organization. (2015). *WHO | International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

World Health Organization. (2017). *Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. (World Health Organization, Ed.).

World Health Organization. (2019). *World Health Organisation launches app to improve care for the elderly*. <https://www.digitalhealth.net/2019/10/world-health-organisation-elderly-care-app/>