

COLEÇÃO CLAUSTRO

DESAFIOS DE INOVAÇÃO EM SAÚDE
REPENSAR OS MODELOS DE CUIDADOS

Manuel Lopes

Ficha técnica

Título: Desafios de Inovação em Saúde: Repensar os Modelos de Cuidados

Autor: Manuel Lopes

© Os autores

Revisão: David Lopes

Editor: Imprensa da Universidade de Évora

Coleção: Claustro

Paginação: Divisão de Comunicação da Universidade de Évora

ISBN: 978-972-778-213-0

Évora 2021

COLEÇÃO CLAUSTRO

DESAFIOS DE INOVAÇÃO EM SAÚDE
REPENSAR OS MODELOS DE CUIDADOS

Manuel Lopes



ÍNDICE

PREFÁCIO	9
INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO	13
1.1. ENQUADRAMENTO DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO	13
1.2. CONTEXTO SOCIOFAMILIAR, COMUNITÁRIO E SOCIOECONÓMICO	19
1.3. CONTEXTO AMBIENTAL	26
1.4. RESPOSTAS DOS CUIDADOS DE SAÚDE	28
2. CUIDAR EM CASA: PROPOSTA DE UM MODELO DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS	34
2.1. PRESSUPOSTOS DO MODELO DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS	36
2.2. CUIDADOS DE SAÚDE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO	38
2.2.1. PROCESSO DE CUIDADOS	38
2.2.2. DIMENSÃO ORGANIZACIONAL DOS CUIDADOS	48
2.2.3. OS CUIDADOS DOMICILIÁRIOS NO ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS	55
3. AS PROFISSÕES DE SAÚDE E OS CUIDADOS DOMICILIÁRIOS	63
3.1. A ENFERMAGEM E OS CUIDADOS DOMICILIÁRIOS	64
4. MODELO DE CUIDADOS INTEGRADOS À PESSOA IDOSA EM CONTEXTO DE “RESPOSTA SOCIAL”	100
4.1. UMA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO: PROCESSO DE CUIDADOS A PESSOAS EM CONTEXTO DE “CUIDADOS SOCIAIS”	122
CONCLUSÃO	132
POSFÁCIO	133
BIBLIOGRAFIA	137

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO (N.º) POR LOCAL DE RESIDÊNCIA	13
FIGURA 2 – EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA POR GRUPO ETÁRIO ENTRE 2001 E 2017	14
FIGURA 3 – ESPERANÇA DE VIDA AOS 65 ANOS (TOTAL)	14
FIGURA 4 – ANOS DE VIDA SAUDÁVEL AOS 65 ANOS: POR SEXO	15
FIGURA 5 – PERCENTAGEM DE IDOSOS QUE DECLARARAM “NENHUM NÍVEL DE ESCOLARIDADE, POR REGIÃO E ESCALÃO ETÁRIO	21
FIGURA 6 – PERCURSOS DE VIDA, LITERACIA EM SAÚDE E INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	32
FIGURA 7 – MODELO DE CONSTRUÇÃO DO PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS	41
FIGURA 8 – MODELO DE INTERVENÇÃO ESCALONADA E GRADUALISTA	58
FIGURA 9 – RELAÇÃO ENTRE PADRÕES E COMPETÊNCIAS DAS DIVERSAS ÁREAS DE ESPECIALIZAÇÃO/CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM	68
FIGURA 10 – PERCENTAGEM DE PARTICIPANTES DE AMBOS OS GRUPOS COM E SEM DETERIORAÇÃO COGNITIVA (MMSE)	105
FIGURA 11 – PONTUAÇÕES DE AVALIAÇÃO COGNITIVA (MMSE) PARA AMBOS OS GRUPOS (ERPI E CD)	106
FIGURA 12 – PERCENTAGEM DE DETERIORAÇÃO COGNITIVA E DE PERSONALIDADE AVALIADA PELA BDS PARA AMBOS OS GRUPOS (ERPI E CD)	109
FIGURA 13 – PONTUAÇÕES DE AVALIAÇÃO INTELECTUAL E DE PERSONALIDADE (BDS) PARA AMBOS OS GRUPOS (ERPI E CD)	110
FIGURA 14 – PONTUAÇÕES DE FUNCIONALIDADE EM RELAÇÃO AOS DOMÍNIOS DO ENCS E PERFIL GERAL DE FUNCIONALIDADE PARA AMBOS OS GRUPOS (ERPI E CD)	111
FIGURA 15 – PONTUAÇÃO TOTAL DE AVALIAÇÃO COGNITIVA (MMSE), AVALIAÇÃO INTELECTUAL E DE PERSONALIDADE (BDS) E PERFIL FUNCIONAL GERAL (ENCS) POR SEXO, CÔNJUGE, FREQUÊNCIA DE ESCOLA E MULTIMORBILIDADE	113
FIGURA 16 – AS DUAS ALTERNATIVAS FUNDAMENTAIS DO PERCURSO DE CUIDADOS À PESSOA COM DEPENDÊNCIA	123

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – EVOLUÇÃO DA TAXA DE RISCO DE POBREZA ANTES E APÓS AS TRANSFERÊNCIAS SOCIAIS	25
TABELA 2 – CONCEITOS FUNDAMENTAIS DO MODELO DE ALBRECHT DE ENFERMAGEM DE SAÚDE DOMICILIÁRIA	83
TABELA 3 – INDICADORES DE QUALIDADE DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS PARA RESUMO MÍNIMO DE DADOS	91
TABELA 4 – “REDE” DE RESPOSTAS SOCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS POR DISTRITO	99
TABELA 5 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	103
TABELA 6 – ÁREA DE DIAGNÓSTICO MÉDICO (CID10) E MULTIMORBILIDADE	104
TABELA 7 – CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS E SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES E DETERIORAÇÃO COGNITIVA	107
TABELA 8 – DADOS DA AVALIAÇÃO INTELECTUAL E DE PERSONALIDADE (BLESSED DEMENTIA SCALE)	108
TABELA 9 – PERFIL FUNCIONAL AVALIADO ATRAVÉS DO ELDERLY NURSING CORE SET	110
TABELA 10 – CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS E SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES E PERFIS GERAIS DE FUNCIONALIDADE	112
TABELA 11 – APOIO NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS (ENCs)	114

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde

BDS – *Blessed Dementia Scale*

CD – Centro de Dia

CIHI - *Canadian Institute for Health Information*

CID/CICP - Classificação Internacional das Doenças/Classificação Internacional de Cuidados Primários

CIF - Classificação Internacional da Funcionalidade

CE - Comissão Europeia

CPAP - *Continuous Positive Airway Pressure*

CCI - Cuidados Continuados Integrados

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral da Saúde

ECCI - Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ECD - Exames Complementares de Diagnóstico

ENCS – *Elderly Nursing Core Set*

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

IA - Inteligência Artificial

IoT - *Internet of Things*

INE - Instituto Nacional de Estatística

MDS-HC - *Minimum Data Set - Home Care*

MMSE – *Mini-Mental State Examination*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIC - Plano Individual de Cuidados

PIB - Produto Interno Bruto

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSE - Registo de Saúde Eletrónico

SAD - Serviços de Apoio Domiciliário

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TNF - Tabela Nacional de Funcionalidade

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

UE - União Europeia

UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade

UCCI - Unidades de Cuidados Continuados Integrados

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS - Unidades Locais de Saúde

UNECE - *United Nations Economic Commission for Europe*

URAP - Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidades de Saúde Familiar

USP - Unidades de Saúde Pública

VD - Visitas Domiciliárias

PREFÁCIO

António Leuschner

As alterações sociodemográficas verificadas nas últimas décadas, em particular nos países mais desenvolvidos, sejam as resultantes do envelhecimento da população – maior esperança de vida e redução da natalidade – ou as da distribuição da população – aumento da população urbana e diminuição acentuada da rural, agravando o impacto da emigração dos anos 60 e 70 – conduziram à necessidade de uma revisão da arquitetura do sistema de garantia do direito à proteção da saúde, como consagrado constitucionalmente.

A evolução tecnológica entretanto disponível, constituiu, por seu turno, um fator de facilitação da implementação de tal necessidade, permitindo ultrapassar obstáculos que a dificuldade de acesso atempado à informação de saúde representava, abrindo portas a que as respostas a desenvolver pudessem ser desconcentradas e não maioritariamente institucionais, apesar das irrefutáveis resistências a que essas transformações fossem acertando o passo com a inovação que se ia verificando na envolvente.

Outras dificuldades respeitavam a um baixo nível de literacia, mormente da população mais velha, bem como às limitações da qualidade do parque habitacional, também aqui afetando em especial a mesma franja populacional.

Nunca será demais lembrar que os portugueses, comparando bem com os restantes europeus no que respeita à esperança de vida – à nascença e aos 65 anos – ficam bem atrás quando se trata da qualidade dos últimos anos de vida, sendo grande a prevalência de situações de dependência, o que deixa entender que muito haverá a fazer para os capacitar – ao longo da vida e não apenas nos últimos anos – para defenderem e promoverem a sua saúde, um dever constitucional.

Em benefício da viabilidade da necessária transformação, por um lado, a existência de um Serviço Nacional de Saúde, hoje cobrindo a totalidade do território, ainda que nem sempre de forma isenta de assimetrias, por outro, as mudanças ao nível da composição da força de trabalho disponível, hoje claramente multidisciplinar e com elevadas e diversificadas qualificações, abrindo portas a verdadeiro trabalho em equipa, desde a análise à execução, passando pelo planeamento e a divisão criteriosa do trabalho, assim contribuindo para o reforço da confiança dos cidadãos, muito especialmente dos mais velhos, nas equipas que têm a seu cargo a proteção do citado direito constitucional.

Se dúvidas houvesse quanto à oportunidade deste trabalho, atente-se nos efeitos que a crise desencadeada, um ano volvido, pela pandemia e na capacidade que, apesar das inquestionáveis dificuldades – não exclusivas do nosso País, longe disso – Portugal demonstrou, sendo evidentes, todavia, as grandes fragilidades do sistema de cuidados aos mais velhos, muito por força da clivagem entre os cuidados de saúde e os sociais.

Como é referido, em síntese, “o conjunto de respostas deve organizar-se tendo por base uma articulação e integração dos cuidados; a condição funcional da pessoa e, ao mesmo tempo, a capacidade de os cuidados poderem ou não ser assegurados com efetividade em

casa; a diversidade e as características das respostas existentes na comunidade; e, por último, mas não menos importante, a vontade da pessoa”.

Para tudo isto é chamada a atenção neste trabalho, assente num efetivo conhecimento da realidade, numa profunda reflexão sobre a mesma e no desenvolvimento de propostas que possam fazer face a essas dificuldades que, verdadeiramente, mais não constituem do que desafios para quem, como o Autor, nos habituou a encarar de frente.

A ele e a todos que com ele colaboraram, deveremos ficar gratos por trazer à superfície os diferentes aspetos de uma realidade que, sendo dinâmica, só se alterará procurando transformar as ameaças em oportunidades.

INTRODUÇÃO

Este documento começou por ser o suporte da lição apresentada no âmbito das provas públicas de agregação. Contudo, perante a evolução que se tem verificado nas áreas social e da saúde, considerou-se que podia constituir-se como um contributo útil para a discussão que urge e para a mudança que se exige e por isso assumiu o formato de livro.

Por tais razões, este livro tem uma base essencialmente empírica e, por isso, sintetiza e integra os múltiplos trabalhos que temos desenvolvido, principalmente em duas das três áreas de atuação profissional: a investigação e a extensão à comunidade. Nestas áreas tem prevalecido uma preocupação, que dá coerência à intervenção, e que podemos sintetizar em dois pilares fundamentais:

1. Desenvolver respostas que vão ao encontro das atuais necessidades das pessoas, principalmente das mais carenciadas, e incrementem a qualidade dos cuidados;
2. Evidenciar o contributo da enfermagem (disciplina e profissão) no desenvolvimento dessas respostas, mas através de uma postura de partilha interdisciplinar com as restantes áreas do conhecimento.

Neste contexto, apresentamos um raciocínio que parte de um diagnóstico demográfico e epidemiológico para justificar a inevitabilidade de alterarmos os modelos de cuidados como forma de continuarmos a responder às necessidades de cuidados das pessoas, considerando as suas atuais características, mas também o contexto social e económico em que vivemos.

De seguida, e em consequência, apresentamos um modelo de cuidados domiciliários através do qual se pretende, independentemente do momento do ciclo de vida e da condição de saúde, recentrar o foco organizacional dos cuidados na casa das pessoas, desde que esta reúna os requisitos para os poder acolher. Este modelo de cuidados, além de se recentrar no doente e no cuidador principal no seu contexto, garante uma efetiva integração e continuidade de cuidados. Para tanto, reequaciona as diversas fases do processo de cuidados, bem como alguns instrumentos considerados essenciais, nomeadamente o Plano Individual de Cuidados (que é proposto como verdadeiro Registo de Saúde Eletrónico e, ao mesmo tempo, garante de continuidade de cuidados). É ainda posta em perspetiva a utilização das Tecnologias da Informação e Comunicação, bem como dos seus desenvolvimentos mais recentes, nomeadamente a Internet das Coisas e a Inteligência Artificial. Sendo estas tecnologias equacionadas no contexto do modelo de cuidados, podem assumir-se como um enorme contributo para atingir os desideratos deste modelo. Por último, são ponderadas as respostas dos cuidados domiciliários para algumas das situações de saúde mais frequentes, nomeadamente as de doença aguda, as de doença crónica e (decorrentes destas) as que impõem uma situação de dependência funcional.

Seguidamente apresenta-se uma proposta de (re)definição de competências profissionais na área dos cuidados domiciliários. Tal resulta da constatação, por um lado, de um movi-

mento neste sentido que tem feito o seu percurso em alguns países, e por outro, da inexistência de qualquer referência a competências desta natureza no atual quadro de competências dos enfermeiros portugueses.

Conscientes das limitações das respostas domiciliárias, discutimos por último o que atualmente se designa “cuidados sociais”, apresentando-os numa lógica de continuidade e integração, centrados na pessoa e subordinados aos princípios do conforto e bem-estar.

Como dizíamos no início, dá-se assim coerência aos múltiplos projetos e trabalhos, colocando-os ao serviço do desenvolvimento de respostas nos cuidados de saúde, e evidencia-se o contributo da disciplina e profissão de enfermagem para a saúde e bem-estar das pessoas, sem, contudo, se assumir um discurso corporativo.

1. ENQUADRAMENTO

Neste capítulo proceder-se-á a um enquadramento diagnóstico que, porque se quer centrado nas pessoas, se inicia com as características demográficas e epidemiológicas da população, e se completará com a caracterização das respostas dos serviços de saúde. Concluir-se-á com uma breve síntese das principais características de ambas as dimensões referidas.

1.1. ENQUADRAMENTO DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO

De acordo com os dados do INE, em Portugal existem 2 280 424 pessoas com mais de 65 anos, o que corresponde a 22,1 % do total da população (INE, 2020c).

Neste contexto, o Índice de Envelhecimento em Portugal era, em 2019, de 163,2 (INE, 2020b). Mas, se considerarmos apenas Portugal continental, constatamos que o referido índice é de 165,9, ou seja, temos cerca de 166 idosos por cada 100 jovens. Todavia, se analisarmos os dados constantes da Figura 1, verificamos não só a enorme diferença entre regiões, mas também a evolução que o índice teve desde 2011. Pode, portanto, concluir-se que estará a acentuar-se o envelhecimento demográfico, com particular expressão em alguns concelhos do interior.

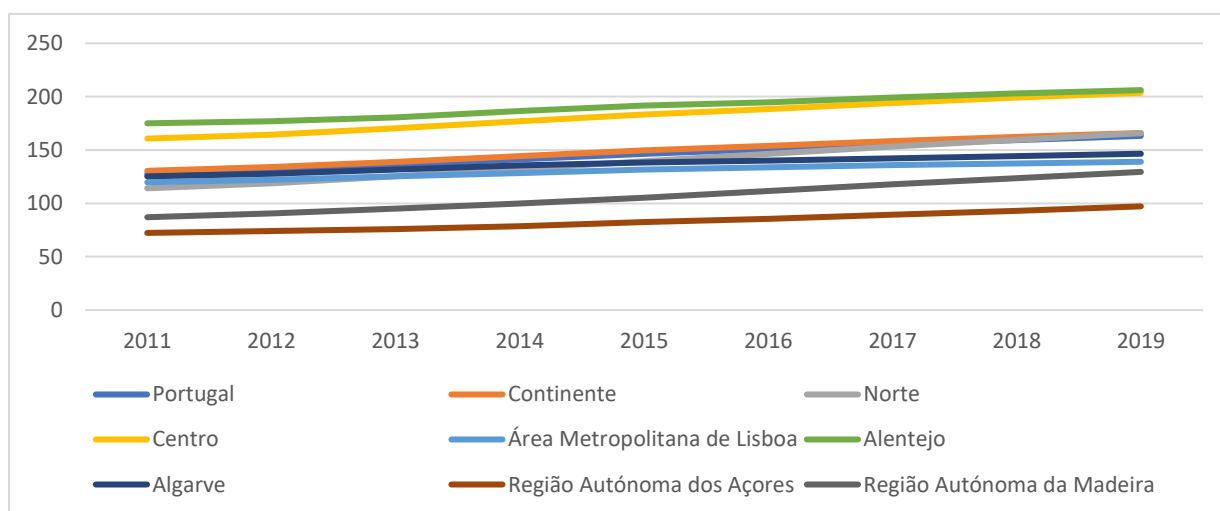


Figura 1
Índice de envelhecimento (N.º) por local de residência
Fonte: (INE, 2020a)

Se analisarmos a evolução da população idosa, por grupo etário nos últimos 17 anos (ver Figura 2), constatamos um considerável aumento percentual em todos os grupos e em ambos os sexos, exceto no grupo etário dos 70-74 nos homens e 80-84 nas mulheres. Demonstra-se assim um aumento real do número de pessoas idosas, com particular expressão em alguns grupos etários, nomeadamente naqueles acima dos 75 anos.

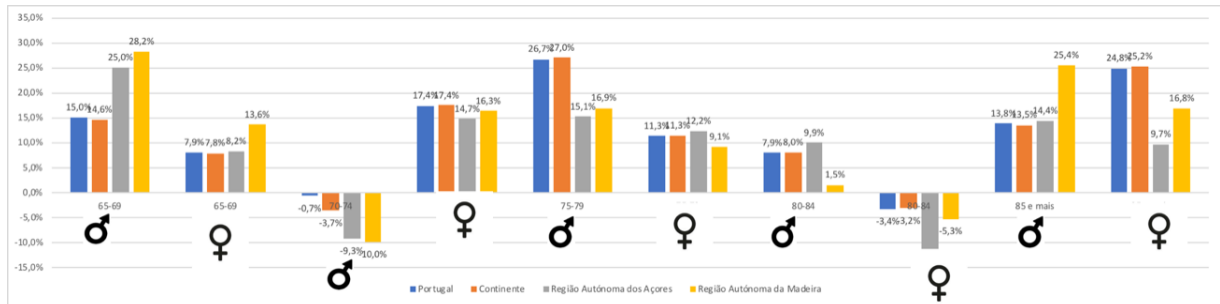


Figura 2
Evolução da População Idosa por Grupo Etário entre 2001 e 2017
Fonte: (INE, 2018)

Estes serão, provavelmente, dos mais importantes indicadores do nível de desenvolvimento de Portugal, porque só países desenvolvidos são demograficamente envelhecidos. Todavia, e para que possamos dizer que o atual nível de desenvolvimento é de qualidade, precisamos de considerar mais alguns indicadores.

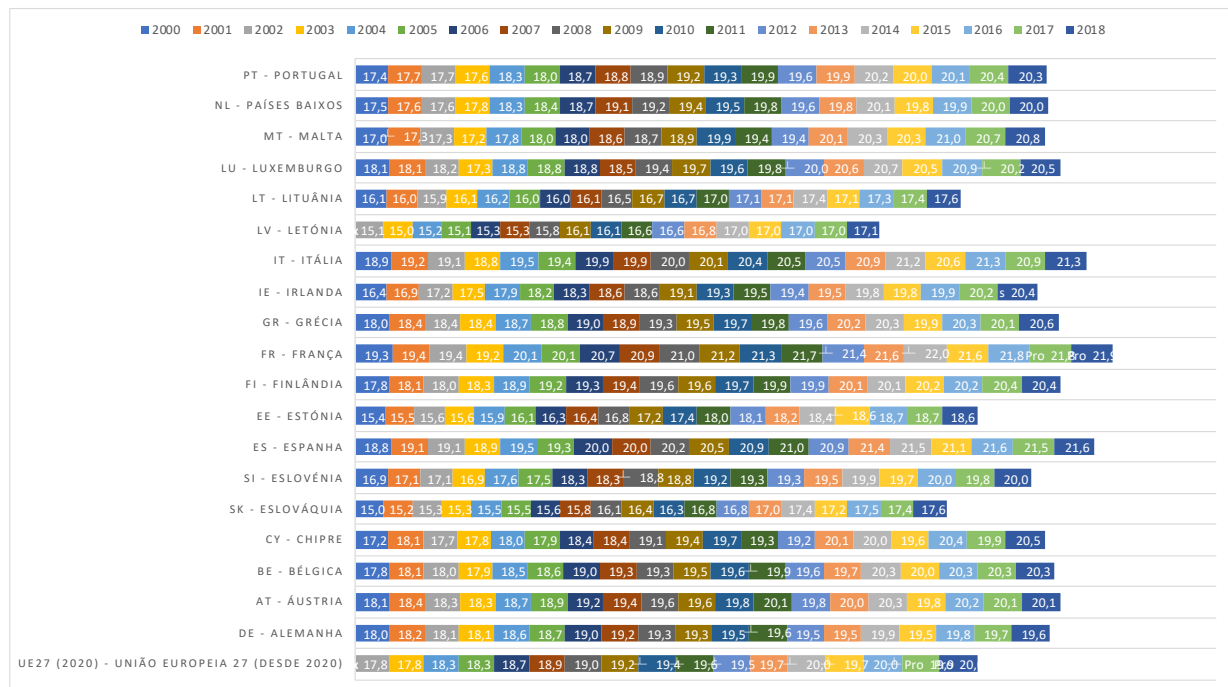


Figura 3
Esperança de Vida aos 65 Anos (Total) Fonte: PORDATA. Última atualização: 2020-08-17
Data de consulta: 2020-08-23

O primeiro é o relativo à esperança de vida aos 65 anos, que é de 20,3 anos (18,2 anos para os homens e 22 anos para as mulheres). Também neste caso, Portugal está acima da média da União Europeia (UE) (20 anos) e compara-se bem com os países que têm melhores indicadores (ver Figura 3).

O segundo é a esperança de vida com saúde aos 65 anos (ver Figura 4). Neste caso, Portugal está abaixo da média da UE (9,9 anos) e muito distante dos melhores países (Suécia, Islândia e Noruega). Na Suécia, a esperança de vida com saúde aos 65 anos é de 15,7 anos, enquanto que em Portugal é de 7,3 anos (Eurostat, 2020).

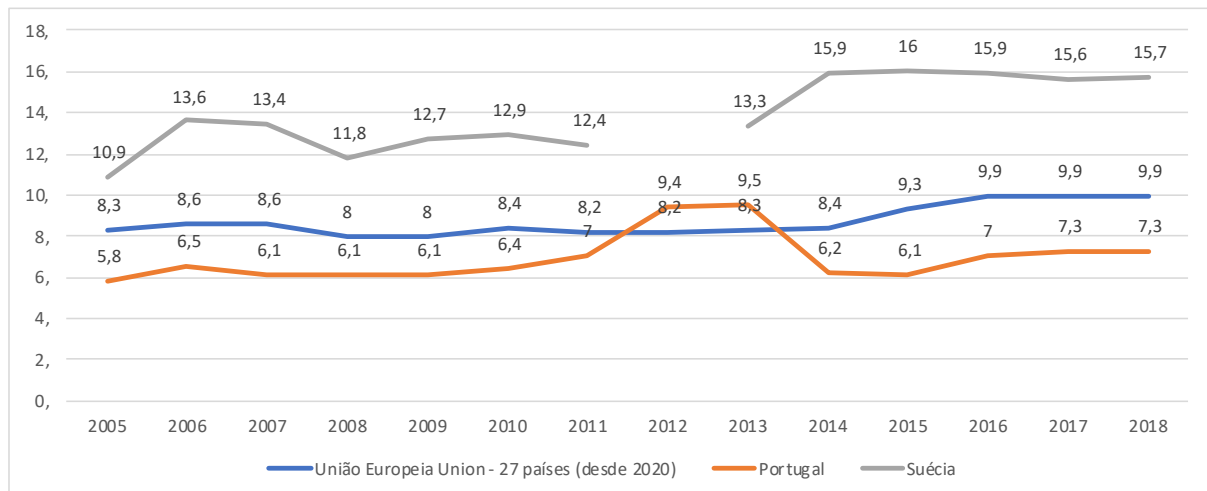


Figura 4

Anos de vida saudável aos 65 anos: por sexo

Fonte: EUROSTAT. Última atualização: 15/05/2020. Data de consulta: 23-08-2020

Portanto, podemos concluir que os portugueses vivem, aproximadamente, os mesmos anos que os habitantes de alguns dos países de referência, porém, com muito menos saúde e, conseqüentemente, com muito menor qualidade de vida. Isto mesmo é afirmado pela Direção-Geral da Saúde (DGS), que refere que, embora os portugueses vivam mais, o número de anos vividos em plena saúde não aumentou na mesma proporção. Assim, apesar do nível de desenvolvimento alcançado, estamos longe de ter um desenvolvimento com qualidade.

Uma das causas subjacentes ao reduzido número de anos de vida saudável é a elevada prevalência de doenças crónicas sob a forma de multimorbilidade. De acordo com diversos autores (García-Olmos et al., 2012; Prados-Torres et al., 2012; Prazeres & Santiago, 2015; Schäfer et al., 2010; Violan et al., 2014), podemos concluir que existe na população idosa (65 anos e mais) de diversos países um padrão semelhante de doenças crónicas. Nesta população, o fenómeno da doença crónica ocorre não através da manifestação de uma determinada doença, mas antes pela coocorrência de diversas — multimorbilidade. Esta condição é caracterizada pela coexistência de várias doenças, mas sem nenhuma delas ter precedência sobre as demais (Lefèvre et al., 2014). Nesta perspetiva, a preocupação central é com o doente e exige uma visão global das múltiplas situações de doença que o afetam e das suas

sobreposições (Hoque et al., 2013). Num estudo desenvolvido com os objetivos de determinar a prevalência da multimorbilidade na população adulta que utiliza os Cuidados de Saúde Primários em Portugal (CSP), identificar fatores sociodemográficos associados e revelar combinações de problemas crónicos de saúde constatou-se que quase 9 em cada 10 participantes (87,0 %) tiveram pelo menos um problema crónico de saúde — contabilizando-se uma média geral de 3,4 problemas crónicos de saúde (3,6 nos homens e 3,3 nas mulheres) (Prazeres & Santiago, 2015). A multimorbilidade, medida como contagem de 2 ou mais problemas crónicos de saúde, estava presente em 72,7 % da amostra. Consistentemente, quando foi usado um *cut-off* de 3 ou mais, uma percentagem expressiva de multimorbilidade (57,2 %) manteve-se presente. Observou-se ainda uma relação significativa ($p < 0,05$) entre cada uma das seguintes características demográficas e a multimorbilidade:

- ser homem,
- ser velho,
- residir em áreas rurais,
- tornar-se viúva ou viúvo,
- viver sozinho,
- ter baixo nível de educação,
- estar aposentado ou reformado e
- receber um rendimento mensal insuficiente.

Os estudos atrás referidos permitem-nos ainda perceber quais os *clusters* da multimorbilidade mais prevalentes na população idosa. Assim, e relativamente à população portuguesa, percebe-se que a multimorbilidade é uma realidade que se acentua com o evoluir da idade, sendo que podemos agrupá-la em 3 *clusters* principais:

cardiometabólico — que reflete três das principais características da síndrome metabólica: diabetes, obesidade e hipertensão arterial;

ansiedade-depressão — que favorece o diagnóstico de uma síndrome combinada, ansiedade e perturbação depressiva, muito comum nos CSP e vista muito frequentemente nesta configuração;

dor relacionada ou a síndrome das costas com dor radiante — foi encontrada associada a outros problemas de saúde crónicos que podem causar ou contribuir para o seu aparecimento (por exemplo: a osteoartrose; e a osteoporose, que leva a fraturas dolorosas das vértebras) (Prazeres & Santiago, 2015).

Estes *clusters* são sobreponíveis aos encontrados em diversos outros estudos de outros países (Mino-León et al., 2017; Sinnige et al., 2013). O que difere relativamente à população idosa em Portugal é a carga de doença, a qual é consideravelmente superior.

A DGS acrescenta que, como os portugueses vivem vidas mais longas, sofrem cada vez mais com condições incapacitantes. Assim, a dor lombar e cervical foi a causa mais comum de incapacidade, mas para esta também contribuem a osteoartrite, doença de Alzheimer e diabetes (DGS. IHME, 2018). Desta confluência de fatores resulta um retrato da população idosa, feito no último Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico, do qual destacamos

os seguintes elementos (INE, 2016):

“Cerca de 458 mil dos 2,1 milhões de pessoas com 65 ou mais anos referiram ter pelo menos uma dificuldade na realização dos cuidados pessoais;

343 mil idosas/os tinham dificuldade em tomar banho ou duche sem ajuda (16,3 %), 305 mil tinham dificuldade em deitar-se e levantar-se da cama ou em sentar-se e levantar-se de uma cadeira sem ajuda (14,5 %), 289 mil tinham dificuldade em vestir-se ou despir-se sem ajuda (13,7 %) e 154 mil (7,3 %) tinham dificuldade em utilizar a retrete sem ajuda;

Cerca de 79 mil idosas/os referiram ter dificuldade em lavar as mãos e a cara sem ajuda (3,8 %) e 65 mil não conseguiam alimentar-se sozinhas/os (3,1 %);

Cerca de 1 milhão de pessoas com 65 ou mais anos referiu ter pelo menos uma dificuldade na realização de atividades domésticas sem ajuda;

261 mil idosas/os tinham dificuldade em preparar refeições sem ajuda (12,4 %), 238 mil tinham dificuldade em gerir o dinheiro e tarefas administrativas sem ajuda (11,3 %), 214 mil tinham dificuldade em preparar e tomar a medicação a horas sem ajuda (10,2 %) e 174 mil (8,3 %) tinham dificuldade em usar o telefone sem ajuda;

490 mil idosas/os referiram dificuldades para ir às compras sem ajuda (23,3 %), 414 mil idosas/os afirmaram ter dificuldade em realizar tarefas domésticas ligeiras (19,7 %) e 910 mil idosas/os mencionaram dificuldades na realização de tarefas domésticas pesadas ocasionais (43,2 %)”; (INE, 2016 pp. 5-6)

Tendo em consideração estes dados, e uma vez que dos mesmos não se consegue inferir o nível de dependência, tomemos como referência os seguintes: *“343 mil idosas/os tinham dificuldade em tomar banho ou duche sem ajuda (16,3 %), 305 mil tinham dificuldade em deitar-se e levantar-se da cama ou em sentar-se e levantar-se de uma cadeira sem ajuda (14,5 %), 289 mil tinham dificuldade em vestir-se ou despir-se sem ajuda (13,7 %) e 154 mil (7,3 %) tinham dificuldade em utilizar a retrete sem ajuda”* (INE, 2016). Daqui se pode depreender que existirão cerca de 300 000 pessoas com um nível de dependência entre elevado e total. Assim sendo, perguntar-se-á: onde estão estas pessoas?

Presumindo que a maioria destas pessoas são idosas, tentámos perceber que respostas existem para as mesmas. Assim de acordo com a Carta Social e contabilizando os diversos tipos de apoios (i.e., Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, Centros de Dia e Serviços de Apoio Domiciliário), existiriam cerca de 274 000 lugares (GEP/MTSSS, 2019). Também na presunção de que a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é predominantemente utilizada por pessoas idosas (cerca de 85 %), devemos também contabilizar estas respostas (14 430 lugares distribuídos entre internamento, ambulatório e apoio domiciliário) como sendo de apoio à dependência (ACSS, 2018). Concluímos assim que, no total, dispomos de 288 430 lugares, para cerca de 300 000 pessoas com dependência. Ou seja, existem, pelo menos, 11 570 pessoas sem qualquer tipo de resposta.

Curiosamente, foram desenvolvidas diversas teses de doutoramento nos concelhos de Lisboa, Porto, Matosinhos, Maia e Paços de Ferreira com o objetivo de responder à seguinte questão: quantas famílias existem com dependentes a cargo e qual o nível de dependência

dessas pessoas? Foi considerada como população para estes estudos o conjunto de todas as famílias clássicas dos referidos concelhos. As amostras foram significativas e a seleção das unidades familiares foi aleatória e estratificada às freguesias. Foram realizadas 33 300 tentativas de contacto “porta-a-porta”; obtiveram-se respostas de 9 873 representantes dos agregados familiares. Destes, 953 integravam, pelo menos, uma pessoa dependente no autocuidado (Campos, 2015; Costa, 2013; Gonçalves, 2013; Regadas, 2015; Rocha, 2015).

Das principais conclusões destacamos: 9,7 % das famílias integravam um dependente no autocuidado. Admitindo que as tentativas de inquérito não conseguidas (“campanhas não atendidas”) representam famílias que não integram pessoas dependentes no autocuidado, conclui-se que, nestes concelhos, 2,9 % das famílias integram um familiar dependente no autocuidado. Das pessoas dependentes no autocuidado, 322 eram “acamados” o que corresponde a 43,4 % dos dependentes identificados. Da avaliação do estado de saúde feito a estas pessoas constata-se que:

- 68 % apresentava sinais de rigidez articular,
- 26 % sinais aparentes de desidratação,
- 22 % sinais de alteração do estado mental,
- 21 % teve pelo menos um episódio de queda no último mês,
- 21 % apresentava condição de higiene e asseio deficientes,
- 19 % compromisso da integridade da pele (mormente úlceras de pressão),
- 14 % condição deficiente do vestuário (mormente vestuário inapropriado às condições climatéricas),
- 10 % compromisso respiratório.

Conclui-se então que, nos 480 798 agregados familiares que, segundo o Censos 2011, existem nestes concelhos, haverá 5 971 pessoas dependentes “acamadas”. Estima-se assim, que nos 3 869 188 agregados familiares existentes em Portugal (INE, 2012a), haverá 110 355 pessoas dependentes no autocuidado nos domicílios, sendo que destas, 48 454 serão pessoas dependentes “acamadas” (Campos, 2015; Costa, 2013; Gonçalves, 2013; Regadas, 2015; Rocha, 2015).

Sabendo que: os Serviços de Apoio Domiciliário apenas prestam serviços de fornecimento de alimentação, higiene da habitação, higiene da roupa e, ocasionalmente, apoio na higiene pessoal; e que apenas os cuidados domiciliários fornecidos pela RNCCI, através das ECCI, prestam cuidados de saúde, que chegam somente a 5 752 pessoas (ACSS, 2018) — quem presta cuidados às restantes pessoas nas demais atividades de vida?

Apesar dos dados apresentados, convém clarificar que a faixa etária das pessoas com 65 anos e mais é muito heterogénea. Tal é evidente nos resultados de diversos estudos (Lopes, Escoval, et al., 2012; Prados-Torres et al., 2012; Prazeres & Santiago, 2015; Souza Freitas et al., 2012), através dos quais se constata que o declínio da funcionalidade, bem como a prevalência de doenças crónicas, é particularmente evidente a partir dos 80 anos.

Por outro lado, a velhice, tal como qualquer outra fase da vida, vive-se em contexto. A funcionalidade de cada pessoa depende também do contexto em que está inserida. De acordo com a

Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO.int, 2015), a funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, traumas, etc.) e os fatores contextuais, os quais englobam fatores pessoais e ambientais.

De entre os múltiplos contextos destacamos: o sociofamiliar e comunitário, o socioeconómico e o ambiental (integrando-se neste último as condições habitacionais e urbanísticas).

1.2. CONTEXTO SOCIOFAMILIAR, COMUNITÁRIO E SOCIOECONÓMICO

Este contexto é fundamental sob todos os pontos de vista. Destacamos apenas dois. A dimensão afetivo-relacional e, interrelacionada com esta, a dimensão da funcionalidade. Começa a desenhar-se algum consenso sobre a importância das relações de proximidade como fator preditivo de um envelhecimento bem-sucedido. Assim, e como conclusão de um dos mais longos estudos longitudinais — o *Harvard Study of Adult Development* — refere-se que uma das descobertas mais surpreendentes é que: os nossos relacionamentos (e como estamos felizes com eles), têm uma influência poderosa na nossa saúde. Os investigadores também descobriram que a satisfação conjugal tem um efeito protetor na saúde mental das pessoas (Waldinger & Schulz, 2010). Numa outra publicação, resultante do mesmo estudo e com o objetivo de compreender a segurança do apego aos cônjuges na vida tardia, revelou-se (através da análise fatorial) um único fator para a segurança do apego. Maior segurança foi associada simultaneamente à maior satisfação conjugal, menos sintomas depressivos, melhor humor e conflitos conjugais menos frequentes. Maior segurança é preditiva de níveis mais baixos de afeto negativo, menos depressão e maior satisfação com a vida 2,5 anos depois. Para as mulheres, maior segurança é preditiva de melhor memória 2,5 anos depois, e atenua a ligação entre a frequência de conflitos conjugais e os défices de memória. No final da vida, os modelos mentais de apego aos parceiros estão ligados ao bem-estar, ao mesmo tempo e ao longo do tempo (Waldinger et al., 2015).

Como conclusão de um outro estudo realizado numa comunidade italiana, "zona azul" de Ogliastra, conhecida pela longevidade de seus habitantes, percebeu-se que, a satisfação com os laços sociais com amigos e familiares, juntamente com um estilo de vida ativo e socialmente orientado, parece contribuir para a promoção da saúde mental na vida adulta (Hitchcott et al., 2017).

Num estudo realizado com base na perspetiva dos próprios idosos acerca dos fatores que contribuem para um envelhecimento bem sucedido, é destacada a necessidade de considerar o valor de modelos mais abrangentes que incluam relacionamentos sociais e participação proactiva e comprometida (Lee et al., 2017).

Perante o exposto, e para que melhor se compreenda a situação relativa aos idosos em Portugal, interessa considerar as profundas alterações das estruturas familiares (decorrentes de diversos fatores, de entre os quais destacamos a diminuição da extensão das famílias). De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) (INE, 2013) “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)” (p.1).

Verifica-se ainda que os concelhos onde as famílias são mais reduzidas são, em grande parte, coincidentes com os concelhos mais envelhecidos do país. Por outro lado, constata-se também que tem aumentado o número de famílias constituídas por uma ou duas pessoas, atingindo valores respetivamente de 21,4 % e 31,6 %. Esses valores são mais acentuados em determinadas regiões do país, mais uma vez, coincidentes em grande parte com as mais envelhecidas.

O fator anterior deve ser conjugado com a maior mobilidade geográfica que, em Portugal, assume uma expressão particular com os fenómenos migratórios e a litoralização e gentrificação¹.

Relativamente aos fenómenos migratórios, e de acordo com o Observatório das Migrações (Gomes et al., 2017), Portugal contrasta com a maioria dos países europeus por assumir um saldo migratório negativo desde 2011 (ainda que em recuperação desde 2013). A mudança no sentido dos saldos migratórios dos últimos anos foi consequência da crise económica e financeira que afetou o país. Esta crise induziu um efeito conjugado do abrandamento dos fluxos de entrada no país e do incremento dos fluxos de saída. Atingiu-se o pico da quebra de entradas em 2012 (com apenas 14 606 entradas de imigrantes permanentes) e o pico das saídas do país em 2013 (com 53 786 saídas de emigrantes permanentes). A partir de 2014 observaram-se melhorias relativamente ao início da década. Em 2016 (mantendo a tendência conjugada de melhoria observada), verificou-se um aumento nas entradas e uma diminuição nas saídas de pessoas de Portugal, gerando-se ainda assim, um saldo migratório negativo (-8 348), uma vez que os valores da emigração se mantiveram superiores aos da imigração. O saldo migratório de 2016 é, no entanto, menos negativo do que o apurado em 2015 (-10 481), assumindo-se 2012 como o ano em que desde o início do século, o país atingiu o valor mais negativo no saldo migratório (-37 352). Deve, por último, acrescentar-se que, por norma, as pessoas envolvidas nestes movimentos migratórios são as mais jovens e, recentemente, as detentoras de maiores habilitações académicas (Gomes et al., 2017).

Os movimentos migratórios internos são de mais difícil avaliação, todavia, é reconhecida a manifesta litoralização do país e a progressiva desertificação do interior (Cristina et al., 2017). Também nestes movimentos migratórios internos se percebe uma maior preponderância de pessoas mais jovens e em fase de vida ativa.

¹Processo de valorização imobiliária de uma zona urbana, geralmente acompanhada da deslocação dos residentes com menor poder económico para outro local e da entrada de residentes com maior poder económico (in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <https://www.priberam.pt/dlpo/gentrifica%C3%A7%C3%A3o> [consultado em 08-07-2018]).

Também os centros urbanos de maior dimensão (i. e., Lisboa e Porto) estão sujeitos a fenómenos que precisam de ser considerados quando equacionamos a questão do envelhecimento. Destacamos neste caso a gentrificação, a qual, numa primeira fase, resultou da terciarização destes centros urbanos e, no presente momento, resulta essencialmente dos efeitos da massificação do turismo.

Conjugados os efeitos dos movimentos migratórios, constatamos que estes contribuem para uma diminuição do peso relativo dos mais jovens relativamente aos mais idosos, principalmente no interior. Todavia, não devemos ignorar uma outra dimensão do problema: deste modo, ficar comprometida a possibilidade de os descendentes poderem constituir-se como potenciais cuidadores dos seus progenitores.

Nesta análise deve ainda ser considerada a maior atual participação das mulheres no mercado de trabalho¹. Constata-se que esta taxa, em Portugal, de acordo com o Banco Mundial (The World Bank, 2018), é de 53,3 % — superior à média europeia (51 %) e à dos países do sul da Europa. Esta maior participação da mulher no mercado de trabalho acaba por ser penalizadora na medida em que as mulheres continuam a ter a seu cargo a maior parte do trabalho doméstico e de prestação de cuidados a crianças e a pessoas adultas dependentes, gastando diariamente mais 1 hora e 40 minutos nestas tarefas do que os homens (CITE, 2018).

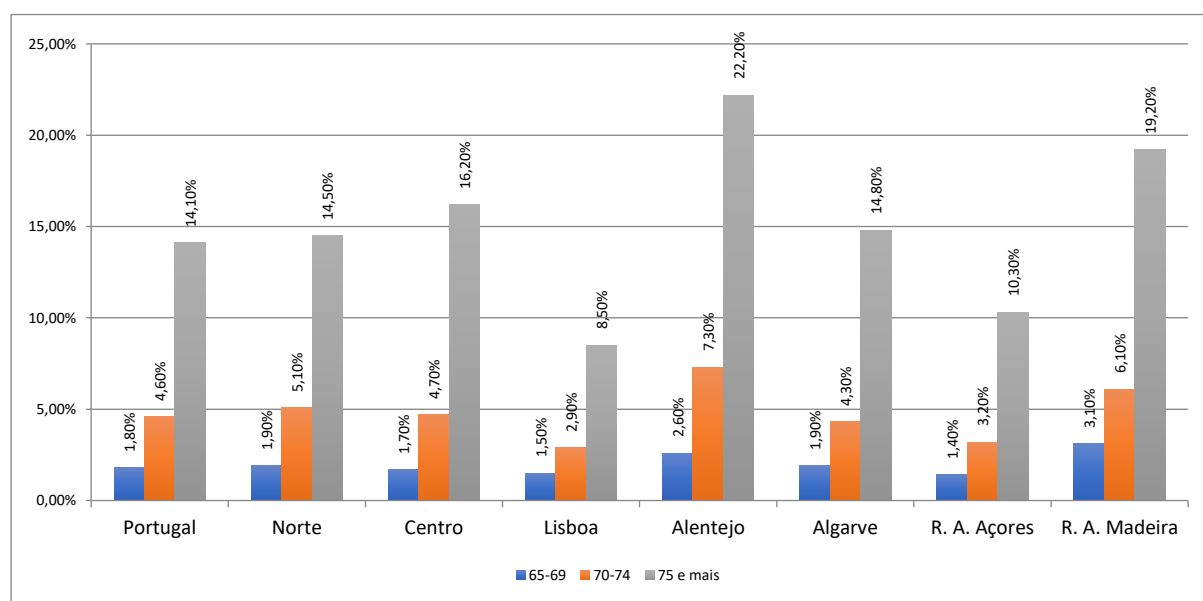


Figura 5
 Percentagem de Idosos que Declararam “Nenhum Nível de Escolaridade”, por Região e Escalão Etário
 Fonte: (INE, 2016)

¹ A taxa de participação da força de trabalho é a proporção da população de 15 anos ou mais que é economicamente ativa: todas as pessoas que fornecem mão de obra para a produção de bens e serviços durante um período específico.

Outra variável importante para compreender o modo como se envelhece é o nível de literacia (Dewalt et al., 2004). Considerando a história do país no que concerne às políticas de educação, uma percentagem expressiva destes idosos é analfabeta. De acordo com os dados do último Censos (2011), constata-se que a percentagem de idosos que declara “nenhum nível de escolaridade” é crescente à medida que a idade avança (ver Figura 5). Verifica-se ainda que esses valores são mais elevados no Alentejo e na Região Autónoma da Madeira, atingem valores mínimos na região de Lisboa.

Todavia, a problemática do analfabetismo é mais grave do que isso. Em estudo desenvolvido junto de uma amostra probabilística de idosos do Alentejo (Lopes, Escoval, et al., 2012), cerca de 30,7 % declarou não saber ler nem escrever, sendo que esta percentagem recai predominantemente sobre mulheres (21,5 %) e sobre os grupos etários 75-84 anos e 85 e mais. Esta percentagem é, todavia, superior se testarmos as efetivas capacidades de leitura e escrita.

O CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

A generalidade das análises económicas atribui ao processo do envelhecimento demográfico um efeito catastrófico sobre o crescimento económico dos países, fruto da conjugação: do aumento da taxa de dependência total; consequente peso das reformas; diminuição da força jovem de trabalho; e aumento dos gastos em saúde, nomeadamente dos gastos em cuidados de longa duração. Este discurso foi particularmente incisivo durante os mais recentes anos de crise económico-financeira.

De acordo com as projeções da Comissão Europeia (CE), no cenário de referência, o custo total do envelhecimento foi de 25 % do Produto Interno Bruto (PIB) em 2016, e prevê-se um aumento de 1,7 % pp até 2070 na UE. Na zona euro, prevê-se que aumente de 26 % do PIB (em 2016) para 27,7 %, no cenário de base até 2070 (EC - Directorate-General for Economic and Financial Affairs, 2018).

Outros autores afirmam que, de acordo com o que os cálculos sugerem, os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) provavelmente verão declínios modestos — mas não catastróficos — na taxa de crescimento económico. No entanto, respostas comportamentais (incluindo maior participação da força de trabalho feminina) e reformas de políticas (incluindo um aumento na idade legal de reforma) podem mitigar as consequências económicas de uma população envelhecida (Bloom et al., 2010).

No que concerne aos gastos em saúde, o envelhecimento explica apenas uma pequena parte do crescimento constante. De acordo com alguns autores os principais impulsionadores do aumento são:

- envelhecimento e transição demográfica;
- crescimento económico e rendimentos mais altos;
- novas tecnologias e incremento do conhecimento em saúde, com melhor compreensão dos processos e novas oportunidades para intervenções eficazes;
- organização e financiamento de sistemas de saúde;

e consequente aumento das expectativas da população (Busse et al., 2012; Figueras, J.; McKee, 2012).

Adicionalmente, diversos estudos revelam uma intensificação do recurso a cuidados hospitalares por idosos no último ano de vida, embora diminua com o aumento da idade (Ní Chróinín et al., 2018). Ou seja, aparentemente os gastos intensificam-se no último ano de vida, independentemente do momento em que o mesmo ocorra.

Em contrapartida, parece existir uma clara associação entre o envelhecimento com doença crónica e com dependência e os gastos em saúde (Hazra et al., 2018). Ora, posto que não tem havido decréscimo do peso relativo das pessoas com multimorbilidade e dependência (Kingston et al., 2017, 2018), é necessário que repensem as respostas numa perspetiva preventiva, mas também numa perspetiva de cuidados de longa duração (Atella et al., 2019; Maresova et al., 2019), área onde, aliás, se prevê um incremento dos gastos.

Os dados sugerem assim, por um lado, a necessidade de novos modelos de análise das repercussões económicas do envelhecimento, e, por outro, a necessidade de repensar o modelo económico de desenvolvimento e os sistemas de segurança social e de saúde.

Todavia, e sobre o contexto socioeconómico, entendemos que são ainda de realçar os indicadores relativos ao risco de pobreza entre os idosos, pela importância que tais variáveis têm enquanto determinantes de saúde.

De facto, faz tempo que a OMS (Benach et al., 2010) definiu um quadro concetual que enfatiza a importância dos determinantes sociais na saúde das pessoas. Tal conceção exige que a saúde esteja, de uma forma ou de outra, presente em todas as políticas. Apesar disso, nem sempre esse quadro concetual é tido em consideração, continuando a encarar-se a saúde como um gasto e não como um investimento.

A evidência empírica sobre a relação entre os níveis de pobreza e a saúde dos idosos é considerável. Em trabalho levado a cabo no Canadá sobre o impacto da pobreza na saúde das pessoas (Phipps, 2003), conclui-se, entre muitas outras coisas, que, ao nível individual/micro, existe uma relação muito clara e muito robusta entre o rendimento e a saúde individual. Ou seja, a pobreza leva a um estado de saúde mais frágil.

Num estudo com o objetivo de explicar o impacto da pobreza no aumento da fragilidade dos idosos da Europa, conclui-se que, no total, 61,8 % do efeito do risco de pobreza no nível de fragilidade é explicado por efeitos diretos e indiretos. Os resultados enfatizam o papel de fatores materiais e particularmente psicossociais, como o controlo percebido¹ e o isolamento social, enquanto o papel do comportamento de saúde era insignificante (Stolz et al., 2017).

Por sua vez, no México estudaram-se os efeitos da suplementação de rendimento na saúde dos idosos pobres, e concluiu-se que existem benefícios significativos para a saúde associados ao rendimento adicional. Em relação ao *locus* de controlo, houve uma melhoria esta-

¹ Crença de uma pessoa sobre a quantidade de controle disponível numa situação (Skinner, 1996)

tisticamente significativa na função pulmonar e na memória. Essas melhorias são equivalentes a uma redução na idade de 5 a 10 anos. Os residentes usavam o seu rendimento extra para ir ao médico, comprar seus medicamentos e aliviar a fome (Aguila et al., 2015).

Num outro estudo desenvolvido em Taiwan, com o objetivo de comparar a utilização de cuidados de saúde entre a população de baixo rendimento e a população geral de idosos, concluiu-se que os idosos de baixo rendimento tiveram maior utilização de serviços de saúde do que a população geral de idosos. Os primeiros utilizaram mais os serviços de reabilitação, os serviços de urgência e foram mais vezes internados (Lin & Hsiao, 2016).

Perante isto, interessa perceber qual é o risco de pobreza da população idosa em Portugal.

Anos	Taxa de risco de pobreza					
	Antes de qualquer transferência social		Após transferências relativas a pensões		Após transferências sociais	
	Zona Euro (19 Países)	Portugal	Zona Euro (19 Países)	Portugal	Zona Euro (19 Países)	Portugal
1995	x	37,0	x	27,0	x	23,0
1996	x	37,0	x	27,0	x	21,0
1997	x	37,0	x	27,0	x	22,0
1998	x	38,0	x	27,0	x	21,0
1999	x	39,0	x	27,0	x	21,0
2000	x	38,0	x	27,0	x	21,0
2001	x	37,0	x	24,0	x	20,0
2002	x	x	x	26,0	x	20,0
2003	x	x	x	x	x	x
2004	x	⊥ 41,3	x	⊥ 26,5	x	⊥ 20,4
2005	42,1	40,8	24,4	25,7	15,5	19,4
2006	42,7	40,2	24,8	25,1	15,6	18,5

Anos	Taxa de risco de pobreza					
	Antes de qualquer transferência social		Após transferências relativas a pensões		Após transferências sociais	
	Zona Euro (19 Países)	Portugal	Zona Euro (19 Países)	Portugal	Zona Euro (19 Países)	Portugal
2007	42,1	40,0	24,6	24,2	16,1	18,1
2008	41,5	41,5	24,2	24,9	16,1	18,5
2009	41,9	41,5	24,4	24,3	16,2	17,9
2010	43,2	43,4	25,2	26,4	16,3	17,9
2011	43,9	42,5	25,7	25,4	16,8	18,0
2012	43,7	45,4	25,2	25,3	16,9	17,9
2013	44,3	46,9	25,5	25,5	16,7	18,7
2014	44,8	47,8	25,8	26,7	17,1	19,5
2015	44,8	47,5	25,7	26,4	17,2	19,5
2016	44,8	46,1	25,7	25,0	17,4	19,0
2017	43,9	45,2	25,0	23,6	17,0	18,3
2018	43,7	43,7	24,9	22,7	17,0	17,3
2019	x	43,4	x	22,7	x	17,2

Tabela 1
Evolução da taxa de risco de pobreza antes e após as transferências sociais
Fonte: (PORDATA, 2020)

Tal como se pode verificar pela análise da análise da Tabela 1, a taxa de risco de pobreza dos idosos em Portugal, antes de qualquer transferência social, atinge uma elevada percentagem de pessoas, fixando-se em 43,4%. Fica ainda claro que estes valores tiveram um agravamento durante os recentes anos de crise, estando agora, de novo, em recuperação.

Por último, devem destacar-se dois factos muito relevantes:

A taxa de risco de pobreza baixa 20,7 pp com a transferência de pensões, fixando-se nos 22,7 % em 2019 (ver Tabela 1);

Baixa ainda mais após a inclusão de todas as transferências sociais fixando-se nos 17,2 % (ver Tabela 1).

À luz destes dados, fica clara a importância das transferências sociais para a diminuição da taxa de risco de pobreza dos idosos. Mas fica também evidente que, eliminando esse fator, restam ainda 17,2 % de idosos em risco de pobreza, ou seja, cerca de 400 000 pessoas. Sabendo nós que a pobreza se constitui como um forte determinante da saúde, diríamos que estamos perante um considerável grupo de pessoas com risco acrescido.

1.3 CONTEXTO AMBIENTAL

Todos os contextos anteriormente referidos se inter-relacionam e são determinantes para o desafio do envelhecimento em contexto, todavia, a conjugação dos sociofamiliares com os relativos às condições ambientais adquirem particular importância.

Assim, é fundamental considerar que, em Portugal, cerca de 400 000 idosos vivem sós e 804 000 em companhia exclusiva de pessoas também idosas. Este número tem vindo a aumentar, constatando-se um incremento de 28 % entre 2001 e 2011 (INE, 2012c).

Sabendo com quem os idosos vivem preferencialmente, interessa equacionar onde vivem. De acordo com um estudo publicado em 2010, a maioria das pessoas com 65 e mais anos mora preferencialmente na sua casa (96,61 %) ou em casa de familiares (Daré, 2010). O INE refere que em Portugal, há 79 7851 alojamentos familiares habitados exclusivamente por pessoas idosas, representando cerca de 20 % do total de alojamentos ocupados, o que revela um acréscimo de 28,3 % nos últimos dez anos (2001-2011). Por sua vez, o número de alojamentos familiares habitados por duas ou mais pessoas de 65 ou mais anos é de 396 887 o que representa igualmente 10 % do total e um aumento de cerca de 28 % ao longo da última década (INE, 2012c).

Por último, é necessário equacionar como vivem, integrando aqui as dimensões que têm que ver com a habitação propriamente dita, mas também as relativas ao contexto habitacional.

De acordo com diversos autores (DGS, 2008; Howden-Chapman, 2004; Howden-Chapman et al., 1999; Lawler, 2001), a habitação e respetivos componentes (nomeadamente: a estrutura, localização, condições internas, como humidade e frio e posse de propriedade) são fatores determinantes para a saúde, independência e manutenção das pessoas idosas no seu meio. Por sua vez, de acordo com um estudo nacional desenvolvido com o apoio da Fundação Aga Khan (CEDRU/BCG, 2008), verificou-se que as pessoas idosas têm, na sua maioria, casa própria (63,8 %), de tipologia apartamento (58,9 %), sendo o respetivo estado de

conservação considerado bom (40,3 %). Todavia, 17,4 % da população idosa vive em habitações a necessitar de pequenas intervenções de recuperação ou reconstrução e 4,8 % reside em edifícios degradados.

Num outro estudo desenvolvido com base no “Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas” (OMS, 2009), constata-se que apenas 9,21 % dos idosos referem que o seu preço é acessível e 7,73 % dizem que existem casas adaptadas em número suficiente. São ainda identificadas insuficiências ao nível da adaptação das casas às pessoas com dificuldades de acessibilidade, à existência de serviços de manutenção a casas, à existência de materiais de adaptação do lar a preços acessíveis e à compreensão por parte de quem vende estes produtos das necessidades das pessoas mais velhas (Pinto & Lopes, 2012).

Os resultados do Censos 2011 permitem-nos também algumas leituras relativamente às casas onde os idosos vivem. De facto, também neste caso se constata que a distribuição geográfica da idade dos edifícios é largamente sobreponível com a distribuição do Índice de Envelhecimento populacional. Ou seja, aparentemente os idosos vivem sozinhos ou com outra pessoa, em comunidades constituídas essencialmente por pessoas da mesma idade e em edifícios envelhecidos (INE, 2012b).

Deste conjunto de dados podemos depreender que a inadequação da habitação à pessoa idosa terá repercussões negativas a múltiplos níveis, de entre os quais destacamos:

- 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.

Por sua vez, e relativamente ao contexto mais alargado onde os idosos vivem e de novo com recurso aos resultados do inquérito feito com base no “Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas”, constata-se que os idosos assinalam também diversas limitações no que concerne à adequabilidade dos prédios públicos e espaços abertos, de entre as quais destacamos:

- Casas de banho públicas em número insuficiente, pouco limpas e de difícil acesso;

- Semáforos sem sinais sonoros;

- Insuficientes passeios e passadeiras com piso antiderrapante;

Frequentemente as pessoas mais velhas não têm prioridade no atendimento;

Edifícios públicos com poucas rampas e sem piso antiderrapante (Pinto & Lopes, 2012).

Também relativamente aos transportes se encontram dificuldades diversas, que têm a ver com: segurança (e. g., os motoristas dos transportes públicos esperam ou não que os idosos se sentem antes de arrancarem); oferta de um serviço adequado às necessidades e às possibilidades dos mais idosos (e. g., se há ou não transportes públicos frequentes à noite, nos fins-de-semana e nos feriados e adequados às dificuldades); ou regras de civilidade (e. g., se os lugares especiais para idosos ou pessoas com dificuldades especiais são ou não respeitados) (Pinto & Lopes, 2012). Esta problemática é agravada nos meios rurais, sendo que em algumas zonas não existem sequer transportes públicos, dificultando, entre outros, o acesso à saúde. É de realçar que estes meios rurais são, frequentemente, habitados, na sua maioria, por idosos.

1.4. RESPOSTAS DOS CUIDADOS DE SAÚDE

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi criado em 1979, garantindo “acesso [...] a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social” (Lei 56/79, 1979). Determinava-se ainda que o SNS envolveria “todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social”.

Esta lei define toda a estrutura do SNS, nomeadamente, os níveis de cuidados (diferenciados e cuidados de saúde primários), a estrutura regionalizada, a participação da comunidade e dos trabalhadores nos processos de gestão da saúde, a composição dos múltiplos órgãos de gestão, entre outros.

Deste modo, a criação do SNS permitiu uma cobertura mais abrangente e equitativa dos serviços de saúde, e o financiamento pelo Estado possibilitou aos cidadãos o usufruto do direito universal, geral e gratuito de acesso à saúde.

Criou-se assim um SNS com marcada matriz “*beveridgeana*”, ou seja, financiado pelos impostos pagos pelos portugueses, de cobertura universal e acesso gratuito, reconhecido como um direito humano.

Mais tarde é criado o Estatuto do SNS, que o define como “um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde” (Decreto-Lei 11/93, 1993). Este diploma redefine ainda toda a sua arquitetura, nomeadamente, as regiões de saúde e respetivas administrações, os conselhos regionais e as comissões concelhias de saúde. Clarifica ainda o papel dos Centros de Saúde e dos hospitais, e cria as unidades de saúde (que eram constituídas pelos hospitais e os grupos personalizados de centros de saúde, os quais se agrupavam em unidades de dimensão a definir caso a caso). A estas unidades de saúde

caberia assegurar a continuidade da prestação de cuidados, com respeito pelas atribuições das instituições que as integram (Decreto-Lei 11/93, 1993). Ou seja, mantendo uma arquitetura com dois níveis de cuidados (hospitalares e cuidados de saúde primários).

O SNS tem sofrido múltiplas evoluções, de entre as quais destacamos as que, para os objetivos deste trabalho, nos parecem mais relevantes.

A Reforma dos Cuidados de Saúde Primário (CSP) – Na perspetiva de alguns autores, a última reforma dos CSP portugueses teve início formal em 2005, estando a ser uma das mais bem-sucedidas reformas de serviços públicos nas últimas décadas. As suas características principais foram: a constituição das Unidades de Saúde Familiar (USF) — equipas multidisciplinares voluntárias e auto-organizadas, que prestam cuidados médicos e de enfermagem personalizados a famílias; e, num segundo momento, a reorganização das restantes dimensões dos CSP, com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS). Apostou-se na governação clínica procurando-se obter ganhos em saúde pela melhoria da qualidade e da participação e pela responsabilização de todos (Biscaia & Heleno, 2017).

Assim, neste momento, os CSP caracterizam-se pela reorganização dos centros de saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), que compreendem as seguintes unidades funcionais:

USF e/ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) – prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos (Decreto-Lei n.º 298/2007, 2007).

Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) – presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário (especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco, dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo), e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008).

Unidades de Saúde Pública (USP) – compete-lhes, na área geodemográfica do respetivo ACeS elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção (no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar), de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008).

Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) – presta serviços de assistenciais e de consultoria às unidades funcionais referidas nos artigos anteriores e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008).

Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – Esta terá sido a mais importante alteração da arquitetura do SNS, na medida em que criou um nível de cuidados, caracterizado pelo foco na dependência e não na doença, por garantir a continuidade de cuidados e a integração dos cuidados de saúde e sociais. Assim, alguns dos objetivos essenciais deste nível de cuidados são:

- a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e/ou de apoio social;
- b) A manutenção no seu domicílio das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que, mediante apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- c) O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006);

Estes cuidados são assegurados por uma rede de prestadores, essencialmente do terceiro setor e setor privado, convencionados com o Estado e, por isso, parte integrante do SNS. Excetuam-se a esta lógica as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), as quais, sendo equipas das UCC, têm como função única a prestação de cuidados continuados integrados no domicílio, sendo, portanto, equipas exclusivamente públicas.

A Rede Hospitalar – os hospitais do SNS têm genericamente como objetivo a prestação de cuidados de saúde curativos e de reabilitação de elevada diferenciação, competindo-lhes também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica.

A rede hospitalar tem sofrido múltiplas evoluções ao longo dos anos, mas assinalamos principalmente as que ocorreram a partir de 2002. Este ano “foi caracterizado pela introdução de alterações importantes na organização e na gestão hospitalar tendo em vista a adoção de práticas de gestão empresarial. Neste sentido, foram transformadas em sociedades anónimas cerca de 31 unidades hospitalares que integravam a rede pública do SNS. Em 2005, foi realizada uma nova alteração do estatuto jurídico dos hospitais alterando o estatuto de sociedade anónima para Entidades Públicas Empresariais. A partir de 2005, teve início um processo de fusão e de concentração de unidades hospitalares com o objetivo de promover uma melhor gestão dos recursos técnicos e financeiros sem pôr em causa a qualidade ou o acesso aos serviços” (Fernandes & Nunes, 2016).

Em 2014 procedeu-se à categorização dos diferentes hospitais e à definição da respetiva carteira de valências com o objetivo de, por esta via, se afirmarem “como instrumentais ao alinhamento dos diferentes atores no planeamento e operacionalização da oferta de cuidados de saúde hospitalares, devendo, pois, obedecer a um sistema de classificação compreensível, assentar numa base populacional, em linha com a área de influência direta e indireta, e ter em consideração as necessidades em saúde, garantindo-se, assim, a proximidade, complementaridade e hierarquização da rede hospitalar” (Portaria n.º 82/14, 2014). “Neste sentido, os diferentes grupos de hospitais distinguem-se entre si pela complexidade da resposta oferecida à população servida, garantindo proximidade e hierarquização da prestação de cuidados. As instituições classificadas no Grupo I apresentam exclusivamente uma área de influência direta. As instituições pertencentes ao Grupo II apresentam uma área de influência direta e uma área de influência indireta, correspondente à área de influência direta das instituições do Grupo I. Por sua vez, as instituições classificadas no Grupo III apresentam uma área de influência direta, oferecendo cuidados às populações pertencentes às áreas de influência direta dos estabelecimentos classificados nos Grupos I e II. Os hospitais do Grupo IV correspondem a hospitais especializados. Paralelamente, afirma a Portaria, serão desenvolvidos mecanismos de liberdade de escolha informada de acordo

com critérios de acesso e qualidade, sem, contudo, colocar em causa a presente categorização da oferta de cuidados hospitalares” (Portaria n.º 82/14, 2014).

As Unidades Locais de Saúde (ULS) – Surgiram com o objetivo de proceder a uma integração dos sistemas de saúde, onde a promoção da saúde, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação fossem etapas encaradas como uma interligação contínua de cuidados, de forma a obter ganhos em saúde (Decreto-Lei 12/2015, 2015). Nesta lógica de integração de cuidados, as ULS têm por objeto principal a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos em geral (Decreto-Lei 18/2017, 2017). Portanto, estas entidades tutelam todas as respostas de saúde da sua área de influência.

Se tivéssemos de caracterizar o SNS como um todo, diríamos que é um conjunto organizado de serviços, que tem sofrido modificações sucessivas no sentido de o modernizar e adequar às atuais características da população. Não obstante, constata-se que mantém um funcionamento estruturado numa lógica de “silos”, com fraca integração de cuidados entre os diversos níveis, mesmo nos casos em que a alteração passou pela criação de ULS.

Apesar disso, pode afirmar-se que a criação do SNS se constitui, indubitavelmente, como um contributo determinante para a melhoria dos indicadores de saúde da população portuguesa. Isso mesmo, aliás, ficou demonstrado atrás com os indicadores apresentados.

Todavia, e por força do sucesso do SNS, estamos agora confrontados com a necessidade de proceder a alterações organizacionais que permitam adequar a resposta às características da população atual.

Em traços gerais, podemos afirmar que, do ponto de vista epidemiológico, evoluímos de um período de prevalência de doenças infecciosas e infectocontagiosas, para um outro em que prevalecem as doenças crónicas e a multimorbilidade. Ora, esta realidade requer uma abordagem de natureza diferente, que se pode caracterizar genericamente pela necessidade de:

Atribuir total centralidade ao cidadão, na medida em que este é o responsável pela sua saúde e pelo processo decisório que é geri-la;

Na sequência do anteriormente afirmado, assumir a literacia como um instrumento essencial de intervenção para todos os profissionais, de modo que capacitem as pessoas a aceder, compreender e utilizar a informação de saúde, e assim contribuir para a promoção e manutenção da sua própria saúde. Tal deve ser feito considerando os determinantes da saúde, promovendo contextos de saúde pública facilitadores da “navegação no sistema¹”, da decisão informada, do autocuidado e do conhecimento dos direitos e deveres da pessoa no Sistema de Saúde. É ainda fundamental que a literacia não se restrinja à saúde, mas seja promovida em todas as políticas, em todos os setores e em todas as oportunidades, contribuindo assim para uma redução dos determinantes de saúde que a possam influenciar negativamente. Todas as estratégias, sejam a nacional, as regionais ou locais, devem ter estes aspetos em consideração.

¹ Conhecimento suficiente dos serviços de modo a permitir a escolha adequada à condição de saúde.

Garantir a integração e a continuidade de cuidados porque o “que é verdadeiramente importante para as pessoas é ter um acesso oportuno aos serviços de saúde e, quando necessário, ser facilmente conduzido de um serviço para outro (incluindo para aqueles que podem ser prestados em casa), sem obstáculos, demoras ou perdas de informação” (MS, 2017). A integração de cuidados implica que a pessoa encontre o cuidado que precisa, quando precisa. Ou seja, que os serviços de saúde sejam transparentes, suaves e fáceis de navegar. Supõe trabalhar com profissionais de diferentes áreas, coordenar tarefas e cuidados, ultrapassando as tradicionais fronteiras dos profissionais. A integração de cuidados traduz também uma supervisão de fluxos de financiamento combinados; uma coordenação de metas de desempenho comuns, uma supervisão de um grande conjunto de pessoas profissionalmente diversificada, uma gestão de estruturas organizacionais complexas e uma construção e manutenção de cultura compartilhada. Significa uma fusão de orçamentos e uma realização de avaliações de políticas, tendo em conta que certas intervenções numa área podem ter repercussões sobre outras devendo sempre ser avaliadas de uma forma global (Lopes et al., 2014). “A integração de cuidados – através da boa gestão do percurso das pessoas nos cuidados de saúde - é, particularmente, importante para as pessoas com múltiplos problemas de saúde e de evolução prolongada; mas não deixa também de ser verdade para a doença aguda (súbita) onde é, igualmente, relevante aceder ao sítio certo e, a partir daí, se indicado, ser orientado para outro nível de cuidados que venha a ser considerado necessário” (MS, 2017).

Se tivéssemos de sintetizar esta visão através de uma imagem, socorrer-nos-íamos da apresentada no Livro “SNS+ Proximidade – Mudança centrada nas pessoas” e que abaixo reproduzimos (ver Figura 6).



Figura 6
Percursos de vida, literacia em saúde
e integração de cuidados de saúde

SÍNTESE

Neste primeiro capítulo aduzimos um conjunto de argumentos que sintetizamos desta forma: nos últimos 40 anos as características demográficas e epidemiológicas da população portuguesa mudaram profundamente. Do ponto de vista demográfico, a esperança de vida à nascença aumentou cerca de 10 anos, fixando-se agora num valor que já ultrapassa os 80 anos para ambos os sexos. Esse fator aliado, entre outros, ao decréscimo da natalidade levou-nos ao um envelhecimento populacional sem precedentes. No momento presente, mais de 20 % da população tem uma idade superior a 65 anos e, em algumas zonas do país, existem cerca de 700 idosos para cada 100 jovens.

De acordo com todas as projeções, este é um cenário que veio para ficar, prevendo-se uma acentuação da dimensão do envelhecimento demográfico, que poderá atingir cerca de um terço da população.

Este fenómeno tem sido acompanhado por profundas alterações da estrutura das famílias, bem como do ordenamento dos territórios. Pode observar-se uma diminuição da dimensão das famílias, a um acréscimo do número de pessoas a viverem sozinhas e um maior isolamento social.

Por outro lado, e do ponto de vista epidemiológico, estamos a assistir a uma transição de um paradigma de doença infecciosa e aguda, para um outro de doença crónica e multimorbilidade. É possível envelhecer ativamente e de forma saudável, todavia, em Portugal, esta transição (associada ao processo do envelhecimento) tem induzido o acréscimo do número de pessoas com pouca saúde e com dependência. Portugal é um dos países com maior carga de doença e maior percentagem de pessoas dependentes.

Num cenário desta natureza, exige-se que os serviços de saúde respondam de forma inovadora. Por um lado, com estratégias que promovam o envelhecimento ativo e saudável, por outro, com estratégias que contribuam para incrementar a capacidade de autocuidado e de gestão dos processos de doença — nomeadamente, através do foco dos processos de cuidados na pessoa, do incremento da literacia e da integração e continuidade de cuidados. Todas elas contribuindo para o envelhecimento em casa (*ageing at home*).

Todavia, essa alteração das respostas dos serviços de saúde é ainda incipiente, quer quanto aos modelos disponíveis, quer quanto aos processos de intervenção.

2. CUIDAR EM CASA: PROPOSTA DE UM MODELO DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

Perante um cenário como o atrás apresentado, torna-se evidente que estamos confrontados com um novo paradigma epidemiológico. Este exige que se repense o sistema e o SNS, com vista a uma readequação dos cuidados em função das exigências desta nova realidade.

As respostas a uma situação desta natureza são, naturalmente, complexas, mas, de modo geral, diríamos que devem, simultaneamente, cumprir os seguintes critérios:

Terem uma **estratégia pró-ativa que promova o envelhecimento ativo e saudável** como forma de, paulatinamente, esbater o fosso entre a esperança média de vida e a esperança média de vida com saúde aos 65 anos. Com esta estratégia, com resultados previsíveis apenas no médio prazo, poder-se-á almejar uma redução do fosso atrás referido, com grande vantagem para as pessoas, que viverão mais anos de forma independente. Mas também com benefício para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, uma vez que se reduz significativamente a utilização dos serviços de saúde. Não havendo dúvidas sobre a necessidade de se implementar uma estratégia desta natureza, persistem incertezas sobre a amplitude dos resultados. Ou seja, apesar de com a referida estratégia sabermos que aumentaremos o número de pessoas que viverão mais anos saudáveis e independentes, não é certo que consigamos melhorar o indicador na medida em que o aumento da esperança média de vida pode ser mais rápido que o aumento da esperança média de vida com saúde, como o têm demonstrado diversos estudos (Jagger et al., 2003, 2016; Kingston et al., 2017, 2018).

Apesar disso em alguns países, como é o caso da Suécia, verificou-se uma compressão acentuada entre os dois indicadores, demonstrando que pode ser alcançável o objetivo atrás referido;

terem uma **estratégia que adeque a resposta dos diferentes níveis de cuidados a este grupo etário**, incrementando a acessibilidade e adequabilidade das respostas às suas necessidades, nomeadamente, promovendo uma discriminação positiva e fazendo gestão pró-ativa¹ principalmente das pessoas idosas com multimorbilidade e dependências (os maiores consumidores de cuidados).

Estas estratégias são complementares e cada uma delas integrará um conjunto diversificado de planos e medidas, algumas das quais contribuem, simultaneamente, para ambas. Tal é o caso das medidas que concorram para o que se convencionou designar como “envelhecer no seu contexto” (*ageing-in-place*) ou “envelhecer em casa” (*ageing at home*) (WHO, 2015). Tal significa que as pessoas continuam a viver nas suas próprias casas, na sua

¹ Capacidade de, com base no conhecimento da situação de saúde de cada pessoa ou família, prevenir os eventos favoráveis agindo por antecipação.

comunidade de pertença e no seu ambiente natural, desde que sejam capazes e estejam interessadas em fazê-lo (Brick & Lowenstein, 2011).

Para as pessoas idosas, o envelhecimento no seu contexto é visto como uma vantagem em termos de sentimentos de apego ou conexão, e de segurança e familiaridade em relação à casa e comunidade. Está relacionado com o sentimento de identidade, tanto pela independência quanto pela autonomia e através de relações de cuidados e papéis que representam nos lugares onde as pessoas vivem (Wiles et al., 2012).

Em suma, podemos dizer que esta estratégia tem como principais fundamentos a preservação dos processos identitários e da rede de afetos, numa fase do ciclo de vida onde ambos são fundamentais, assumindo um caráter verdadeiramente terapêutico no dia-a-dia das pessoas idosas. Adicionalmente, acumulam-se evidências que demonstram que esta opção se constitui como a financeiramente mais sustentável (Hollander et al., 2002; Jencks et al., 2009; Kitchener et al., 2006; Stuart & Weinrich, 2001).

Além dos artigos atrás referidos, desenvolvemos uma recolha sistemática de artigos na base EBSCO (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina) a partir da seguinte expressão: AB (Home- and Community-Based Healthcare) AND AB Cost-Effective). A pesquisa englobou todos os artigos publicados em português, inglês, francês ou espanhol no período de 01-01-2010 a 31-12-2018 e disponível em texto integral.

A pesquisa devolveu 13 artigos que, após análise dos respetivos *abstracts*, ficaram reduzidos a 8, todos relativos a cuidados de saúde prestados em contexto comunitário e/ou domiciliário, independentemente da idade e da causa. De forma sucinta, pode concluir-se que os cuidados prestados naqueles contextos são preferidos pelos doentes e suas famílias, melhoram os indicadores de qualidade de vida do doente e família, reduzem o recurso aos serviços de urgência e a probabilidade de internamento e, salvo em raras situações, é demonstrado que são menos onerosos para o doente e para o sistema de saúde (Hall et al., 2012; Huntley et al., 2017; Jayasena et al., 2016; Kipp et al., 2011; Maru et al., 2015; Reyes G et al., 2011; Shaw, 2014).

Fica assim o desafio a todos os setores da sociedade no sentido de criarem condições para que as pessoas possam envelhecer nos seus contextos.

De entre aqueles, os setores da Saúde e da Segurança Social serão provavelmente os que terão maiores responsabilidades na garantia das condições que permitam às pessoas “envelhecer no seu contexto”. Os cuidados prestados por estes setores assumem a designação genérica de “cuidados domiciliários” e podem ser definidos como os cuidados que visam satisfazer as necessidades sociais e de saúde das pessoas, nas suas próprias casas. Cabe-lhes fornecerem serviços de saúde e sociais centrados no doente, em sua casa, adequados e de qualidade, por cuidadores formais e informais, com o uso da tecnologia quando apropriado, dentro de um *continuum* equilibrado e acessível de cuidados (Tarricone & Tsourus, 2008).

2.1 PRESSUPOSTOS DO MODELO DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

Estes cuidados destinam-se: às pessoas que envelhecem e, em função disso, vão perdendo alguma funcionalidade; às que, em qualquer momento do ciclo de vida, têm doenças crónicas que requerem uma gestão complexa; e também às que recuperam de uma doença aguda ou de uma cirurgia, ou estão de algum modo incapacitadas. Os cuidados domiciliários incluem:

Apoio nos cuidados pessoais, normalmente respondendo às atividades básicas de vida diária como alimentação, banho, lavar o cabelo, vestir-se;

Apoio nas atividades instrumentais de vida diária como preparar a comida e manutenção doméstica, limpeza, higiene da roupa;

Cuidados de saúde, os quais podem incluir uma gama diversificada de respostas que podem ir desde o apoio na gestão das doenças crónicas à reabilitação (quer para recuperar funções quer para retardar a sua perda), passando pelos cuidados inerentes à gestão de uma doença aguda, os cuidados paliativos, entre outros.

Os cuidados domiciliários deslocalizam os cuidados das instituições para a casa das pessoas, obrigando assim à redefinição do processo de cuidados e introduzindo no mesmo um equilíbrio diferente, razões pelas quais se torna obrigatório repensar o modelo de cuidados. Um modelo de cuidados em casa deve:

assumir a casa das pessoas como o local privilegiado de prestação de cuidados – este simples facto introduz alterações significativas a múltiplos níveis. A casa das pessoas, sendo o seu reduto pessoal e privado, reconfigura a relação entre os profissionais de saúde e a pessoa, introduz nesta relação a figura do cuidador informal e da família, e obriga a repensar os critérios de segurança e qualidade, entre outros;

assumir a pessoa doente ou dependente e o seu cuidador como foco dos cuidados – tal decorre de uma orientação concetual, mas também do contexto em si mesmo. Este impõe que a maioria dos cuidados sejam assumidos pelo cuidador informal e/ou pela família, pelo que a centralidade dos cuidados nestes atores é uma necessidade que se impõe para a efetividade dos cuidados;

assumir o cuidador informal também como parceiro de cuidados – o cuidador informal é um utente de cuidados, já que mais não seja, pelos riscos a que fica exposto pela prestação de cuidados em tempo total, mas também um parceiro dos cuidadores profissionais. Esta posição de parceria deve permitir-lhe o acesso à informação, à participação no planeamento de cuidados e ao desenvolvimento das competências necessárias aos cuidados que presta;

assumir a coprodução de cuidados como garante do envolvimento dos diversos atores no processo de cuidados (Lopes, 2016a) – este pressuposto constitui-se como a epítome deste modelo de cuidados, na medida em que apresenta os cuidados de saúde não como o resultado da intervenção dos profissionais de saúde, mas sim como o resultado de um processo negocial que envolve todos os atores e considera o contexto em que estão inseridos;

assumir o Plano Individual de Cuidados (PIC) como o instrumento privilegiado e expressão da centralidade dos cuidados, do envolvimento do doente e família e da comunicação entre todos os cuidadores (Lopes, M.; Barbosa, P.; Fonseca, 2020);

presumir que a saúde é multifatorial e, por isso, deve considerar os diversos determinantes no processo de cuidados, destacando as condições habitacionais e comunitárias, as redes de afetos, as condições socioeconómicas, entre outras;

garantir a integração de cuidados, não só entre a saúde e a segurança social, mas também com os restantes atores que intervenham na comunidade e possam ser úteis ao processo (e. g., autarquias);

garantir a permanência e a continuidade dos cuidados e fazer uma gestão pró-ativa das situações através da adoção da figura de coordenador de cuidados (Glaser, 2015).

COORDENAÇÃO DE CUIDADOS

Neste modelo de cuidados, no qual participam múltiplos cuidadores (profissionais e informais) e que decorre num contexto não institucional, a coordenação de cuidados assume um carácter essencial como garante da integração, continuidade e efetividade da resposta.

O coordenador de cuidados pode ser, não apenas, garante destes princípios, mas também um elemento-chave para o sucesso deste modelo. O *Institute of Medicine* identificou a coordenação de cuidados como prioridade para melhorar o sistema de saúde (Greiner et al., 2003). Também a *American Nurses Association* considerou a coordenação de cuidados como um padrão profissional básico e competência para todos os enfermeiros, fundamental para melhorar os resultados em todas as populações de doentes (American Nurses Association, 2012). Por sua vez o *Institute for Healthcare Improvement* diz que a coordenação de cuidados é essencial para alcançar o "Triplo Objetivo" da reforma dos cuidados de saúde, ou seja:

- 1) melhoria da experiência do doente na qualidade e satisfação dos cuidados,
- 2) melhoria da saúde da população e
- 3) redução do custo de saúde per capita (IHI, 2013).

Assim, este coordenador terá a responsabilidade de desenvolver a conjugação de esforços que garantam a avaliação diagnóstica, o planeamento, a implementação e a avaliação de resultados. Será ainda o principal garante da integração e continuidade de cuidados.

Frequentemente se pergunta qual dos diferentes perfis profissionais deverá assumir este importante papel? A resposta é simples — façamos a discussão deste assunto não em função dos interesses corporativos seja de que profissão for, mas sim em função da situação de saúde da pessoa, centro dos cuidados. Noutras latitudes entendeu-se adequado atribuir aos enfermeiros a coordenação dos processos de cuidados relativos a problemas de saúde associados à multimorbilidade e dependência (Doessing & Burau, 2015).

2.2 CUIDADOS DE SAÚDE EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

2.2.1. PROCESSO DE CUIDADOS

RECOLHA DE DADOS E DIAGNÓSTICO

Com base nos pressupostos atrás enunciados, o processo de cuidados inicia-se, como qualquer outro, com a recolha de dados que permita o diagnóstico da situação de saúde. A diferença é que, neste caso, a recolha de dados precisa de ser abrangente para que o diagnóstico possa ser integral e incluir:

Diagnóstico de saúde da pessoa que é o principal foco de cuidados — inclui, obrigatoriamente diagnósticos nosológico e funcional;

Diagnóstico de saúde do cuidador principal — identificando, entre outros aspetos, qual a sua condição de saúde e quais as capacidades e os limites enquanto cuidador;

Diagnóstico do contexto — nomeadamente, do espaço onde a pessoa habita e onde irão ser prestados os cuidados, com o objetivo de identificar barreiras e facilitadores do processo de saúde e bem-estar. Este diagnóstico deve incluir também o contexto relacional, identificando redes de afetos e pertenças;

Diagnóstico social do principal foco de cuidados e sua família — deve incluir também diagnóstico de recursos sociais e comunitários.

O diagnóstico pode ser dividido em dois níveis.

Um primeiro, em que qualquer destas dimensões é fundamental para se poder tomar a decisão de domiciliar os cuidados. Porque, de facto, essa decisão depende não apenas da situação de saúde da pessoa doente/dependente, mas também das condições sociofamiliares e contextuais. Assim, o diagnóstico de saúde, à semelhança da posterior prestação de cuidados, é o resultado da intervenção de uma equipa multidisciplinar.

Um segundo nível, que apenas ocorre se a domiciliação de cuidados se concretizar. Este “segundo nível de diagnóstico” corresponde ao processo de avaliação diagnóstica e consiste na (re)avaliação contínua da situação do doente/família/cuidador e do contexto, com vista a uma constante (re)adequação dos cuidados à evolução da situação (Lopes, 2006).

PLANEAMENTO INDIVIDUAL DE CUIDADOS

É com base neste diagnóstico integral que será construído o Plano Individual de Cuidados (PIC) (Lopes, M.; Barbosa, P.; Fonseca, 2020). Este assume-se, simultaneamente, como instrumento de planeamento e meio de comunicação entre todos os cuidadores. Assim, carece de ser desenvolvido com base nos princípios da coprodução (Lopes, 2016a), nomeadamente:

Parceria entre Ativos: todos os atores são parceiros ativos e iguais na conceção e prestação de serviços;

Valorização das Capacidades: altera o modelo de prestação de serviços públicos de uma abordagem centrada no défice, para outra que reconhece e promove o desenvolvimento das capacidades das pessoas. Devidamente apoiadas poderão usar as suas capacidades em favor de si próprios e da comunidade. Esta perspetiva é válida para qualquer dos intervenientes no processo;

Reciprocidade: oferece às pessoas uma gama de incentivos para se envolverem, permitindo-lhes trabalhar em relações de reciprocidade com os profissionais e com outros cidadãos, num contexto de mútuas responsabilidades e expectativas.

Redes: cria redes que envolvem os cidadãos e os profissionais como a melhor forma de transferir, mas também cocriar conhecimento;

Esbatimento de papéis: remove os limites bem definidos entre os profissionais e os beneficiários, e entre produtores e consumidores de serviços, reconfigurando as formas através das quais os serviços são desenvolvidos e prestados.

Catalisadores: capacita os serviços públicos para se tornarem facilitadores em vez de prestadores únicos e centrais (Bovaird, 2007).

Pode afirmar-se que é consensual entre todos os profissionais de saúde a ideia de necessidade de planeamento dos cuidados de saúde, quer na dimensão individual, quer na coletiva. Apesar desse consenso, bem como de um discurso que valoriza a intervenção em equipa, tem prevalecido um planeamento focado nos profissionais de saúde (Lopes, M.; Barbosa, P.; Fonseca, 2020).

Por força das atuais circunstâncias, nomeadamente as que decorrem da alteração do perfil epidemiológico da população, exige-se uma nova forma de planear, principalmente os cuidados individuais de saúde, que cumpra os seguintes critérios:

- ser de natureza individual;
- integrar a participação ativa do cidadão/familiar cuidador;
- estar focada nos cuidados a prestar no percurso de vida;
- salvaguardar a interdisciplinaridade;
- ajudar na tomada de decisão sobre os cuidados a prestar;
- poder também registar decisões tomadas sobre cuidados.

Estes critérios dão corpo ao que convencionámos denominar como PIC, o qual é definido como um instrumento **centrado na pessoa**, que se constitui como um **espaço de diálogo entre todos os cuidadores**¹ e que **apoia e facilita a gestão dos percursos e a integração de cuidados**. Estas quatro dimensões assumem-se como fundamentais. O facto de o PIC ser definido como **centrado na pessoa** significa que o mesmo não será o plano de qualquer profissão ou setor, mas antes o plano daquela pessoa, a qual é a primeira responsável pelo

¹ Nesta aceção o primeiro e mais importante cuidador é o utente/doente enquanto responsável pelo autocuidado. Todos os outros prestam cuidados por delegação deste e apenas quando o mesmo não pode ou não sabe. Neste contexto, o diálogo entre cuidadores deve refletir esta lógica.

seu percurso de vida e de saúde, com capacidade de autocuidado e autônoma relativamente ao processo de cuidados. Estes podem ser delegados noutros cuidadores quando a pessoa assim o entender ou quando a exigência dos cuidados exceder as suas capacidades; em função desta centralidade na pessoa, o PIC será sempre um **espaço de diálogo entre cuidadores** com o objetivo único de construir um instrumento de intervenção personalizado. Este diálogo terá de ser um exercício permanente para ser congruente com a natureza evolutiva do processo de saúde-doença e do inerente processo de cuidados; a **gestão de percursos** deve ser assumida pela pessoa que o mesmo designar, ou então pelo coordenador de cuidados ou gestor de caso, consoante as situações; a **integração de cuidados**, deve ser entendida como a integração entre os múltiplos níveis, setores e/ou prestadores de cuidados (Lopes, M.; Barbosa, P.; Fonseca, 2020).

O PIC, enquanto instrumento de planeamento de cuidados, é útil quer equacionemos cuidados à pessoa doente (com ou sem dependência), quer à pessoa saudável (numa perspetiva de promoção ou prevenção).

Neste contexto, a pessoa, doente ou saudável, será a principal protagonista. Trará para este espaço de diálogo e negociação a sua narrativa, a qual assenta nas suas vivências e preocupações. Esta centralidade conferida à pessoa decorre do princípio da autodeterminação enquanto dimensão básica da dignidade humana (Baez & Reckziegel, 2013; Takayuki, 1999). Trará também as suas expectativas, ou se quisermos, os seus objetivos (ver Figura 7). Estes assumirão um papel fulcral, na medida em que será com base neles que os cuidados serão planeados. Isto é, através de uma abordagem que utiliza as metas de vida e saúde das pessoas para orientar os profissionais de saúde na criação de planos de cuidados personalizados que atendam às suas prioridades, necessidades, preferências e valores compartilhados (Nagykaldi et al., 2018).

Nas suas narrativas, as pessoas usarão uma linguagem comum, por contraponto à linguagem classificada dos profissionais. Todavia, para que possa ser tratada de forma sistemática pelos sistemas de informação, será necessário aproximá-la da linguagem classificada. Para esse efeito existem múltiplas possibilidades, sendo uma das mais investigadas a designada como Omaha System (Gao & Kerr, 2016; Topaz et al., 2014). Esta terminologia tem a vantagem de ser transprofissional, ter uma base concetual e empírica e ser interoperável com outras linguagens classificadas.

Por sua vez, os diversos profissionais trarão uma narrativa de base concetual e empírica, a qual resulta das bases científicas das respetivas áreas de conhecimento, mas também do conhecimento acerca daquela pessoa em concreto e dos seus problemas (ver Figura 7). As linguagens classificadas a usar pelos profissionais serão as por eles escolhidas, todavia, através de processos de interoperabilidade semântica, precisam ser duplamente traduzidas, para a linguagem das Classificações de Referência da Família das Classificações Internacionais da OMS (Madden, Richard; Sykes, Catherine; Ustun, Bedirhan, sem data) e para a linguagem do Omaha System (Gao & Kerr, 2016; Topaz et al., 2014). A primeira garante que os requisitos da OMS, no que concerne à unicidade da linguagem, são cumpridos; a segunda assegura um adequado nível de comunicação entre todos os cuidadores, de modo a garantir o espaço de diálogo necessário.

Este espaço de diálogo e negociação encerra múltiplas dimensões que interessa considerar.

Primeiro, é essencial no **processo de ativação da pessoa**, através da capacitação que resulta do próprio diálogo; segundo, é essencial no **processo de gestão de expectativas**, dimensão cada vez mais importante no processo de cuidados, principalmente em situações complexas de multimorbilidade; terceiro, é um dos modos de dar corpo ao conceito de **co-produção de cuidados**, ou seja, o envolvimento e a responsabilidade de todos os atores no processo de cuidados.

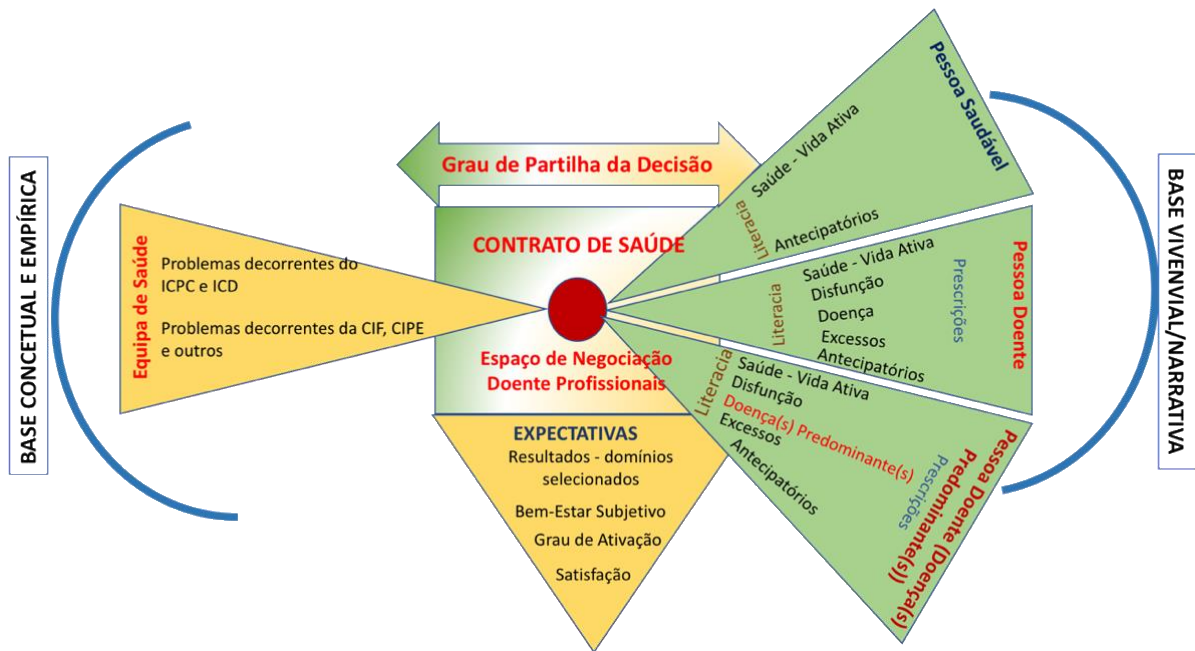


Figura 7

Modelo de construção do Plano Individual de Cuidados

Fonte: Adaptado de (Lopes et al., 2020)

Este instrumento torna-se particularmente útil para as pessoas com múltiplos problemas de saúde, permitindo-lhes gerir melhor os cuidados de que necessitam. Permite-lhes ainda registar, de acordo com os profissionais de saúde que as acompanham, a situação atual e os objetivos definidos para um determinado período, partilhando assim o trabalho e a responsabilidade entre todos os que estão envolvidos neste processo. O PIC permite acompanhar as ações e comportamentos acordados para atingir os objetivos e avaliar os resultados conseguidos.

Esta avaliação dos resultados deve também ser objeto de uma abordagem diferente. Se todo o processo de cuidados está centrado na pessoa, também os resultados o deverão estar. Para esse efeito, deve dar-se primazia aos resultados relatados pela pessoa (*Patient Reported Outcomes*), pois parecem ser mais impactantes no futuro do que quaisquer outros (clínicos, fisiológicos ou relatados pelo cuidador). De acordo com alguns estudos, a adesão ao tratamento e os respetivos resultados podem ser obtidos dando atenção ao *feedback*

das pessoas doentes sobre os resultados de cuidados e à mudança de comportamento do doente (Deshpande, P. R.; Rajan, S.; Sudeepthi, B. L.; Nazir, 2011).

Face ao exposto, o PIC assume-se como um instrumento de planeamento de cuidados que integrará os contributos e servirá de instrumento de gestão a todos os cuidadores, podendo incluir planos de tratamento, de apoio ou antecipatórios.

ATRIBUTOS DO PIC

Tal como atrás já se referiu, qualquer pessoa, em qualquer momento do ciclo de vida e em qualquer fase do seu processo de saúde-doença, pode usufruir das vantagens de um PIC. Este pode ser iniciativa da própria ou de qualquer profissional de saúde. Todavia, será sempre o resultado de um processo de negociação entre os intervenientes e centrado na pessoa. O PIC pode ter uma natureza genérica ou ser focado num problema de saúde ou condição específica.

No primeiro caso estaremos a pensar em pessoas saudáveis, mas preocupadas em manter a sua saúde, com objetivos de longo prazo e ações de natureza antecipatória. Este PIC deve: destacar as etapas necessárias para manter a saúde; listar as expectativas da pessoa e de cada cuidador com quem esta interage; incluir ferramentas como suporte à decisão; e uma biblioteca de planos de cuidados padrão. Estes planos devem incluir os cuidados aconselhados em cada fase do ciclo de vida e incorporar as recomendações antecipatórias dos organismos reguladores ou técnicos (e. g., Direção Geral da Saúde).

No segundo caso, o PIC deverá estar centrado em problemas de saúde concretos. Também podemos e devemos dispor de uma biblioteca de PIC que verse sobre os cuidados recomendados para os problemas de saúde em questão. Deste modo, alinhariamos os PIC contidos na biblioteca com os mais elevados padrões de qualidade para cada situação. Todos os PIC incluídos na referida biblioteca devem ser editáveis para permitirem aos profissionais de saúde adequá-los à situação concreta de cada pessoa.

Ou seja, poderíamos ter um PIC planeado e normalizado para a comum cirurgia de prótese da anca — bem definido nos objetivos e nas ações a desenvolver por todos os cuidadores durante o período de internamento (de acordo com as mais exigentes recomendações) — passível de ser rapidamente editado e ajustado às particularidades de cada doente, poupando tempo aos profissionais.

De acordo com o que foi afirmado, todos os PIC devem basear-se na evidência empírica dos melhores cuidados e práticas de saúde. Por outro lado, a eficácia de um plano deve ser mensurável, seja em termos de etapas do plano concluídas ou de resultados desejados efetivamente alcançados.

Todos os PIC assentam, portanto, no princípio de que todas as decisões e alocações de recursos são feitas com o objetivo de criar valor. O valor em saúde é definido como o quociente entre os resultados em saúde sobre e custos para os alcançar (pode incluir custos que estão além da saúde). Os resultados em saúde podem categorizar-se da seguinte forma:

- i. Prevenção de doença;
- ii. Detecção precoce;

- iii. Diagnóstico correto;
- iv. Tratamento precoce e oportuno;
- v. Tratamento correto para os doentes certos;
- vi. Tratamento precoce na cadeia causal da doença;
- vii. Processo de prestação de cuidados rápido e com menos atrasos;
- viii. Métodos de tratamento menos invasivos;
- ix. Menos e menores complicações;
- x. Menos erros e repetições no tratamento;
- xi. Recuperação mais rápida;
- xii. Recuperação mais completa;
- xiii. Menos incapacidade;
- xiv. Menos recaídas ou episódios agudos;
- xv. Progressão da doença mais lenta;
- xvi. Menos necessidade de cuidados prolongados;
- xvii. Menos doença induzida pelo cuidado.

Estamos cientes de que a adoção de um PIC com estas características tem forte probabilidade de suscitar a adesão dos cidadãos e dos profissionais de saúde, uma vez que participam na sua elaboração. Por outro lado, se, por esta via, cada cidadão enquanto autocuidador passar a dispor da informação que lhe permita tomar as melhores decisões, estamos a contribuir para a sua capacitação e conseqüentemente para preservar a sua saúde, reduzindo o uso dos serviços.

Apesar disso, também sabemos que nem todo o cuidado será passível de um plano predefinido. Assim, todas as situações de saúde continuarão a requerer profissionais capacitados para tomar as melhores decisões possíveis. Em alguns casos exigirão adicionalmente uma capacidade de planeamento que vá além do previsto na biblioteca de planos.

A RELAÇÃO ENTRE O REGISTO DE SAÚDE ELETRÓNICO E O PIC

O Registo de Saúde Eletrónico (RSE) visa reunir informação essencial de cada cidadão para a melhoria da prestação de cuidados de saúde; o RSE é construído por dados clínicos recolhidos eletronicamente para cada cidadão e produzidos por entidades que prestam cuidados de saúde.

O RSE permite o registo e partilha de informação clínica entre o utente, profissionais de saúde e entidades prestadoras de serviços de saúde, de acordo com os requisitos da Comissão Nacional de Proteção de Dados (Autorização n.º 940/2013).

Os RSE são usados há décadas pelos profissionais de saúde, tendo estes acreditado desde o início que, por esta via, conseguiriam uma maior efetividade da sua intervenção, pela qualidade dos registos, pela facilidade de acesso e de transmissão da informação e pelo apoio à decisão clínica. Apesar deste otimismo inicial, atualmente constata-se algum desânimo,

se não mesmo resistência, na exata medida em que muitos desses objetivos nunca chegaram a ser cumpridos (Martin & Sinsky, 2016; Nagykaldi et al., 2018).

Porém, a questão é mais complexa que isto. De acordo com a definição atrás apresentada, o RSE não é mais que o conjunto de dados clínicos de um cidadão. Apesar de estarmos cientes de que estes dados precisarão de continuar a existir, uma vez que serão essenciais para muitas das decisões a adotar, os mesmos podem não ser compreensíveis por muitos dos cuidadores não profissionais (e. g., o próprio doente ou o seu cuidador). Mas mesmo para os cuidadores profissionais poderá haver dificuldade em transformar dados em informação útil para a decisão. Dito por outras palavras, pode não ser suficiente ter todos os dados reunidos num registo eletrónico se este não funcionar como sistema de apoio à decisão.

Neste contexto, entendemos que todos os dados devem continuar a ser sistematizados sob a forma de um registo de saúde personalizado e integrado. Todavia, precisamos de alargar o conceito de dados de saúde com o objetivo de, por um lado, integrar a narrativa dos doentes, tal como já referido, e por outro, integrar todos os dados recolhidos pelos múltiplos dispositivos usados pelos cidadãos no seu dia-a-dia, nomeadamente, os relativos à frequência cardíaca, ao peso, à tensão arterial, à atividade física (medida através do número de passos).

Toda esta informação precisará depois de ser sujeita a processos de análise automática, idealmente com recurso à Inteligência Artificial, no sentido de a mesma poder ser usada como apoio à decisão dos profissionais, criando desta forma um sistema de apoio à decisão. Este pode definir-se como qualquer ferramenta que forneça aos prestadores de cuidados, profissionais e não profissionais, informações filtradas ou direcionadas para uma pessoa ou situação específica. Assim, se equacionarmos uma ferramenta de apoio à decisão inserida no sistema de informação em saúde, a mesma deve fornecer:

- a informação correta (orientação baseada em evidência empírica, como resposta à necessidade clínica);

- para as pessoas certas (equipa inteira de cuidados — incluindo o paciente);

- através dos canais corretos (por exemplo, EHR, dispositivo móvel, portal do paciente);

- nos formatos de intervenção corretos (por exemplo, conjuntos de pedidos, painéis de fluxo, de controlo, listas de doentes);

- nos pontos certos no fluxo de trabalho (para tomada de decisão ou ação) (Bresnick, 2017).

É assim possível encarar um sistema de apoio à decisão baseado na informação clínica de cada pessoa como o instrumento adequado para ajudar na construção do respetivo PIC, naquilo que este tem de mais específico. Assim, estaríamos a facilitar duplamente a vida aos profissionais de saúde porque, por um lado, poderiam dispor de bibliotecas de planos normalizados, e por outro, beneficiariam de um instrumento que, funcionando como apoio à decisão, sugeriria os elementos específicos para cada pessoa.

Neste enquadramento, mas também tendo em consideração o objetivo da integração e continuidade de cuidados, propomos uma redefinição do RSE tornando-o num *back office* de toda a informação clínica de uma determinada pessoa. O PIC funcionaria como o *front office*, em modo partilhado por todos os cuidadores. Desta forma, qualquer informação adicional no RSE, acrescentada por qualquer setor, nível de cuidados ou cuidador, é repercutida no PIC, caso seja relevante em termos de cuidados a prestar. O PIC assim construído garantirá que todos os prestadores de cuidados tenham conhecimento do Plano em curso e para ele possam contribuir. Cumprir-se-iam assim três objetivos: dar corpo à integração de cuidados e ao conceito de cuidados centrados na pessoa; induzir a eficiência, na medida em que se poderia prevenir a repetição ou lacunas no processo de intervenção; e minimizar o risco clínico.

O PIC assume assim uma importância nuclear na medida em que se constitui como ferramenta imprescindível na centragem, integração e continuidade de cuidados e, ao mesmo tempo, transforma informação clínica na matéria-prima do planeamento dos cuidados a cada pessoa. Para tanto, e além do já afirmado, gera-se uma dinâmica de inovação a vários níveis. Podemos destacar, por exemplo, a necessidade de desenvolvimento de:

a) uma **biblioteca de planos** genéricos, antecipatórios ou relativos a determinados problemas de saúde. Essa biblioteca incluirá planos antecipatórios que considerem os cuidados a ter para manter a saúde. Estes podem ir desde os cuidados com a alimentação e atividade física, ao tipo de exames de saúde que são recomendáveis em determinada idade (e. g., rastreios de cancro da mama nas mulheres ou de cancro do cólon e da próstata no homem). Incluirá também os planos específicos para situações de saúde concretas. A título de exemplo — sabendo que o cluster de multimorbilidade mais frequente é o cardiometabólico, que inclui a hipertensão, diabetes e obesidade (Prazeres & Santiago, 2015) — seria adequado desenvolver um PIC para esta condição de saúde.

b) modelos que permitam a geração de **algoritmos** inteligentes que combinem de forma dinâmica: por um lado, a informação clínica da pessoa; por outro, as suas expectativas e os objetivos que a própria definiu, de modo que possa contribuir para o respetivo PIC naquilo que o mesmo terá de específico. Assim, e socorrendo-nos de novo do cluster atrás referido (cardiometabólico), o modelo terá de conjugar o modo como cada um dos elementos (hiperparâmetros) deste cluster (i. e., hipertensão, diabetes e obesidade) se manifesta naquela pessoa. Deve atribuindo-lhes significado em função do peso relativo que os mesmos têm em cada momento na condição de saúde, e de acordo com as expectativas e os objetivos da pessoa.

o modelo atrás referido será também a base de um sistema de suporte à decisão em saúde, o qual terá de ser pensado para poder ser útil a todos os prestadores de cuidados. Recordar-se que a maioria das pessoas portadoras de algum problema de saúde estão nos seus domicílios e assumem a quase totalidade dos respetivos cuidados. Assim, são elas que mais decisões tomam e que mais necessidade terão de suporte nessa tomada de decisão.

c) uma **interoperabilidade**, não apenas de dados, mas também semântica. Deve permitir a total efetividade do modelo atrás referido, mas também uma resposta adequada às neces-

sidades da pessoa, seja qual for o nível de cuidados ou o local (geográfico) em que a mesma se encontre.

d) uma dinâmica de **coprodução de cuidados**¹, na medida em que, integrando todos os cuidadores no processo de construção do PIC, na prática estamos a dar corpo ao dito conceito. A coprodução de cuidados tem repercussão direta na capacitação da pessoa e do seu cuidador, mas também na adesão às medidas terapêuticas prescritas, uma vez que estas foram conjuntamente definidas.

e) uma nova dinâmica de **integração de cuidados** ao nível micro e, conseqüentemente, uma redefinição das relações dentro da equipa de saúde. Esta última decorrerá essencialmente do facto de o PIC definir com clareza não apenas as diversas etapas do processo de cuidados, mas também o papel de cada um nesse processo.

f) **telas de resumo** adequadas ao perfil de cada cuidador. Essas telas apresentarão o status do plano em curso, as próximas etapas e os dados mais relevantes, quer relativamente aos cuidados a ter, quer aos indicadores de resultados mais recentes.

g) **capacidade analítica** para avaliar cada plano individualmente, mas também para avaliar diversas dimensões de grupos de pessoas de uma região ou com situações de saúde semelhantes. Esta capacidade analítica deve ter algoritmos que permitam analisar não apenas em função dos indicadores de resultado, mas também sob o ponto de vista da efetividade dos cuidados, ou seja, conjugar os resultados alcançados com os respetivos custos.

GESTÃO DOS PERCURSOS E INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

O PIC foi atrás definido como um instrumento centrado na pessoa, que se constitui como um espaço de diálogo entre todos os cuidadores e que apoia e facilita a gestão dos percursos e a integração de cuidados. Interessa, pois, equacionar a referida gestão de percursos e integração de cuidados.

Para que se compreenda a explanação acerca dos percursos de cuidados, interessa enquadrá-los na teorização da trajetória de vida. Para o efeito utilizamos o “quadro concetual da trajetória de vida baseado no modelo de estratificação pela idade”, que incorpora o tempo histórico e biográfico; a mudança pessoal (isto é, desenvolvimento humano e/ou envelhecimento); os estágios do ciclo de vida; e os eventos, transições e trajetórias ao longo de toda a vida (Alwin, 2012).

Neste contexto, os percursos de cuidados podem aqui ser entendidos numa dupla e complementar perspectiva. Por um lado, a sequência de eventos de saúde e respetivos cuidados que vão ocorrendo ao longo da vida; por outro, como a resposta organizada dos serviços de saúde (e outros) aos eventos e transições de saúde (ou com repercussões na saúde), que ocorrem ao longo do ciclo de vida, considerando os seus diferentes estágios. Conjugando

¹ Prestação de serviços públicos numa relação de igualdade e reciprocidade entre os profissionais, as pessoas que utilizam os serviços, suas famílias e seus vizinhos (Lopes, 2016b)

ambos poderemos afirmar que os percursos de cuidados se definem como uma intervenção complexa, visando a tomada de decisão mútua e a organização de processos de cuidado, para uma pessoa ou grupo bem definido de doentes, durante um período bem definido (Vanhaecht, 2007). São planos de cuidados orientados por tarefas, que detalham etapas essenciais no cuidado de doentes com um problema clínico específico, e descrevem o curso clínico esperado de um doente (Li et al., 2014)

As características definidoras dos percursos de cuidado incluem:

- uma declaração explícita dos objetivos e elementos-chave do cuidado com base em: evidências, melhores práticas, e expectativas dos doentes e suas características;

- a facilitação da comunicação entre os membros da equipa e com os doentes e familiares;

- a coordenação do processo de cuidar, ordenando os papéis e sequenciando as atividades da equipa multiprofissional, os doentes e seus familiares;

- documentação, monitorização e avaliação de variações e resultados, e a identificação dos recursos apropriados

- vantagens teóricas e desvantagens de percursos de cuidados para doentes, profissionais e outros

Pode assim afirmar-se que o principal objetivo de um percurso de cuidados é melhorar a qualidade do atendimento em todo o contínuo, melhorando os resultados dos doentes ajustados ao risco, promovendo a segurança, aumentando a satisfação e otimizando o uso dos recursos (Vanhaecht, 2007).

Conjugando o que atrás foi referido acerca do PIC com esta perspetiva da gestão de percursos, pode afirmar-se que existe uma relação biunívoca e sistemática entre ambos. Ou seja, caso seja definido previamente um determinado percurso de cuidados (e. g., para pessoas com demência), então os PIC a serem desenvolvidos para estas pessoas devem materializar o respetivo percurso. Caso o percurso de cuidados não esteja definido, o mesmo poderá ser esboçado a partir dos PIC desenvolvidos para uma determinada população com determinado tipo de características. Isto poderá ser particularmente útil se pensarmos nas situações de multimorbilidade como é o caso do *cluster* cardiometabólico já várias vezes referido, para as quais é mais difícil definir uma trajetória de cuidados.

No que concerne à responsabilidade na gestão do percurso de cuidados e de acordo com o princípio de autonomia, o primeiro e mais importante responsável é a pessoa. Obviamente, tal não significa que não tenhamos consciência, por um lado, dos baixos níveis de literacia das pessoas, por outro, da elevada exigência que determinadas situações de saúde colocam no que concerne à sua gestão. Consequentemente, na gestão do seu percurso de cuidados, cada cidadão poderá mobilizar os recursos que considere adequados à sua situação de saúde. Para isso, disporá da ajuda supletiva do SNS, podendo esta equacionar-se como se segue:

Nível 0: Corresponde a pessoas com elevado nível de literacia e, predominantemente, com situações de saúde de baixa complexidade. Neste caso, cada pessoa

procura os “prestadores” necessários para o ajudarem a realizar o seu plano de cuidados;

Nível 1: Complementar do nível anterior, mas neste caso são disponibilizadas pelo SNS as informações necessárias para a identificação dos “prestadores” necessários para realizar o plano de cuidados;

Nível 2: Pela conjugação da complexidade da situação de saúde e da literacia das pessoas, neste nível são disponibilizadas pelo SNS; (i) as informações necessárias para a identificação dos “prestadores” necessários para realizar o plano de cuidados; e também (ii) orientações sobre a melhor forma de utilizar os recursos do SNS para esse fim;

Nível 3: Na situação extrema de elevada complexidade e/ou baixa literacia são disponibilizadas pelo SNS (i) percursos predefinidos e contratualizados no SNS de forma a realizar o plano de saúde (ii) e, complementarmente, as informações necessárias para a identificação de prestadores privados, no caso de estes não existirem no SNS.

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Na prestação de cuidados participam todos os que tenham capacidade para isso. Assim, deve aproveitar-se ao máximo a remanescente capacidade de autocuidado da pessoa doente/dependente, como forma de o valorizar, mas também de o reabilitar/readaptar. Ao cuidador informal devem ser atribuídas responsabilidades de acordo com as suas capacidades, podendo aquelas ser alteradas à medida que estas vão sendo incrementadas através de intervenções de capacitação. Aos cuidadores formais, que não profissionais de saúde, devem ser atribuídas funções devidamente integradas no PIC e coordenadas, também estas, de acordo com as capacidades desses cuidadores.

2.2.2. DIMENSÃO ORGANIZACIONAL DOS CUIDADOS

CUIDADORES INFORMAIS NO CONTEXTO DOS CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

Ficou claro pelo que já foi dito que os cuidadores informais assumem um papel fulcral neste modelo de cuidados domiciliários. De facto, a inexistência de cuidador informal/familiar dita a impossibilidade de cuidados domiciliários em todas as situações em que o doente esteja dependente.

Assim, é essencial uma definição clara de cuidador informal, pelo que propomos a seguinte - os cuidadores informais são pessoas que, fora do âmbito profissional ou formal, cuidam de alguém numa situação de: doença crónica; deficiência e/ou dependência (parcial ou total) transitória ou definitiva; ou noutra condição de fragilidade e necessidade de cuidado. O cuidador informal principal é assim a pessoa da rede social do próprio, não remunerada,

com relação significativa [familiar, parceiro(a), amigo(a) e/ou vizinho(a)], que se assume como o principal responsável pela organização, assistência e/ou prestação de cuidados. É um ato voluntário, o qual deve ser incentivado.

Os cuidadores informais executam predominantemente cuidados na casa da pessoa doente/dependente, bem como uma ampla gama de outras tarefas (em exclusividade ou complementar aos prestadores de cuidados formais), caracterizando-se por:

- não serem profissionais treinados para prestar cuidados (mas, em alguns casos, podem beneficiar de treino especial);
- não terem contratos relativos a responsabilidades de cuidados;
- não serem remunerados, embora possam obter contribuições financeiras;
- executarem uma ampla gama de atividades (também realizadas por prestadores de cuidados formais), incluindo apoio emocional e assistência;
- não existirem limites para o tempo gasto em cuidados.

Como já foi referido, os cuidados que podem ser assumidos pelo cuidador informal são muito diversificados, dependendo da situação de saúde da pessoa doente/dependente, bem como das competências do cuidador. Como estas podem ser incrementadas, os cuidados pelos quais assumem responsabilidade podem ser evolutivos. De entre os possíveis cuidados destacamos os seguintes:

- a) Escutar, estar atento, ser solidário e respeitar a pessoa cuidada;
- b) Ajudar na higiene pessoal;
- c) Posicionar a pessoa dependente, de acordo com as suas necessidades e com a periodicidade recomendada pelos profissionais de saúde;
- d) Ajudar nas transferências cama/cadeira/cama;
- e) Ajudar na locomoção e atividades físicas apoiadas;
- f) Estimular e ajudar na alimentação;
- g) Promover atividades de lazer e recreação;
- h) Promover a comunicação, a socialização e a participação na comunidade;
- i) Estimular a memória e a concentração;
- j) Estimular e/ou manter o interesse da pessoa pelo autodesenvolvimento (espiritualidade, autoestima);
- k) Estimular, manter ou adaptar o desenvolvimento de atividades, de acordo com o potencial e capacidades da pessoa;
- l) Manter a limpeza e a arrumação da casa ou quarto da pessoa dependente, promovendo um ambiente seguro e diminuindo o risco de acidentes;
- m) Assegurar um ambiente confortável e tranquilo, incentivando períodos de repouso diário;
- n) Administrar a medicação prescrita;

- o) Servir de elo entre a pessoa dependente, o seu médico e/ou serviços de saúde (como hospital, emergência, centro de fisioterapia, entre outras);
- p) Acompanhar a pessoa dependente e/ou ajudar os familiares em consultas, exames e internamentos hospitalares;
- q) Prestar cuidados à pessoa dependente, sob a orientação de profissionais pelos quais a pessoa e os familiares são assistidos;
- r) Comunicar à equipa de saúde todas as mudanças verificadas no estado de saúde da pessoa cuidada e outras situações que se fizerem necessárias, para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde dessa pessoa.

Nestas circunstâncias, e tendo em consideração as pessoas que no nosso país assumem esta função com mais frequência, ou seja, esposas (frequentemente de idade idêntica à da pessoa dependente), filhas e noras (normalmente, durante o período da denominada “idade sanduíche”, ou seja, ainda têm filhos para cuidar e já têm a responsabilidade de cuidados aos mais idosos, que acumulam frequentemente com uma atividade laboral), é imperativo que se regule o estatuto do cuidador informal, o qual, por um lado, sistematizará todas as medidas (existentes e a criar) de apoio ao cuidador informal e por outro, funcionará como incentivo à domiciliação dos cuidados.

MONITORIZAÇÃO, GESTÃO E MELHORIA DA QUALIDADE NO MODELO CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

Tendo em consideração que foi aprovada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, 2013), torna-se agora necessário desenvolver a sua adequação aos cuidados domiciliários, uma vez que estes exigem alguma adaptação, quer dos modelos quer dos instrumentos.

A referência concetual clássica usada para a avaliação da qualidade dos cuidados em saúde considera a estrutura, o processo e os resultados (Donabedian, 2005). Será necessário adaptá-la, na medida em que qualquer destas dimensões têm particularidades no caso dos cuidados em casa. Por outro lado, o facto de os cuidados prestados assentarem, obrigatoriamente, numa parceria entre a saúde e a segurança social, obriga a que o modelo de monitorização, gestão e melhoria da qualidade dos cuidados domiciliários seja desenvolvido conjuntamente.

Existe, porém, toda uma experiência acumulada de trabalho conjunto entre a saúde e a segurança social, no âmbito da RNCCI que agora pode ser capitalizada no desenvolvimento desse modelo. Ainda no âmbito dessa Rede foram tomadas algumas decisões que são considerados contributos importantes para este modelo. Destacamos a adoção da Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF) em todo o processo de cuidados à pessoa com dependência. Esta linguagem classificada da OMS, além de ter uma estrutura concetual que permite uma avaliação da funcionalidade da pessoa em contexto, permite ainda, quando aplicada sucessivamente, perceber os resultados alcançados decorrentes do processo de cuidados. Num futuro breve, permitir-nos-á também o escalonamento dos doentes por níveis de complexidade de cuidados.

Destacamos também a experiência de acompanhamento das Equipes de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), desenvolvida em algumas regiões de saúde, que está a servir de base para o desenvolvimento de um sistema nacional de acompanhamento destas equipas.

Para concluir, consideramos adequado enunciar a lista de “Declarações de Qualidade” para os cuidados domiciliários propostos pelo *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2016):

Declaração 1. As pessoas idosas que usam serviços de cuidados domiciliários têm um plano de cuidados que identifica como as suas prioridades e resultados pessoais serão alcançados.

Declaração 2. As pessoas idosas que usam serviços de cuidados domiciliários têm um plano de cuidados que identifica como a sua equipa de cuidados responderá a visitas perdidas ou atrasadas.

Declaração 3. As pessoas idosas que usam serviços de cuidados domiciliários recebem cuidados de uma equipa consistente de profissionais de cuidados domiciliários que estão familiarizados com as suas necessidades.

Declaração 4. As pessoas idosas que usam serviços de cuidados domiciliários têm visitas de pelo menos 30 minutos, exceto quando visitas curtas para tarefas específicas ou para avaliações foram acordadas como parte de um pacote mais amplo de apoio.

Declaração 5. As pessoas idosas que usam serviços de cuidados domiciliários têm uma revisão dos resultados do seu plano de cuidados num período de 6 semanas após o início do processo de cuidados e depois, pelo menos, anualmente.

Declaração 6. Os profissionais que prestam cuidados domiciliários têm discussões de supervisão baseadas na prática com profissionais (peritos) de cuidados domiciliários pelo menos a cada 3 meses.

TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO E CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

Apesar das inúmeras vantagens dos cuidados domiciliários, estes estão sujeitos à contingência de não disporem da presença em permanência de um profissional de saúde. Tal circunstância pode dificultar a deteção e ação precoces sobre alterações ao estado de saúde.

Adicionalmente, quer o doente quer o seu cuidador tomam ao longo do dia inúmeras decisões relativas aos cuidados para as quais não dispõem de outra base que não o seu nível de literacia em saúde. Algumas destas decisões conduzem ao consumo excessivo ou desnecessário de atos de saúde e, em alguns casos, a atitudes erradas com efeitos perniciosos no processo de cuidados.

As novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) têm potencial para alterar radicalmente este cenário, permitindo incrementar a qualidade dos cuidados e a segurança do doente e seu cuidador. Potenciam outras formas de intervenção terapêutica através de mecanismos de monitorização remota, quer de interação em tempo real. Se a estas potenciali-

acrescentarmos as que decorrem da internet das coisas (*Internet of Things* - IoT)¹ e da Inteligência Artificial (IA)² aplicadas à saúde, é todo um mundo novo de possibilidades que exigirão, a breve prazo, o repensar dos modelos organizacionais e até das relações entre os diversos atores do processo de cuidados (Fonseca et al., 2017a; Martínez-Pérez et al., 2014a; World Health Organization, 2012a; World Health Organization Regional Office for Europe, 2016a).

Podemos sistematizar as potencialidades das TIC em dois grandes grupos, a saber:

Monitorização e gestão ativas (requerendo envolvimento e participação do usuário final):

Aplicações de Telessaúde para gestão de doenças numa base de cuidados domiciliários (que vinculam os doentes e suas famílias aos seus prestadores de cuidados de saúde);

Comunidades baseadas na Web para doentes sujeitos a cuidados domiciliários (que vinculam doentes e suas famílias aos profissionais de saúde, pares e comunidade);

Registos pessoais de saúde (que permitem aos doentes criar e armazenar as suas informações pessoais de saúde);

Monitorização e gestão passivas (para a qual a implementação de TIC não requer treino ou ser operada pelo usuário final):

Aplicações robóticas (aplicações de inteligência artificial autónoma que atendem necessidades de cuidados domiciliários);

"Casas inteligentes" (em que as TIC baseadas no uso de sensores passam a ser parte da infraestrutura residencial).

Face ao exposto as TIC permitem:

Recolha automática e contínua de dados de natureza clínica;

Tratamento inteligente dos dados recolhidos;

Decisões e intervenções atempadas dos cuidadores (informais e formais) com base nos dados recolhidos e tratados de modo inteligente;

Perspetivar outras formas de intervenção terapêutica com recurso a interação (com som e imagem) em tempo real com o doente e cuidador;

Incrementar a acessibilidade aos cuidados de saúde;

Incrementar a qualidade dos cuidados de saúde;

Incrementar a integração e continuidade de cuidados;

¹ Internet das coisas: uma rede de objetos conectados à Internet capazes de coletar e trocar dados usando sensores incorporados.

² A Inteligência Artificial é uma área de informática que enfatiza a criação de máquinas inteligentes que funcionam e reagem tomando como referência os seres humanos. Algumas das atividades que os computadores com inteligência artificial são projetados para incluir: Reconhecimento de fala; Aprender; Planear; Solucionar problemas.

Incrementar os resultados em saúde;

Diminuir os gastos em saúde, quer para os doentes e suas famílias quer para o estado.

Existe já evidência empírica que nos permite perceber que estamos no dealbar de uma nova era, com profundas implicações a todos os níveis, mas acima de tudo com enormes vantagens para os doentes e para os seus cuidadores. Cita-se, a título de exemplo, o *Seattle-based Group Health Cooperative*, que desenvolveu um piloto de cuidados domiciliários com recurso a TIC — verificaram melhorias na experiência dos doentes, na qualidade dos cuidados, e no *burnout* dos profissionais de saúde. Em comparação com outras clínicas de Saúde do Grupo, os doentes que participaram neste piloto tiveram 29 % menos visitas ao serviço de urgência e 6 % menos de hospitalizações. A poupança calculada foi de US \$10,3 por doente por mês (Reid et al., 2010).

Por sua vez, em Taiwan foi desenvolvido um projeto de telessaúde aplicado na rede de *Long Term Care*. Da avaliação preliminar resultaram as seguintes conclusões:

os modelos de cuidados domiciliários e de cuidados comunitários facilitaram respostas atempadas dos profissionais de saúde caso os doentes tivessem condições emergentes.

no modelo de cuidados domiciliários, a taxa de readmissão hospitalar foi reduzida de 8,19 % para 3,17 %, e a taxa de visita hospitalar diminuiu de 2,95 % para 2,90 %.

no modelo de cuidados comunitários, a taxa de não adesão à medicação foi reduzida de 38,20 % para 9,20 %.

no modelo de cuidados residenciais, foram encontradas taxas reduzidas de readmissão no hospital, infeção nosocomial e evento adverso medicamentoso.

Conclui-se assim que a telessaúde permitiu que os idosos com doenças crónicas vivessem de forma independente, e ajudou os institucionalizados a obter cuidados agudos de forma mais eficiente, sem o aumento da mão de obra da organização de saúde (Hsu et al., 2010).

Em suma, a telessaúde é efetiva na diminuição dos custos suportados pelos doentes, reduzindo o número de visitas ambulatoriais e de idas ao serviço de urgência e a permanência hospitalar. Melhora a qualidade de vida relacionada com a saúde e diminui o custo dos cuidados de saúde. Por tais razões recomenda-se a sua adoção de forma sistemática, de acordo com modelos de cuidados previamente definidos e com avaliação dos resultados (World Health Organization Regional Office for Europe, 2016).

PLANEAMENTO DA REDE DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

Com base nos elementos apresentados, podemos afirmar que os cuidados em casa podem ser uma resposta aos atuais desafios, que decorrem do envelhecimento demográfico e consequente alteração do perfil epidemiológico (aumento da prevalência de doenças crónicas e das multimorbilidades e das situações de dependência funcional) (Tarricone & Tsourus,

2008; UNECE, 2015; WHO.int, 2015). Os cuidados domiciliários permitem: uma abordagem sustentável para evitar a necessidade de uma institucionalização desnecessária, aguda ou de longo prazo e manter as pessoas em suas casas e comunidades o maior tempo possível. A inovação tecnológica pode representar, na Europa, uma solução viável para o desenvolvimento de cuidados em casa. Contanto que com novas formas de organização de prestação de cuidados, e ainda mais integração e coordenação nos sistemas de saúde (Tarricone & Tsourus, 2008).

Decorre da afirmação anterior a necessidade de cumprir um conjunto de requisitos para que se possa estruturar uma Rede de Cuidados Domiciliários, que responda adequadamente às diversas necessidades da população carenciada. De entre esses requisitos destacamos:

os cuidados domiciliários constituem-se como uma resposta (entre muitas outras), devendo por isso ser organizados numa lógica de complementaridade de modo que concorram para a integração e continuidade de cuidados;

os cuidados domiciliários devem ser uma resposta conjunta da Saúde e da Segurança Social, integrada com outros atores da comunidade, nomeadamente as autarquias;

os cuidados domiciliários devem organizar-se territorialmente, tendo em consideração a distribuição geográfica de pessoas com 75 anos e mais, uma vez que são estas as que apresentam maior probabilidade de desenvolverem algum grau de dependência. Foi já desenvolvido um trabalho de georreferenciação destes grupos, que permite perceber a adequação da atual distribuição de equipas domiciliárias, conjugando a densidade populacional e as distâncias a percorrer;

no que concerne às TIC, deve ser desenvolvida uma estratégia que, no mínimo, garanta o acesso à informação em casa dos doentes (web services), a portabilidade de dados e consequente, interoperabilidade entre sistemas de informação. Adicionalmente deve desenhar-se uma estratégia que permita desenvolver pilotos controlados que incluam telemonitorização remota, telecuidados, sistemas de apoio à decisão, entre outros;

as equipas de cuidados domiciliários devem ser multiprofissionais e ter uma constituição base que confira estabilidade e garanta continuidade. Devem adicionalmente ser acrescentadas as competências exigidas pela condição de saúde das pessoas referenciadas para estas equipas;

No contexto do Serviço Nacional de Saúde perspetivam-se três diferentes respostas de cuidados domiciliários:

as **ECCI**, vocacionadas para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma;

as respostas de **cuidados domiciliários das USF**, vocacionadas para a gestão da doença aguda ou agudização de doença crónica que não requeira internamento;

as equipas hospitalares de **internamento domiciliário**, vocacionadas para a gestão

da doença aguda ou agudização de doença crónica que requeira internamento.

todas as equipas/respostas atrás mencionadas devem articular-se entre si, de modo que garantam a complementaridade e a continuidade de cuidados;

as equipas de cuidados domiciliários devem assumir a figura do coordenador de cuidados;

as equipas de cuidados domiciliários devem desenvolver estratégias de envolvimento dos doentes e cuidadores informais através dos princípios da coprodução de cuidados;

as equipas de cuidados domiciliários devem assumir o doente e o seu cuidador informal como centro do planeamento dos cuidados. O cuidador informal deve ser também considerado um parceiro de cuidados e por isso desenvolverem uma estratégia de capacitação do mesmo;

as equipas de cuidados domiciliários devem assumir o PIC como instrumento de planeamento de cuidados e garante da integração e do diálogo entre os diferentes cuidadores;

2.2.3. OS CUIDADOS DOMICILIÁRIOS NO ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

Tendo em consideração o atrás referido, apresentamos uma proposta de intervenção através da qual se pretende proporcionar um acompanhamento próximo a pessoas afetadas por doenças crónicas e/ou multimorbilidade, através de medidas que congreguem diferentes níveis de cuidados, unidades funcionais e equipas numa perspetiva de integração e continuidade de cuidados.

O público-alvo desta intervenção são as pessoas com doença crónica e/ou multimorbilidade e seus cuidadores, independentemente do sítio onde habitem regularmente (casa própria ou Estabelecimento Residencial para Pessoas Idosas - ERPI).

A INTERVENÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE PÚBLICA E UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

Dada a natureza de intervenção comunitária destas unidades (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008), preconiza-se que as mesmas se responsabilizem pelos planos de intervenção de carácter comunitário, nomeadamente os Plano de Contingência de Saúde Sazonal (Plano de Contingência Saúde Sazonal, 2017). A intervenção destas Unidades Funcionais deverá estar de acordo com os programas verticais que considerarem adequados. Mas deve focar-se nos mais vulneráveis deste grupo etário e desta circunstância (pessoas idosas com doença crónica/multimorbilidade) e preocupar-se com os momentos de especial vulnerabilidade para estes grupos (ondas de calor e de frio, epidemia de gripe). Entendem-se como espaços preferenciais de intervenção os Centros de Dia e as ERPI, bem como espaços associativos fre-

quentados por pessoas idosas; entendem-se como focos prioritários, a literacia e a capacitação das pessoas idosas saudáveis ou doentes/dependentes e dos cuidadores informais, mas também dos cuidadores formais das estruturas atrás referidas e dos SAD. Poderão, se o entenderem, socorrer-se dos meios de comunicação considerados adequados para alcançarem os seus objetivos e/ou dos meios didáticos que existirem e/ou vierem a ser criados.

As UCC têm adicionalmente um caráter assistencial, o qual é assumido pelas ECCI, competindo-lhes prestar “*cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo*” (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008). Por tais razões, estas Equipas, em articulação com as restantes Unidades Funcionais, assumirão um papel preponderante na gestão do processo de cuidados a pessoas com doença crónica/multimorbilidade, principalmente quando daí decorram situações de dependência, como abaixo se explicará.

INTERVENÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR E UNIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS

Tendo em consideração a missão definida para as USF, ou seja, “*a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos*” (Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF), 2007), propõe-se que toda a gestão do processo de cuidados a pessoas com doença crónica/multimorbilidade e de gestão da doença aguda/agudização de doença crónica, seja assumido por estas unidades orgânicas.

Neste contexto, as USF/UCSP devem começar por desenvolver todo o trabalho preparatório que lhes permitirá gerir aqueles processos de forma adequada. Este trabalho deve pautar-se pela pró-atividade, ou seja, não ficar dependente da procura, mas antes da condição de saúde dos seus utentes. Assim, devem começar por identificar na respetiva lista de utentes quais os que devem integrar o grupo dos que beneficiarão com uma intervenção desta natureza. Estes devem, na primeira oportunidade, ser sujeitos a uma avaliação multidimensional que inclua:

- Diagnóstico Classificação Internacional das Doenças/Classificação Internacional de Cuidados Primários (CID/ICPC) das principais doenças crónicas;
- Diagnóstico CIF (que inclui diagnóstico contextual).

Simultaneamente as USF/UCSP devem:

- responder em tempo útil às situações que assim o exijam;
- criar uma articulação formal com o SNS24 para este efeito;
- capacitar um conjunto de enfermeiros para se assumirem como coordenadores de cuidados;
- fazer uma gestão da carteira de Visitas Domiciliárias (VD) de modo que estas sejam utilizadas nas situações de maior carência e sempre em complementaridade com outras unidades funcionais (e. g. UCC/ECCI).

Assim, como primeira medida, propõe-se que se inicie paulatinamente o diagnóstico integral destas pessoas. Num primeiro momento, proceder-se-á à identificação das pessoas com doenças crónicas/multimorbilidade nas listas de utentes das USF/UCSP. Para esse efeito e como referência, propomos que se socorram do estudo transversal de prevalência de multimorbilidade entre a população adulta atendida nos cuidados de saúde primário em Portugal (Prazeres & Santiago, 2015). De acordo com este estudo, a multimorbilidade é uma realidade que se acentua com o evoluir da idade, e pode ser agrupada em 3 *clusters* principais: cardiometabólica, ansiedade-depressão e dor relacionada. Estes *clusters* são sobreponíveis aos encontrados em diversos estudos de outros países, divergentes apenas na carga de doença, que é consideravelmente superior na população portuguesa.

Sabemos ainda que mais de dois terços das pessoas com idades entre 65-74 relataram limitações físicas ou sensoriais; no grupo das pessoas com 85 e mais anos, a proporção das que relatam limitações físicas e sensoriais ultrapassou 95 %; em relação às limitações nas atividades de cuidados pessoais entre as pessoas com idades entre 65-74, essa participação aumentou para 5 % em França e mais de 10 % noutros países, atingindo 33 % na Eslovénia; A proporção de pessoas com idade igual ou superior a 85 anos que comunicaram limitações em cuidados pessoais ultrapassou 50 %.

Estes dados são sobreponíveis com os resultados do estudo epidemiológico sobre a funcionalidade dos idosos na região do Alentejo, onde se constata que as limitações funcionais são crescentes, acentuando-se sobretudo a partir dos 75 anos de idade (Lopes et al., 2013).

Embora as limitações funcionais não resultem apenas das situações de multimorbilidade atrás referidas, existe evidente relação entre ambas as dimensões.

Face ao exposto, propomos que sejam seleccionadas as pessoas que, cumulativamente:

- tenham 65 anos ou mais;
- se incluam num dos 3 *clusters* atrás referidos; e
- apresentem limitações funcionais que imponham algum nível de dependência.

Num segundo momento, e à medida que se verificar contacto dessas pessoas com as estruturas da saúde, deverá ser feito diagnóstico integral que inclui:

- Diagnóstico CID/ICPC das principais doenças crónicas;
- Diagnóstico CIF (que inclui diagnóstico contextual).

Efetuada o diagnóstico integral devem seleccionar-se as pessoas alvo desta intervenção que deverão ser: **as portadoras de doença crónica/multimorbilidade com declínio funcional estabelecido ou iminente, bem como as que manifestem evidente dificuldade na gestão do processo de cuidados.**

De seguida, deve dar-se início à elaboração de um PIC centrado na gestão da situação de cronicidade/multimorbilidade, considerando as dimensões associadas à(s) doença(s), mas também à funcionalidade. No PIC definir-se-á, em função do diagnóstico de saúde, qual o nível de intervenção de cada uma das unidades orgânicas dos CSP. Ou seja, por princípio, o doente será acompanhado pela USF/UCSP, que utiliza, para o efeito, todos os meios previstos na carteira de Serviços e ainda uma articulação a definir com o SNS24. Caso o doente cumpra os critérios, deverá ser referenciado para uma ECCI (sem necessariamente perder o

vínculo à respectiva USF/UCSP). Em caso de exaustão do cuidador, deve referenciar-se para uma Unidade de Cuidado Continuados Integrados (UCCI). Por último, os doentes poderão ainda ser referenciados para as UCCI em caso de manifesta necessidade de:

- cuidados de reabilitação
- continuidade de cuidados complexos
- alimentação entérica;
- tratamento de úlceras de pressão e/ou feridas;
- manutenção e tratamento de estomas;
- terapêutica parentérica;
- medidas de suporte respiratório — designadamente oxigenoterapia ou ventilação assistida;
- ajuste terapêutico e/ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada.
- ensino doente/cuidadores.

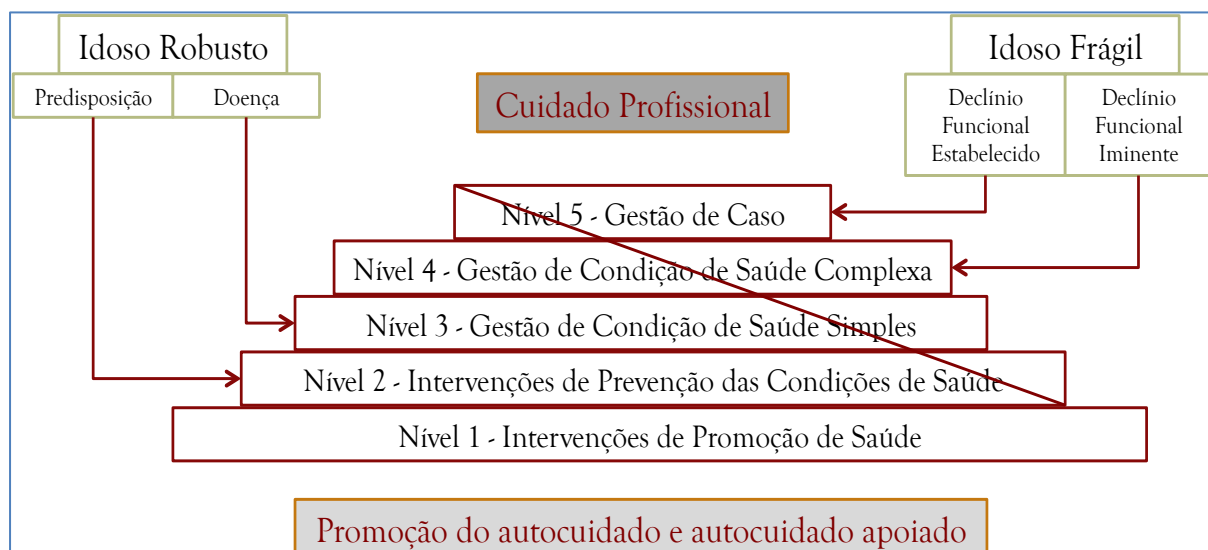


Figura 8
Modelo de Intervenção Escalonada e Gradualista
Adaptado de: Moraes (2012)

A intervenção deverá ser escalonada e gradualista (Ver Figura 8), mobilizando todos os cuidadores (informais e formais), sendo para o efeito necessário articular a intervenção com outras estruturas existentes na comunidade, nomeadamente os Serviços de Apoio Domiciliário.

Para as situações de doença crónica/multimorbilidade particularmente complexas deverá ser nomeado um coordenador de cuidados.

O PIC deverá prever, entre outras, as seguintes dimensões:

cuidados a prestar à pessoa com doença crónica/multimorbilidade e ao seu cuidador, com definição das responsabilidades dos diversos cuidadores;

capacitação do cuidador;

articulação entre unidades funcionais e outras estruturas da comunidade, nomeadamente, os Serviços de Apoio Domiciliário (SAD);

formas de comunicação do doente e do cuidador com a sua equipa de cuidados.

OS CUIDADOS DOMICILIÁRIOS NO ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM DOENÇA AGUDA OU AGUDIZAÇÃO DE DOENÇA CRÓNICA QUE NÃO EXIJAM INTERNAMENTO

Para este efeito, cada USF/UCSP deve articular-se com o SNS24, com o objetivo de fazer uma primeira triagem de pessoas com autodiagnóstico de doença aguda e/ou agudização de doença crónica. Cada USF/UCSP deve ainda estabelecer uma relação de consultoria com o seu hospital de referência e definir “vias verdes” de acesso a consultas de especialidade (presenciais ou por videoconferência) e/ou de internamento.

Assim, todas as pessoas que autodiagnostiquem uma situação de doença aguda e/ou agudização de doença crónica devem ser incentivadas a contactar estes meios antes de se deslocarem aos serviços. Em função desta triagem, a pessoa poderá ser orientada a permanecer em casa com um conjunto de recomendações e recebendo uma chamada de *follow-up* mais tarde. A Linha SNS24 notificará a respetiva USF/UCSP deste processo.

Estas pessoas, em função da triagem feita pelo SNS24, poderão ser aconselhadas a dirigirem-se aos serviços de saúde (USF/UCSP). Neste caso, as pessoas deverão beneficiar de uma redução da taxa moderadora. Para uma resposta efetiva, estas unidades funcionais devem, diariamente, ter disponibilidade para atendimento destas situações e um nível de resolutividade que deverá incluir, entre outras, capacidade para realizar alguns Exames Complementares de Diagnóstico (ECD). Deste atendimento podem resultar duas linhas de ação:

1. Diagnostica-se a situação e decide-se que é controlável em ambulatório. Neste caso, será desenhado um PIC que deverá incluir *follow-up* telefónico e/ou VD, citação do autocuidado e/ou do cuidador, entre outras. Deverá ainda incluir interação com outros cuidadores formais, nomeadamente os profissionais dos SAD, Centros de Dia e ERPI, no sentido de os capacitar para cuidarem adequadamente da pessoa.

Terminado o período de doença aguda o utente integra o PIC associado à gestão do processo de cuidados a pessoas com doença crónica/multimorbilidade.

2. Diagnostica-se a situação e decide-se que a pessoa carece de internamento hospitalar. Neste caso, deverá acionar-se a “via verde” de internamento atrás referida, que obriga a diálogo com os profissionais do hospital de referência. O internamento poderá ocorrer na modalidade tradicional ou na modalidade de internamento domiciliário. Durante o internamento e o mais precocemente possível, deve decidir-se se, como consequência daquela situação de saúde, resultará um incremento do nível de dependência com necessidade de

cuidados que exijam a intervenção de profissionais de saúde. Neste caso o doente é referenciado para a RNCCI (preferencialmente para as ECCI). Caso regresse a casa, o doente deve ser referenciado para a sua USF/UCSP, através do PIC, garantindo assim a continuidade de cuidados. A USF/UCSP deverá fazer o *follow-up* telefónico, por consulta médica, de enfermagem ou por VD num período considerado adequado de acordo com a exigência da situação.

OS CUIDADOS DOMICILIÁRIOS NO ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM DOENÇA AGUDA OU AGUDIZAÇÃO DE DOENÇA CRÓNICA EM PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Ainda que não se reduza a essa dimensão, centraremos a análise desta temática no que se convencionou designar como internamento domiciliário. Podemos defini-lo como os cuidados de saúde prestados na casa do doente, mas de complexidade, intensidade e duração comparáveis aos recebidos por um doente em um hospital convencional (López-Benito & Baydal, 1999).

A hospitalização domiciliária foi-se impondo progressivamente como uma resposta a considerar quer por força das alterações demográficas e epidemiológicas da população, quer dos próprios efeitos iatrogénicos da hospitalização, principalmente em grupos populacionais mais envelhecidos. De entre estes efeitos destacamos as questões de segurança, nomeadamente, as infeções hospitalares, quedas e úlceras de pressão.

Também as questões económicas e, em alguns casos, a escassez de camas hospitalares, foram fatores que impuseram a reflexão sobre um modelo de resposta considerado nuclear em qualquer sistema de saúde, independentemente da sua natureza.

Face ao exposto, e uma vez que os modelos de hospitalização domiciliário são muito diversos, impõe-se equacionar um que tenha em consideração a realidade do nosso Serviço Nacional de Saúde. Assim, os pressupostos básicos do modelo que propomos são os definidos para os cuidados domiciliários, com as especificidades adequadas ao internamento domiciliário.

Ou seja, apesar de os doentes sujeitos a hospitalização domiciliária serem responsabilidade do respetivo hospital, o facto de os cuidados serem prestados em casa da pessoa, altera substancialmente todo o processo de cuidados. A isso acresce o facto de o período de internamento terminar necessariamente com uma alta, a qual tem de garantir a continuidade para outro nível de cuidados. Conjugando estas circunstâncias, propõe-se um modelo de cuidados que cumpra os seguintes requisitos:

1. o doente é tratado em casa de uma doença aguda, cuja gravidade exige hospitalização;
2. o tratamento requer tecnologia de natureza hospitalar (Cuxart Mèlich & Estrada Cuxart, 2012).
3. tanto o hospital como o sistema de saúde (e. g., SNS, Seguradoras, ADSE) aceitam que os doentes que estão nesta situação mantêm uma dependência do respetivo hospital (Cuxart Mèlich & Estrada Cuxart, 2012);

4. o fornecimento de medicamentos, os exames complementares de diagnóstico e outros serviços são feitos com prontidão equivalente à dos doentes internados no hospital (Cuxart Mèlich & Estrada Cuxart, 2012);
5. a responsabilidade dos cuidados médicos e de enfermagem é do hospital, de vendo ser garantida a permanência necessária ao longo das 24 horas (Cuxart Mèlich & Estrada Cuxart, 2012). Apesar disso, e como forma de garantir a continuidade de cuidados, a equipa hospitalar deve, desde o primeiro momento, articular a sua intervenção com a equipa dos CSP e/ou dos Cuidados Continuados Integrados (CCI) que irá assumir as responsabilidades após a alta. Tal articulação poderá permitir uma alta precoce e garantir que os profissionais que irão dar continuidade aos cuidados são detentores das competências necessárias para o efeito;
6. o processo de cuidados deve ter o doente e o seu cuidador como foco dos cuidados;
7. o cuidador deve, simultaneamente, ser entendido como parceiro de cuidados;
8. o PIC será o instrumento privilegiado e expressão da centralidade dos cuidados, do envolvimento do doente e familiar, e da comunicação entre todos os cuidadores;
9. os cuidados são prestados de forma coordenada e semelhante aos cuidados prestados aos doentes internados no hospital (Cuxart Mèlich & Estrada Cuxart, 2012);
10. A opção pela hospitalização domiciliária exige o consentimento dos doentes (Cuxart Mèlich & Estrada Cuxart, 2012);

Face ao exposto, e do ponto de vista organizacional, o projeto de hospitalização domiciliária deve iniciar-se com a criação de uma equipa particularmente vocacionada para o efeito, devendo a mesma preocupar-se com a definição:

do modelo de cuidados;

do modelo organizacional, clarificando o seu enquadramento na estrutura organizacional do hospital, mas também um modelo de relação com os CSP e com os CCI;

do perfil de doentes a integrar nesta resposta. Diversos modelos de hospitalização domiciliária optam por um perfil de doentes que reflete a tradicional divisão clínico-organizacional dos hospitais (e. g., doentes pós-cirúrgicos, doentes da medicina interna, doentes ortopédicos). É de equacionar a possibilidade de modelos alternativos que respondam preferencialmente a doentes particularmente complexos e vulneráveis aos efeitos iatrogénicos da hospitalização prolongada;

da área geográfica a abranger. Muitos modelos de hospitalização domiciliária propõem um raio de ação curto relativamente ao hospital. Contudo, o adequado uso de TIC, bem como as articulações atrás referidas, poderá permitir aumentar esse raio de ação;

dos recursos necessários, de entre os quais destacamos:

meios humanos – tendo em consideração a inexistência de estudos em contextos de hospitalização domiciliária, devem adotar-se como referência os rácios padrão definidos para os correspondentes serviços hospitalares;

meios que garantam a mobilidade física dos profissionais;

meios que garantam acesso ao sistema de informação;

meios de comunicação eficazes;

de um sistema de monitorização e avaliação que contemple:

indicadores de resultados em saúde comparáveis com outros projetos e com os doentes internados em regime tradicional;

indicadores de processo;

indicadores de satisfação dos doentes;

indicadores socioeconómicos.

De acordo com os diversos estudos realizados em diferentes contextos, parecem existir evidências que demonstram que a hospitalização domiciliária tem múltiplos benefícios. Destes, destacamos: reduções na mortalidade, taxas de readmissão e custos; e aumentos na satisfação do doente e do cuidador, sem qualquer alteração na carga do cuidador (Caplan et al., 2012). Outros estudos garantem que o modelo de hospitalização domiciliária é viável, seguro e eficaz para certos doentes mais velhos com doenças agudas selecionadas que requerem atendimento hospitalar agudo (Leff et al., 2005).

Todavia, também existem estudos que consideram não haver ainda evidência suficiente da eficiência económica destes modelos. Por tais razões, torna-se necessário que os modelos a desenvolver explorem ao máximo todas as possibilidades decorrentes de uma maior integração e continuidade de cuidados, e ainda as que decorrem do desenvolvimento dos sistemas tecnológicos que potenciam as vantagens do que se convencionou denominar como telessaúde.

Em jeito de síntese poderíamos afirmar, parafraseando um relatório da *Joint Commission*, que o hospital do futuro será um dia definido mais pela sua propriedade intelectual do que pelas suas instalações (The Joint Commission, 2008).

3. AS PROFISSÕES DE SAÚDE E OS CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

Em novembro de 2018 ocorreu em Washington D. C., a 6.ª conferência intitulada “*The Healthcare of tomorrow*”. Este evento uniu os principais líderes dos Estados Unidos da América — especialistas médicos, executivos de hospitais, formuladores de políticas, seguradoras, defensores do consumidor e analistas do setor — para trocar ideias, compartilhar as melhores práticas e estabelecer novos padrões para o atendimento ao utente.

Do evento ocorrido em 2017 resultaram ideias que interessa considerar. A primeira delas é que os cuidados de saúde do futuro vão afastar-se dos hospitais e regressar a casa das pessoas. Neste contexto, a transição de pagamentos ao ato para cuidados baseados em valores continua, mas a um ritmo mais lento. Por último, os determinantes sociais da saúde são claramente assumidos como uma tendência, mas a precisarem de uma direção.

Neste processo de domiciliação dos cuidados, uma das dimensões mais evidenciada é a tecnológica. De facto, dispomos agora de meios que nos permitirão prestar cuidados em casa, que podem ir desde a promoção de saúde, aos cuidados curativos e à reabilitação. Todavia, precisa ficar claro que a dimensão tecnológica, tendo criado esta oportunidade, é instrumental. Assim, a dimensão central desta deslocalização dos cuidados residirá na resposta à seguinte questão: Qual o modelo de cuidados?

Tal como já foi referido, o modelo de cuidados tem, obrigatoriamente, de ser centrado no utente/doente e seus cuidadores/família. Tem, por outro lado, de garantir a integração e continuidade dos cuidados. Considerando que essa pergunta está respondida, a questão que tem de se colocar a cada uma das diversas profissões de saúde é: Como é que se (re)equacionam nesse modelo de cuidados?

Entendemos que existem critérios comuns a todas as profissões e, em congruência com estes e com o modelo de cuidados definido, cada profissão deve reequacionar-se, nomeadamente ao nível das competências essenciais a este tipo de resposta.

Relativamente aos critérios comuns a todas as profissões, socorrer-nos-emos do trabalho desenvolvido pelo *Institute of Medicine* (Greiner et al., 2003). Teve o objetivo de aperfeiçoar ideias sobre como integrar um conjunto básico de competências na educação das profissões de saúde, para capacitá-las a melhor responderem aos desafios futuros decorrentes das necessidades de saúde das populações. Estas competências não foram pensadas especificamente para os cuidados domiciliários, mas são neste contexto particularmente pertinentes. Desse trabalho destacamos as seguintes dimensões:

Prestar cuidados centrados no utente – respeito pela identidade e valores; prioridade ao alívio da dor e do sofrimento; cuidados continuados integrados; capacidades de escuta, comunicação e de educação; capacidade de partilha de decisões e de gestão partilhada, entre outros;

Trabalhar em equipas interdisciplinares – cooperar, colaborar, comunicar e integrar o cuidado em equipas, para assegurar que esse mesmo cuidado é contínuo e confiável. No

pressuposto de que nenhuma disciplina ou profissão é suficiente para dar uma resposta completa às necessidades das pessoas;

Empregar a prática baseada na evidência – integrar a melhor investigação com a perícia clínica e os valores dos utentes para um cuidado de excelência; e participar em atividades de aprendizagem e de investigação para o incremento e expansão dessa mesma evidência. Acrescentaríamos a prática baseada na teoria porque, em qualquer profissão de saúde, a prática, investigação e teoria são os pilares estruturantes, sendo a sua relação recíproca e cíclica (Allgood, 2011; Mccrae, 2011; Raudonis & Acton, 1997; Saleh, 2018).

Aplicar processos de melhoria contínua da qualidade – identificar erros e perigos nos cuidados; compreender e implementar princípios básicos de segurança; medir sistematicamente a qualidade em termos de estrutura, de processo e de resultados;

Utilizar a informática – mais que utilizar a informática, cada vez mais se torna crucial a capacidade de utilizar as novas tecnologias de comunicação e informação de modo a que: facilitem a comunicação, a gestão do conhecimento e a mitigação do erro; e apoiem o processo de tomada de decisão (Greiner et al., 2003).

Num outro trabalho de referência, promovido pela revista Lancet sobre a evolução das profissões de saúde no século XXI, defende-se que todos os profissionais de saúde, em todos os países, devem ser educados para mobilizar conhecimento e se envolverem em raciocínio crítico e conduta ética. Só assim terão competências para integrar sistemas de saúde centrados no utente e na população, como membros de equipas localmente responsivas e globalmente conectadas (Frenk et al., 2010).

3.1. A ENFERMAGEM E OS CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

Referidas que foram as dimensões comuns às múltiplas profissões de saúde, para que se possam (re)equacionar no contexto dos cuidados domiciliários enquanto *setting* redescoberto para a prestação de cuidados de saúde, interessa agora (re)equacionar o posicionamento da disciplina e profissão de enfermagem.

A enfermagem afirma-se como uma disciplina e uma profissão, pelo que as definições de alguns dos autores mais renomados tentam conjugar esta dupla realidade. Assim, Meleis conjuga os conceitos estruturais da enfermagem enquanto disciplina na seguinte proposição: o enfermeiro interage (*interação*) com um ser humano numa situação de saúde/doença (*utente de enfermagem*), o qual é uma parte integrante do seu contexto sociocultural (*ambiente*) e está em alguma espécie de transição ou antecipando essa mesma transição (*transição*); a interação enfermeiro-utente está organizada à volta de algum propósito (*processo de enfermagem, resolução de problemas, intervenção holística*) e os enfermeiros usam ações (*intervenções terapêuticas*) para aumentar ou facilitar a saúde e o bem-estar (Meleis, 2018).

De uma forma mais concisa, definiram a enfermagem como a facilitação dos processos de transição no sentido de se alcançar uma maior sensação de bem-estar (Meleis & Trangenstein,

1994).

Por sua vez, a Ordem dos Enfermeiros (OE), preocupada essencialmente com o exercício Profissional, definiu a enfermagem como “a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e a grupos sociais em que ele está integrado, de forma a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Decreto-Lei 161/96, 1996-09-04 - Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 1996).

Ambas as formulações conceituais, sendo necessárias e úteis, não são suficientes para, por si só, enquadrarem a prestação de cuidados domiciliários. Exige-se assim um enquadramento específico.

Nas múltiplas teorizações a nível internacional, os cuidados domiciliários são frequentemente entendidos como fazendo parte da área de conhecimento/especialização de enfermagem comunitária. Assim, interessa começar por definir, ainda que de forma genérica, a prática de enfermagem de saúde comunitária. Esta combina a teoria e o conhecimento de enfermagem (incluindo ciências sociais e ciências da saúde pública) com os princípios de saúde domiciliária e dos cuidados de saúde primários (Community Health Nurses of Canada, 2011).

De entre os múltiplos modelos de prática profissional de enfermagem comunitária selecionamos o Modelo Canadiano de Prática Profissional de Enfermagem de Saúde Comunitária (Community Health Nurses of Canada, 2011), pela sua sistematização e completude. Este modelo inclui a estrutura, o processo e os valores que apoiam o controlo dos enfermeiros sobre a prestação de cuidados de enfermagem e o ambiente no qual os cuidados são prestados.

Os diferentes componentes do Modelo são os seguintes:

Utente (Pessoa, Famílias, Grupos, Comunidades, Populações, Sistemas) – Os enfermeiros de saúde comunitária apoiam a saúde e o bem-estar de pessoas, famílias, grupos, comunidades, populações e sistemas. Prestam cuidados em centros de saúde, lares, escolas e outros ambientes baseados na comunidade. Usam uma abordagem baseada na construção e fortalecimento de capacidades. Providenciam, coordenam ou facilitam o atendimento direto e vinculam as pessoas aos recursos da comunidade. Veem a saúde como um processo dinâmico de bem-estar físico, mental, espiritual e social. A saúde inclui autodeterminação e um senso de conexão com a comunidade (Community Health Nurses of Canada, 2011).

Código de Ética - É uma declaração dos valores éticos e dos compromissos dos enfermeiros com as pessoas com necessidades de cuidados de saúde e que recebem cuidados. Destina-se aos enfermeiros em todos os contextos e domínios da prática de enfermagem e em todos os níveis de tomada de decisão (Community Health Nurses of Canada, 2011).

Enfermeira de Saúde Comunitária – As competências desta profissional de saúde incluem:

promover, proteger e preservar a saúde de pessoas, famílias, grupos, comunidades e populações nos locais em que vivem, trabalham, aprendem, rezam e brincam, em um processo contínuo e/ou episódico;

considerar e abordar o impacto dos determinantes da saúde no contexto político, cultural e ambiental sobre a sua saúde;

apoiar abordagens de capacitação focadas nos pontos fortes do utente e na sua participação;

proteger e melhorar a dignidade humana, respeitando as convicções sociais, culturais e pessoais e as circunstâncias de seus utentes;

defender e engajar-se em ações políticas e opções saudáveis de políticas públicas para facilitar uma vida saudável;

incorporar os conceitos de inclusão, equidade e justiça social, bem como os princípios de desenvolvimento comunitário;

participar na geração e translação de conhecimento e integrar conhecimento nas múltiplas formas de saber;

envolver-se na tomada de decisão baseada na evidência;

trabalhar com um alto nível de autonomia;

ter um compromisso pessoal e responsabilização pela prática profissional com ênfase no trabalho de equipa, colaboração, consultadoria e relações profissionais (Community Health Nurses of Canada, 2011).

Padrões de Enfermagem em Saúde Comunitária - Eles representam os níveis desejáveis e alcançáveis de desempenho esperados dos enfermeiros em sua prática, e fornecem critérios para medir o desempenho real (Community Health Nurses of Canada, 2011).

Estrutura e Processo de prestação de cuidados - É utilizada uma variedade de abordagens na disponibilização de serviços que integram o processo de enfermagem de saúde comunitária na prática. Estes incluem, mas não estão limitados a:

Uma prática generalista baseada na localização geográfica (por exemplo, enfermagem de vizinhança);

Uma prática focada no estágio de desenvolvimento ou problema de saúde (por exemplo, saúde sexual, pós-parto, tratamento de feridas, enfermagem em turnos, cuidados paliativos);

Uma abordagem de processo de cuidado (por exemplo, equipa de enfermagem, cuidados de saúde primários, gestão de casos ou cuidados centrados na família);

Os papéis e atividades da enfermagem na saúde comunitária evoluem continuamente para atender às necessidades de saúde dos diferentes grupos populacionais. A prestação de serviços é focada em aspetos preventivos, curativos, sociais e ambientais do atendimento; responde às necessidades da comunidade; e leva em consideração a administração de recursos para tornar os serviços eficientes e eficazes (Community Health Nurses of Canada, 2011).

Determinantes da Saúde - são os fatores e condições individuais e coletivos que afetam o estado de saúde. Os determinantes da saúde influenciam a prática de enfermagem em saúde comunitária, devido ao profundo impacto que têm sobre a saúde do utente (pessoas, famílias, grupos, comunidades, populações e sistemas). Os enfermeiros de saúde comunitária apoiam o utente, defendendo a mudança para abordar os determinantes da saúde (Community Health Nurses of Canada, 2011).

Competências Específicas da Disciplina - São o conhecimento integrado, habilidades, julgamento e atributos exigidos de uma enfermeira para praticar com segurança e ética. Atributos incluem, mas não estão limitados a atitudes, valores e crenças (Community Health Nurses of Canada, 2011);

Suporte Governamental - No Canadá, a enfermagem em saúde comunitária é geralmente financiada por recursos do governo e influenciada por políticas governamentais. Neste contexto, as decisões sobre serviços financiados, recursos, padrões de desempenho e políticas que afetam a comunidade têm um impacto sobre a capacidade dos enfermeiros de saúde comunitária prestarem cuidados. Exige-se por isso que a comunidade de enfermagem trabalhe com governos e defenda decisões que otimizem a saúde na comunidade (Community Health Nurses of Canada, 2011);

Práticas de Gestão - Referem-se às estruturas e processos de tomada de decisão nas organizações e agências comunitárias. Práticas de gestão eficazes: promover a realização da prática autónoma; permitir que os enfermeiros de saúde comunitária pratiquem em todo o escopo de suas competências; e encorajar os enfermeiros de saúde comunitária a incorporar evidências e investigação nas suas práticas (Community Health Nurses of Canada, 2011).

Relações Profissionais e Parcerias - As relações profissionais reconhecem os pontos fortes e as contribuições dos outros, e exigem comunicação, consulta, colaboração e parcerias eficazes com utentes, membros da equipa, profissionais e outras organizações (Community Health Nurses of Canada, 2011).

Normas de Regulação Profissional - Estes padrões demonstram ao público, governo e outras partes interessadas que uma profissão é dedicada à manutenção da confiança pública e defesa dos critérios de sua prática profissional (Community Health Nurses of Canada, 2011);

Fundamentação Teórica - A prática de enfermagem de saúde comunitária combina a teoria e o conhecimento de enfermagem (incluindo ciências sociais e ciências da saúde pública) com os princípios de saúde domiciliária e dos cuidados de saúde primários. O metaparadigma de enfermagem inclui: a pessoa (indivíduos, famílias, comunidades, grupos e populações), saúde, enfermagem, meio ambiente [cultura], e justiça social como centrais para a prática de enfermagem em saúde comunitária (Community Health Nurses of Canada, 2011);

Valores e Princípios - Os valores fazem parte de um sistema de crenças coletivas que sustentam a prática profissional, informam o desenvolvimento de programas educacionais e orientam a administração (Community Health Nurses of Canada, 2011).

Definido este enquadramento para a Enfermagem de Saúde Comunitária, é indubitavelmente afirmado que esta e a Enfermagem de Saúde Domiciliária diferem na respetiva ênfase no utente e no programa.

Para o ilustrar apresentam o diagrama que aqui é reproduzido (ver Figura 9). Neste diagrama fica evidente não apenas a unicidade do conhecimento em enfermagem, mas também a sua especificidade por área de especialização/conhecimento e, por último, a sua relação com outras áreas profissionais e de conhecimento.

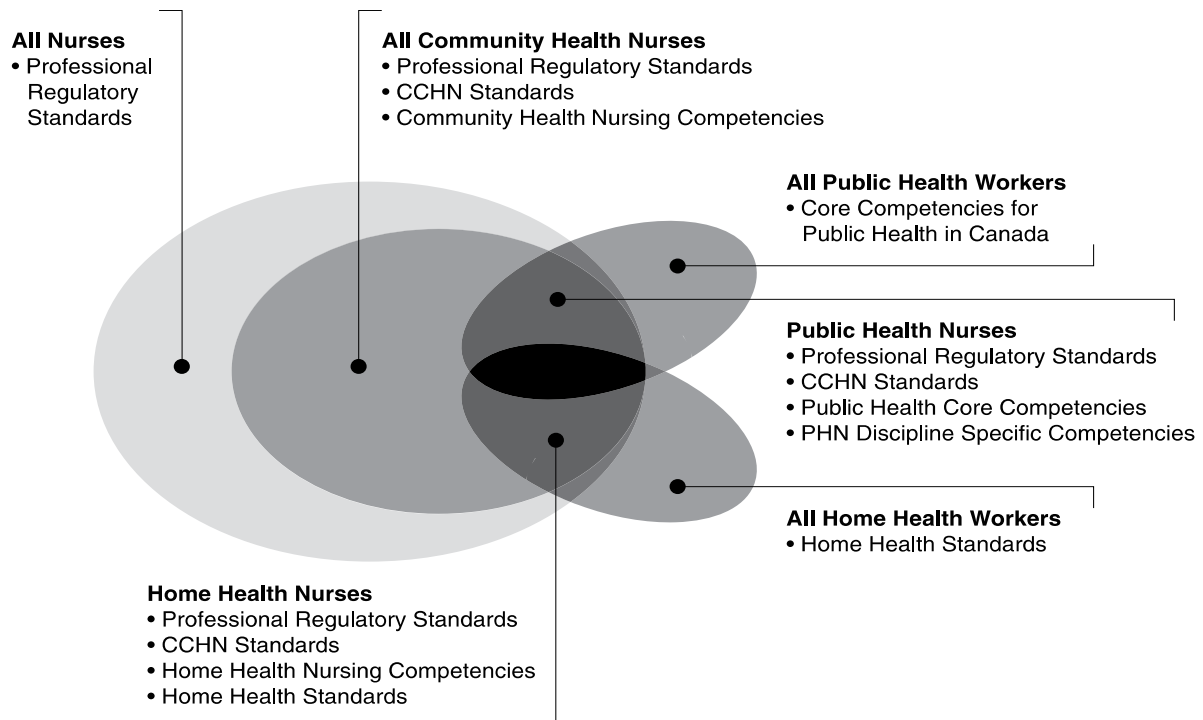


Figura 9

Relação entre padrões e competências das diversas áreas de especialização/conhecimento em enfermagem
 Fonte: (Community Health Nurses of Canada, 2011)

Torna-se assim necessário definir com clareza esta área de especialização/conhecimento ou, no mínimo, o conjunto de elementos necessários para a prestação de cuidados de enfermagem no domicílio.

Na realidade portuguesa, o enquadramento desta área de especialização/conhecimento tem características um pouco diferentes das atrás enunciadas. São definidos dois conjuntos de competências profissionais, correspondendo a perfis de especialização, particularmente vocacionados para os cuidados comunitários e, presume-se, para os cuidados domiciliários: os Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e os Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar.

CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Através do “Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública” (Regulamento n.º 348/2015, 2015) a OE, na qualidade de associação profissional de direito público, procedeu à aprovação do que se pode

designar, por analogia, como o modelo de prática profissional de enfermagem de saúde comunitária e saúde pública portugueses.

Deste modo, definiu como visão que o “*Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública é o profissional que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão na identificação e controlo dos determinantes sociais e de saúde das comunidades, através: da promoção da responsabilidade social para com a saúde; do incremento dos investimentos para aumentar a saúde; da consolidação e expansão das parcerias em prol da saúde; do aumento da capacidade comunitária e de “dar voz” ao cidadão; de assegurar infraestruturas para a promoção da saúde*” (Regulamento n.º 348/2015, 2015).

Definiu ainda que esta área de especialização/conhecimento “*tem como alvo de intervenção a comunidade e dirige-se aos projetos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida*”. Os enfermeiros detentores destas competências “*têm por foco da sua atenção as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde de grupos, comunidade e população, designadamente através do desenvolvimento de programas de intervenção com vista à capacitação e empowerment das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania*” (Regulamento n.º 348/2015, 2015).

Assim espera-se que o “*enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*”:

Tenha um entendimento profundo sobre os determinantes dos problemas de saúde de grupos ou de uma comunidade na conceção do diagnóstico de saúde de uma comunidade;

Identifique as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade;

Conceba, planeie, implemente projetos de intervenção com vista à consecução de projetos de saúde de grupos e/ou comunidades;

Intervenha em grupos e/ou comunidades com necessidades específicas assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados;

Coordene e dinamize programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos;

Participe, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade;

Mobilize os parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde;

Coopere na coordenação, otimize a operacionalização, e monitorização dos diferentes Programas de Saúde que integram o Plano Nacional de Saúde;

Monitorize a eficácia dos Programas e Projetos de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade;

Participa na gestão de sistemas de vigilância epidemiológica;

Utiliza a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública” (Regulamento n.º 348/2015, 2015).

Relativamente aos Enunciados Descritivos dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, foram “*identificadas sete categorias de enunciados descritivos: satisfação dos utentes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto cuidado dos utentes, readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem e planeamento em saúde e vigilância epidemiológica*” (Regulamento n.º 348/2015, 2015).

Pela análise do diploma pode concluir-se que a ação dos enfermeiros detentores desta especialização está essencialmente focada nos grupos e na comunidade, não sendo feita em todo o documento qualquer referência aos cuidados domiciliários.

CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

De igual forma, através do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento n.º 367/2015, 2015), a Ordem dos Enfermeiros procedeu à aprovação do modelo de prática profissional de enfermagem de saúde familiar para Portugal.

No documento em causa define-se a visão do enfermeiro especialista em saúde familiar como “*o profissional de referência garantindo o acompanhamento especializado da família, enquanto unidade de cuidados, ao longo do ciclo vital*” (Regulamento n.º 367/2015, 2015).

Como missão, estes enfermeiros, no acompanhamento das famílias, propõem:

“...prestação de cuidados à família, enquanto unidade, promovendo a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;

prestação de cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo vital ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, focalizando -se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente;

identificação precoce de determinantes da saúde com efeitos na Saúde Familiar;

reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor de saúde;

ser parceiro na gestão na promoção, manutenção e recuperação dos processos de saúde da família, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da máxima autonomia;

ser elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde;

ser mediador na definição das políticas de saúde dirigidas à família” (Regulamento n.º 367/2015, 2015).

De acordo com o diploma que temos vindo a citar pode afirmar-se que em “*síntese os enfermeiros de família prestam cuidados de enfermagem a todas as famílias pelas quais estão*

responsáveis, considerando as transições normativas que decorrem dos seus processos de desenvolvimento inerentes ao ciclo vital e relacionam os fatores de stresse familiares que implicam transições transacionais e de saúde/doença com ênfase nas forças e recursos da família e nas suas respostas a problemas reais e potenciais, tendo por base as seguintes competências: I. Cuida da família como unidade de cuidados II. Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família” (Regulamento n.º 367/2015, 2015).

Relativamente aos Enunciados Descritivos dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, foram identificadas seis categorias: *“satisfação dos utentes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto cuidado dos utentes, reabilitação funcional e organização dos serviços de enfermagem”* (Regulamento n.º 367/2015, 2015).

Neste Regulamento existe apenas uma referência ao contexto familiar para afirmar o seguinte: *“Os contextos domiciliários das famílias constituem-se como locais privilegiados para o estabelecimento de processos terapêuticos promotores da saúde do sistema familiar, dos seus subsistemas e subseqüentemente da saúde global”* (Regulamento n.º 367/2015, 2015).

Portanto, indubitavelmente, o foco de atenção destes profissionais é a família, todavia, e apesar de o *habitat* desta ser a sua casa, como aliás é admitido, também nada é referido acerca da prestação de cuidados neste contexto específico.

Consultados os restantes Regulamentos relativos às diferentes áreas de especialização/conhecimento — nomeadamente, Enfermagem Médico-Cirúrgica nas suas diferentes vertentes (Enfermagem à pessoa em situação crítica, à pessoa em situação crónica e à pessoa em situação paliativa), Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria — concluiu-se que o domicílio apenas é brevemente referido nos regulamentos de algumas áreas, sem todavia explicitar qualquer modelo ou orientação.

Tal não significa que os enfermeiros não desenvolvam cuidados domiciliários no contexto de diversos projetos e que os mesmos não tenham sido sujeitos a análise (Gago & Lopes, 2012). Mas isso apenas evidencia a necessidade de se repensar esta área de intervenção.

A ENFERMAGEM DE SAÚDE DOMICILIÁRIA UMA PROPOSTA DE ÁREA/RAMO DE ESPECIALIZAÇÃO

De acordo com os argumentos aduzidos ao longo deste documento, fica claro que teremos um número crescente de pessoas com multimorbilidade. Da conjugação deste fator com diversos outros, nomeadamente o aumento da idade e os contextos, poderemos ter um número crescente de pessoas com dependência. Fica também claro que a prestação de cuidados a estas pessoas, em qualquer dos níveis de prevenção, é mais custo-efetivo se os mesmos ocorrerem em proximidade. Além disso, parecem recolher a preferência das pessoas.

De acordo com a *Canadian Nurses Association* (Canadian Nurses Association, sem data), a enfermagem é a área especializada e o recurso profissional mais acessível e utilizado nos cuidados domiciliários.

Na realidade portuguesa, os cuidados domiciliários são assumidos por diferentes níveis de cuidados, estruturas organizacionais e unidades funcionais.

Assim, encontramos diversos projetos de domiciliação de cuidados com origem nos hospitais. Provavelmente os exemplos mais duradouros são o das equipas domiciliárias de saúde mental do Hospital de São João (Porto), do Hospital Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra) ou do Hospital do Espírito Santo (Évora). Mas também nas áreas de saúde materna e saúde infantil, e até mesmo na área da reabilitação encontramos diversos tipos de projetos. Mais recentemente, e com a afirmação das TIC, surgiram alguns outros na área do acompanhamento de pessoas com doença crónica (e. g., Insuficiência Cardíaca Congestiva, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica). Também têm surgido ultimamente alguns projetos de hospitalização domiciliária.

Quanto aos Cuidados de Saúde Primários, pode dizer-se, de acordo com a atual estrutura organizacional, que temos dois tipos de resposta de proximidade: um da responsabilidade das UCC, com um foco em grupos e comunidades; outro da responsabilidade das Unidades de Saúde Familiar, através da domiciliação de parte da sua resposta, nomeadamente através das consultas domiciliárias médicas e das visitas domiciliárias de enfermagem. Quer umas quer outras têm uma expressão crescente.

Todavia, são as ECCI que verdadeiramente assumem um modelo de cuidados domiciliários, porque, sendo parte integrante das UCC, estão exclusivamente vocacionadas para responder a doentes referenciados para a RNCCI. São equipas multidisciplinares, vocacionadas para a prestação de cuidados domiciliários decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requeira internamento, mas que não possam deslocar-se de forma autónoma (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho, 2006). Podemos, portanto, afirmar que o âmbito de intervenção das ECCI é a prestação de cuidados às pessoas em situação de dependência, aos cuidadores e às respetivas famílias que, pela sua situação de saúde ou por problemas mistos de saúde e sociais, requeiram cuidados no domicílio, de carácter temporário ou permanente e que reúnam condições que lhes permitam permanecer no domicílio. Estes cuidados são prestados por equipas multidisciplinares, tal como atrás foi afirmado, todavia nestas equipas prevalecem enfermeiros. Estas equipas têm atualmente (dados de março de 2021¹) capacidade para responder a 5 661 utentes e distribuem-se por todo o país² numa distribuição de aproximadamente uma por concelho.

Apesar da inequívoca mais-valia destas respostas de proximidade, é patente a proliferação de modelos de cuidados de proximidade e, ao mesmo tempo, alguma falta de integração e de continuidade de cuidados. Exclui-se deste cenário a resposta das ECCI, tal como já se referiu mais atrás. Também se constata que esta é uma resposta essencialmente assumida pelos enfermeiros, ainda que, frequentemente inseridos em equipas multiprofissionais. Todavia, não existe, tal como ficou demonstrado mais atrás, qualquer enquadramento das

¹ Fonte: ACSS - <http://www.acss.min-saude.pt/2016/07/22/indicadores-mensais/>

² Fonte: ACSS – <http://www.arcgis.com/apps/PublicInformation/index.html?appid=7874a8d37a248a481d567d85be88134>

práticas profissionais, à semelhança do que existe para muitas outras áreas de especialização/conhecimento.

Assim, e de acordo com as atuais evidências, os enfermeiros que prestam cuidados domiciliários:

- Desempenham um papel importante na promoção da saúde individualizada e nos cuidados preventivos para idosos;

- Melhoram a saúde geral e o estado funcional;

- Reduzem as taxas de mortalidade e depressão;

- Melhoram a qualidade de vida;

- Diminuem a admissão e readmissão em hospitais e lares de idosos (Mildon & Underwood, 2010).

Deste modo, podemos afirmar que os enfermeiros que trabalham em cuidados domiciliários são, necessariamente, independentes e muito autónomos. Prestam e gerem cuidados a pessoas com uma ampla área de diagnósticos, ainda que prevaleçam as situações de multimorbilidade e dependência, durante toda a vida e no continuum saúde-doença. O seu papel é caracterizado pela flexibilidade, adaptabilidade e uso de abordagens criativas em situações e problemas encontrados no contexto da prestação de cuidados onde as pessoas vivem (Canadian Nurses Association, sem data).

Perante o exposto, e estando definidos os enquadramentos das práticas profissionais para a prestação de cuidados de enfermagem na comunidade e à família, torna-se absolutamente necessário que se defina o enquadramento profissional para a prestação de cuidados no domicílio.

Isso mesmo já foi reconhecido no Canadá e é reconhecido noutros contextos, como por exemplo nos Estados Unidos da América onde, como resultado do *Affordable Care Act* (U.S. House of Representatives, 2010), se reconhece o aumento do envelhecimento das populações e avanços nas tecnologias, pelo que se declara que existe uma necessidade crítica de enfermeiros altamente qualificados e competentes em cuidados de saúde domiciliários. Afirma-se ainda que existem muitos programas de competência que focam conhecimentos e habilidades gerais de enfermagem, no entanto, existe uma lacuna na literatura sobre as competências de enfermagem de saúde domiciliária (Gabbidon, 2016).

Posto isto, comecemos por definir a enfermagem de saúde domiciliária.

De acordo com o código de ética da Associação Canadana de Enfermagem (Community Health Nurses of Canada, 2010), podemos afirmar que a enfermagem de saúde domiciliária engloba as competências, conhecimentos, habilidades, julgamentos e atributos integrados exigidos a um enfermeiro que trabalhe em saúde domiciliária, para praticar com segurança e ética. Estes atributos incluem, mas não estão limitados a atitudes, valores e crenças. Compreendem a prevenção de doenças, a reabilitação/readaptação, a restauração da saúde, a proteção e a promoção da saúde, com o objetivo de gerir os problemas existentes e prevenir possíveis problemas.

A *Ontario Home Care Association* (OHCA, 2011) acrescenta que a enfermagem de saúde domiciliária é uma área especializada da prática de enfermagem, que presta assistência em casa da pessoa, na escola, no local de trabalho ou em outros ambientes comunitários.

Afirma-se como um campo único de enfermagem que se foca no atendimento a doentes agudos ou crônicos em qualquer momento do ciclo de vida. A enfermagem de saúde domiciliária integra os princípios da enfermagem de saúde comunitária que promovem a saúde, ao mesmo tempo que enfatiza os fatores ambientais, psicossociais, económicos, culturais e pessoais que afetem o estado de saúde de uma pessoa e respetiva família (Humphrey, Carolyn J. & Milone-Nuzzo, 1996). A *Canadian Home Care Association* acrescenta que a enfermagem de saúde domiciliária é um leque de serviços, prestados em ambiente domiciliário e comunitário, que englobam promoção e ensino da saúde, intervenção curativa, cuidados no final da vida, reabilitação, apoio e manutenção, adaptação e integração social e apoio ao cuidador familiar (Canadian Home Care Association, 2008).

Por sua vez, a *American Nurses Association* define a enfermagem em saúde domiciliária como uma área especializada da prática de enfermagem que promove a saúde e o bem-estar ideais para as pessoas doentes, suas famílias e cuidadores, dentro de suas casas e comunidades. Utiliza uma abordagem holística destinada a capacitar doentes, familiares e cuidadores, para alcançar os seus mais altos níveis de saúde física, funcional, espiritual e psicossocial. Fornece serviços de enfermagem a pessoas doentes de todas as idades e culturas e em todas as fases do processo saúde-doença, incluindo o fim da vida (American Nursing Association, 2014).

Do ponto de vista concetual, e porque se exige uma prática baseada na teoria (Alligood, 2011; Mccrae, 2011; Raudonis & Acton, 1997; Saleh, 2018), existem teorias de diversas áreas do conhecimento que se entende serem essenciais para a sustentar a intervenção dos enfermeiros de saúde domiciliária.

Assim, como teorias de diversas áreas do conhecimento, propomos:

Modelo socioecológico (Bronfenbrenner, 1994);

Teoria dos sistemas (Bertalanffy, 1972);

Teoria Crítica [Habermas - (Stanford University. & Center for the Study of Language and Information (U.S.), 1997)];

Teorias de aprendizagem de adultos [Knowles - (Carvalho et al., 2010)];

Teoria do comportamento planeado e ação racional (Ajzen & Fishbein, 1969);

Teoria das Normas Sociais [Perkins & Berkowitz - (Berkowitz, 2005)];

Teoria da Difusão da Inovação [Furieux, Rogers - (Rogers, 1983)];

Teoria da cognição social (Bandura, 1989);

Ativos e forças (Kretzmann & McKnight, 1996);

Teorias da comunicação;

Mudança organizacional.

Entendemos ainda que são úteis as seguintes teorias no âmbito da saúde:

Princípios de redução de danos (Wodak & Maher, 2010);

Modelo integrado de saúde populacional e de promoção de saúde (Hamilton & Bhatti, 1996);
Modelo de promoção de saúde (Pender et al., 2010);
Teoria da mudança de comportamento (Prochaska & Velicer, 1997);
Mobilização Comunitária (Minkler et al., 2008);
Modelo de múltiplas intervenções comunitárias (Edwards et al., 2004);
Modelo do círculo de saúde (Mitchell & Beattie-Huggan, 2006).

Por último, entendemos como essenciais as seguintes teorias de enfermagem:

Modelo de McGill (Allen - (Gottlieb & Rowat, 1987));
Critical Caring (Falk-Rafael, 2005);
Modelo de enfermagem transcultural (Leininger, 1978);
Teoria das Relações Interpessoais (Peplau, 1991);
Teoria do Cuidar Humano (Watson, 1979);
Modelo do Défice de Autocuidado (Orem, 2001);
Modelo do Sistema de Saúde (Neuman, 1996);
Modelo de Promoção da Saúde (Pender et al., 2010);
Quadro concetual da prevenção (Milio, 1976).

O passo seguinte consiste na definição dos Padrões de Prática Profissional da Enfermagem de Saúde Domiciliária.

A *American Nurses Association* (ANA) (American Nursing Association, 2014) definiu 16 padrões de prática profissional que passamos a apresentar:

Padrão 1: Avaliação Inicial - O enfermeiro de saúde domiciliária recolhe dados abrangentes e pertinentes relativos à saúde do doente e ao contexto em que este se insere;

Padrão 2: Diagnóstico - O enfermeiro analisa os dados da avaliação para determinar os diagnósticos, necessidades ou problemas;

Padrão 3: Identificação dos resultados - O enfermeiro identifica os resultados esperados, no contexto de um plano individualizado, para o doente, família, outros cuidadores e situação de cuidado;

Padrão 4: Planeamento - O enfermeiro desenvolve um plano que prescreve estratégias e alternativas para atingir os resultados esperados;

Padrão 5: Implementação - O enfermeiro implementa o plano individualizado de cuidado do doente/família;

Padrão 5A: Coordenação de Cuidados - O enfermeiro coordena a prestação de cuidados;

Padrão 5B: Ensino da Saúde e Promoção da Saúde - O enfermeiro emprega estratégias para promover a saúde e um ambiente seguro;

Padrão 6: Avaliação - O enfermeiro avalia o progresso em direção à obtenção de resultados;

Padrão 7: Ética - O enfermeiro tem uma prática sustentada na ética e nos respectivos códigos deontológicos;

Padrão 8: Educação - O enfermeiro obtém conhecimento e competência que refletem a prática atual de enfermagem;

Padrão 9. Prática Baseada em Evidências e Investigação - O enfermeiro integra evidências e resultados de investigação na sua prática de cuidados;

Padrão 10: Qualidade da Prática - O enfermeiro contribui para a prática de enfermagem de qualidade;

Padrão 11: Comunicação - O enfermeiro comunica eficazmente numa variedade de formatos em todas as áreas da prática;

Padrão 12: Liderança - O enfermeiro demonstra liderança na prática profissional e na profissão;

Padrão 13: Colaboração - O enfermeiro colabora com os doentes, familiares, cuidadores, outros profissionais de saúde e outros, na condução da prática de enfermagem;

Padrão 14: Avaliação da Prática Profissional - O enfermeiro avalia a sua própria prática de enfermagem em relação aos padrões e diretrizes de prática profissional, estatutos, regras e regulamentos relevantes;

Padrão 15: Utilização de recursos - O enfermeiro usa os recursos apropriados para planear e prestar cuidados de enfermagem seguros, eficazes e financeiramente responsáveis;

Padrão 16: Saúde Ambiental - O enfermeiro pratica de maneira ambientalmente segura e saudável.

Por sua vez, a *Community Health Nurses of Canada (CHNC)*, seguindo um percurso ligeiramente diferente da ANA, definiu as competências dos enfermeiros de saúde domiciliária (*Community Health Nurses of Canada, 2010*). Para tanto começou por solicitar uma revisão da literatura, com base na qual estruturou as Competências de Enfermagem em Saúde Domiciliária (*Mildon & Underwood, 2010*), e que passamos a apresentar de forma resumida.

Assim, o primeiro ponto considerado neste quadro de referência de Competências de Enfermagem em Saúde Domiciliária foi o denominado “**Elementos da Enfermagem em Saúde Domiciliária**”. Compreende os seguintes componentes:

a) **Avaliação, Monitorização e Tomada de Decisão Clínica** – O enfermeiro de saúde domiciliária é capaz de:

- i. realizar avaliações autónomas e/ou colaborativas e abrangentes, para determinar: o estado de saúde; a necessidade funcional e psicossocial; e a competência dos doentes e suas famílias no contexto de seu ambiente físico e social;
- ii. aplicar habilidades de pensamento crítico e análise criativa de resolução de problemas ao tomar decisões clínicas;

- iii. analisar informações para determinar ações, implicações, aplicações, lacunas e limitações de enfermagem apropriadas;
- iv. colaborar com os membros da equipa de saúde e outras pessoas envolvidas com o utente, para determinar a adequação e a disponibilidade dos serviços necessários;
- v. incorporar uma combinação de conhecimentos básicos e avançados de saúde e enfermagem ao longo do ciclo de vida e do processo saúde-doença;
- vi. manter o conhecimento atual e usar evidências para sustentar a prática e para garantir a gestão ideal de casos;
- vii. avaliar a segurança do ambiente doméstico, com o objetivo de otimizar a segurança do utente e tomar ações para apoiar um ambiente de trabalho seguro para todos os membros da equipa de saúde domiciliária.

b) Planeamento de Cuidados e Coordenação de Atendimento - O enfermeiro de saúde domiciliária é capaz de:

- i. planear e priorizar visitas para atender às necessidades de saúde e agendamento dos utentes;
- ii. usar o processo de enfermagem para: desenvolver colaborativamente, coordenar e implementar planos individuais de cuidados, mutuamente acordados; negociar prioridades nos cuidados com metas claras de tratamento e resultados; e apoiar a navegação do utente e a transição através do continuum de cuidados;
- iii. Apoiar utentes e famílias a desenvolverem os seus pontos fortes, para alcançar ou manter um estado de saúde desejado, dentro dos recursos disponíveis;
- iv. antecipar a necessidade de formas alternativas de fornecer serviços e usar habilidades criativas de resolução de problemas para superar os obstáculos na prestação de cuidados ao utente, ou seja, tempo, falta de recursos etc.;
- v. garantir que o planeamento da alta seja integrado no plano individual de cuidados e ocorra em colaboração com o utente, a família, a equipa de saúde e a comunidade;
- vi. promover uma avaliação integrada e desenvolver um plano de cuidados e de tratamento unificado, que seja realizado de forma colaborativa pelos membros da equipa para maximizar a continuidade do atendimento dentro de uma abordagem centrada no utente;
- vii. apreciar e compreender os papéis, e responsabilidades e contribuições de outros profissionais de saúde e cuidadores informais envolvidos no plano individual de cuidados;
- viii. facilitar e coordenar o acesso de outros membros da equipa multidisciplinar, ou de outras unidades funcionais ou níveis de cuidados, em virtude da resolução de um problema de saúde específico;
- ix. avaliar de forma colaborativa as intervenções do plano individual de cuidados, através da reavaliação e avaliação contínua dos resultados. E adaptá-los às condições variáveis do utente e da família.

c) **Manutenção da Saúde, Restauração e Palição** – O enfermeiro de saúde domiciliar é capaz de:

- i. ajudar os utentes e famílias a manter e/ou restaurar a saúde usando uma combinação abrangente de estratégias para atender às suas necessidades de saúde ao longo do ciclo de vida e no continuum saúde-doença;
- ii. compreender e/ou educar os utentes, seus familiares/cuidadores e colegas no uso seguro e apropriado e na manutenção de vários tipos de equipamentos, tecnologia e tratamentos, para manter a saúde e ajudar os utentes e familiares a integrá-los em sua rotina;
- iii. comunicar eficazmente com os utentes e famílias, apoiando-os através do processo de tomada de decisão sobre as questões do fim da vida;
- iv. usar habilidades básicas e avançadas de enfermagem para realizar e adaptar procedimentos complexos no ambiente de saúde domiciliário;
- v. reconhecer quando, além das competências de enfermagem, é necessário o aconselhamento especializado, e facilitar um encaminhamento adequado;
- vi. responder às necessidades de cuidados de saúde em constante mudança e evolução do utente e família, revendo estrategicamente intervenções e terapias;
- vii. autoidentificar a necessidade de assistência quando não estiver familiarizado com os requisitos de cuidados, e saber procurar apoio, garantindo a excelência contínua no atendimento.

d) **Ensino e Educação** - O enfermeiro de saúde em casa é capaz de:

- i. avaliar o conhecimento, atitudes, nível de motivação, valores, crenças, comportamentos, práticas, estágio de mudança e habilidades do utente/família;
- ii. considerar e integrar no planeamento educacional os fatores que podem afetar a capacidade de aprendizagem do utente/família. Por exemplo: ambiente, prontidão, disposição, nível de alfabetização, formação educacional, situação socioeconómica, etc.;
- iii. interpretar e explicar informações complexas para utentes e famílias;
- iv. aplicar princípios de aprendizagem apropriados, métodos de ensino e teorias educacionais às atividades;
- v. incluir a família, voluntários e cuidadores no ensino e educação;
- vi. avaliar a eficácia das intervenções de educação em saúde.

e) **Comunicação** - A enfermeira de saúde em casa é capaz de:

- i. usar escuta eficaz, habilidades de comunicação verbal e não verbal para entender a perspectiva do utente e ser compreendido por ele, família e outros cuidadores envolvidos;
- ii. usar habilidades e estratégias de entrevista eficazes para se envolver num diálogo construtivo com utentes e famílias;
- iii. usar habilidades de comunicação eficazes para se envolver, conectar, apreciar, responder, ter empatia e apoiar o empoderamento dos outros;
- iv. identificar e usar estratégias para superar barreiras de linguagem e comunicação;

- v. manter uma abordagem focada apesar das múltiplas distrações do ambiente doméstico;
- vi. empregar habilidades de negociação e de gestão de conflito;
- vii. usar técnicas de aconselhamento centradas no utente e na sua capacitação;
- viii. usar a documentação como uma ferramenta de comunicação eficaz;
- ix. usar a tecnologia para comunicar e gerir com eficácia o atendimento ao utente de maneira confidencial.

f) **Relacionamentos** - O enfermeiro de saúde domiciliária é capaz de:

- i. otimizar a saúde do utente e cuidador, estabelecendo e mantendo um relacionamento terapêutico enfermeira-utente — com base na confiança mútua, respeito, carinho e escuta, dentro do contexto de ser "um convidado na casa";
- ii. reconhecer a contribuição que a família/cuidador oferece à saúde do utente, de forma que ela se sinta valorizada e respeitada; e apoiá-la na manutenção de relacionamentos que suportem o cuidado efetivo;
- iii. trabalhar de forma eficaz e não julgadora numa ampla gama de ambientes com diferentes condições de limpeza;
- iv. usar habilidades como formação de equipas, negociação, gestão de conflitos e facilitação de grupos, para construir e sustentar parcerias;
- v. envolver utentes e famílias como parceiros ativos para identificar meios, forças e recursos disponíveis.

g) **Acesso e Equidade** - O enfermeiro de saúde domiciliária é capaz de:

- i. Defender políticas públicas saudáveis e serviços acessíveis, inclusivos e integrados, que promovam e protejam a saúde e o bem-estar de todas as pessoas e comunidades;
- ii. aplicar abordagens culturalmente relevantes e apropriadas com pessoas de diversas origens culturais, socioeconómicas e educacionais, e de todas as idades, géneros, estado de saúde, orientações sexuais e habilidades;
- iii. reconhecer oportunidades de promover a justiça social e advogar em colaboração com (e em nome de) utentes e famílias;
- iv. otimizar a alocação de recursos humanos, financeiros e de infraestrutura, a fim de fornecer um sistema de prestação de cuidados de saúde seguro e acessível;
- v. defender a redução das iniquidades na saúde, participando de atividades legislativas e políticas.

h) **Construindo capacidade** - O enfermeiro de saúde domiciliária é capaz de:

- i. mobilizar utentes, famílias e outros a tomar medidas para lidar com as necessidades de saúde, deficiências e lacunas no acesso e uso dos recursos disponíveis;

- ii. Ajudar o utente e sua família a reconhecer as suas capacidades de gerir as suas próprias necessidades de saúde, de acordo com os recursos disponíveis;
- iii. ajudar colegas, parceiros e/ou utentes a apoiar e desenvolver as capacidades inerentes à pessoa, famílias e comunidades, para influenciar mudanças políticas;
- iv. demonstrar competência cultural ao abordar questões de atendimento ao utente e ao trabalhar num ambiente onde possa haver níveis de ambiguidade;
- v. adaptar, ser flexível e sensível às mudanças nas necessidades de saúde do utente e da família.

O mesmo documento que temos vindo a citar (Community Health Nurses of Canada, 2010) definiu ainda os **Fundamentos da Enfermagem de Saúde Domiciliária**. Estes fundamentos incluem os principais pressupostos de promoção da saúde e prevenção da doença, que passamos também a apresentar de forma resumida.

a) **Promoção da Saúde** - O enfermeiro de saúde domiciliária é capaz de:

- i. facilitar a mudança (planeada com utentes e famílias) aplicando e incorporando a teoria da promoção da saúde, os princípios dos cuidados de saúde primária e a teoria da mudança;
- ii. reconhecer como os determinantes da saúde influenciam a saúde e o bem-estar dos utentes e famílias;
- iii. avaliar o impacto que questões específicas podem ter na saúde do utente, como: clima político, prioridades, valores e cultura, estruturas e configurações sociais e sistémicas;
- iv. avaliar a prontidão e capacidade do utente e da família para fazer mudanças e para promover a sua saúde.

b) **Prevenção de Doenças e Proteção à Saúde** - O enfermeiro de saúde domiciliária é capaz de:

- i. aplicar as ciências da enfermagem para praticar e avaliar, sintetizar e aplicar o conhecimento a partir de uma ampla gama de teorias, modelos, estruturas e práticas;
- ii. usar o pensamento crítico para considerar os contextos éticos, políticos, científicos, socioculturais e económicos na determinação do significado das informações relacionadas com as necessidades de cuidados de saúde do utente;
- iii. apoiar os utentes e famílias a identificar riscos para a saúde e fazer escolhas informadas sobre medidas de proteção e prevenção de saúde;
- iv. tomar medidas para proteger utentes, famílias e grupos contra circunstâncias inseguras ou antiéticas;
- v. participar de parcerias colaborativas, interdisciplinares e intersectoriais para melhorar a saúde de utentes e famílias.

Finalmente, define um conjunto de padrões de **Qualidade e Responsabilidade Profissional** (Community Health Nurses of Canada, 2010) que inclui Cuidados de Qualidade e Responsabilidade Profissional:

a) **Cuidados de Qualidade** - O enfermeiro de saúde domiciliária é capaz de:

- i. iniciar, liderar e participar em atividades de gestão de risco e melhoria da qualidade que meçam a eficácia dos serviços, implicações e processos de custos;
- ii. iniciar e participar de revisões críticas de incidentes;
- iii. avaliar intervenções de enfermagem de maneira sistemática e contínua, medindo seus efeitos sobre utentes e familiares;
- iv. avaliar programas em relação aos determinantes e aos resultados de saúde;
- v. contribuir para a qualidade dos ambientes de trabalho, identificando necessidades, questões, soluções e participando ativamente dos processos de melhoria da qualidade da equipa e da organização;
- vi. compreender os aspetos financeiros do cuidado e ser responsável pelo uso eficaz, eficiente e responsável de tempo e recursos na prestação de cuidados aos utentes e famílias.

b) **Responsabilidade Profissional** – O enfermeiro de saúde domiciliária é capaz de:

- i. Demonstrar profissionalismo, liderança, julgamento e responsabilidade na prática independente em múltiplos contextos com múltiplos stakeholders;
- ii. Praticar de forma independente e autónoma cuidados centrados no utente, numa ampla variedade de ambientes onde os cuidados e serviços de enfermagem são necessários;
- iii. usar prática reflexiva para avaliar e melhorar continuamente a prática;
- iv. integrar múltiplas formas de conhecer na prática;
- v. contribuir para o desenvolvimento e geração de práticas de enfermagem baseadas em evidências;
- vi. procurar oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para apoiar a prática profissional;
- vii. aplicar a si próprio padrões e princípios éticos, de ética de enfermagem e auto-consciência, no âmbito de uma prática de acordo com toda a legislação pertinente, normas do órgão regulador, códigos e políticas organizacionais;
- viii. descrever a missão, valores e prioridades da organização de saúde onde trabalha;
- ix. participar do avanço da enfermagem em saúde domiciliária, orientando estudantes e novos profissionais;
- x. reconhecer e compreender que as atitudes, crenças, sentimentos e valores da pessoa sobre a saúde podem afetar os relacionamentos e as intervenções.

MODELOS E TEORIAS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE DOMICILIÁRIA

A Enfermagem de Saúde Domiciliária, tal como qualquer outra área de especialização/conhecimento, carece de modelos e teorias que enquadrem a sua intervenção e guiem a investigação. Por tais razões, apresentamos alguns modelos e teorias que selecionámos de acordo com a pertinência e disponibilidade de bibliografia.

Teoria de Neal da Prática de Enfermagem em Saúde Domiciliária (Neal, 1999; Neal-Boylan, 2011)

Esta teoria é baseada numa investigação feita pela autora sobre a prática de enfermeiros de saúde domiciliária, aos quais solicitou que definissem a sua prática. A partir da investigação desenvolveu um modelo composto por três etapas: dependência, dependência moderada e autonomia. A capacidade de se adaptar a um cenário não estruturado permite que o enfermeiro se mova pelas diferentes etapas em direção à autonomia. Ainda que o enfermeiro atinja a etapa 3 – autonomia –, é possível retroceder rapidamente devido a: mudanças de papel; de processo; de relação médico-enfermeiro; mudanças administrativas associadas à organização prestadora de cuidados; mudanças na situação clínica; ou a interferência/impacto de qualquer pessoa/coisa no cuidado do utente (entidade do utente). A duração de cada etapa varia também de acordo com as pessoas, sua experiência clínica, sua adaptabilidade, sua motivação, sua confiança e a qualidade e duração da orientação (Neal, 1999; Neal-Boylan, 2011).

De algum modo, esta teoria tem semelhanças com o modelo de desenvolvimento profissional proposto por Benner (Benner, 2001). Ainda que neste caso, e uma vez que estamos perante contextos muito pouco estruturados, a oscilação entre etapas pareça mais frequente.

A teoria é útil para os enfermeiros de saúde domiciliária, na medida em que os pode ajudar a compreender a complexidade das situações com que lidam e as dificuldades profissionais que daí advêm.

O modelo de Albrecht de enfermagem de saúde domiciliária (Albrecht, 1990; Neal-Boylan, 2011)

Segundo Albrecht (Albrecht, 1990), os cuidados de saúde em casa estão a tornar-se cada vez mais populares entre os utentes. Apesar desse movimento de afastamento do hospital, a literatura não contém um modelo abrangente de assistência domiciliária à saúde. A necessidade de um modelo para orientar a investigação em enfermagem e, em última instância, a prática e a formação dos enfermeiros é evidente.

Albrecht usou uma revisão da literatura e sua própria experiência para identificar 18 conceitos que estão inter-relacionados e refletem as relações dinâmicas e os processos complexos de cuidados domiciliários. Assim como os outros modelos usados em cuidados domiciliários, Albrecht descreve o objetivo primário dos cuidados domiciliários como autocuidado do utente.

Acessibilidade	Accountability
Disponibilidade	Abrangência
Continuidade	Coordenação
Custo-efetividade	Utente/consumidor
Procura	Eficiência
Intervenção	Enfermagem
Satisfação do utente	Produtividade
Prestador	Qualidade do cuidado
Satisfação	Uso dos cuidados domiciliários

Tabela 2

Conceitos fundamentais do modelo de Albrecht de enfermagem de saúde domiciliária
 Fonte: (Neal-Boylan, 2011)

Modelo Compreensivo de Cuidados de Saúde Comunitários e Domiciliários (World Health Organization - Regional Office of South-East Asia, 2004)

Também o Gabinete Regional do Sudeste Asiático da Organização Mundial de Saúde desenvolveu um modelo de cuidados comunitários e domiciliários. Preocupados com as alterações epidemiológicas, com a acessibilidade e com os custos, desenvolveram um modelo de cuidados de saúde comunitários e domiciliários para garantir uma melhor acessibilidade e cuidados de saúde de qualidade. Todavia, pelas especificidades da região em causa, apenas interessa assinalar que a finalidade e os objetivos são congruentes com os restantes modelos aqui apresentados.

O modelo de Rice da Autodeterminação Dinâmica para o Autocuidado (Rice, 1998, 2006)

De acordo com Rice (Rice, 2006), o propósito dos cuidados domiciliários é fornecer aos doentes (e cuidadores) a compreensão, o apoio, o tratamento, a informação e o cuidado de que necessitam para gerirem com sucesso as suas necessidades de cuidados de saúde em casa.

Neste contexto e em termos simples, a autodeterminação dinâmica para o autocuidado refere-se à escolha do doente em relação ao que equilibra a sua saúde. A referida autodeterminação deriva de inúmeros fatores motivacionais do doente (e do cuidador) para o autocui-

dados. Estes incluem percepções interpessoais, de crenças de saúde, influências socioculturais, *locus* de controlo, sistemas de apoio, recursos disponíveis e processos de doença (Rice, 2006). Trata-se de uma formulação que, por um lado, evidencia a centralidade do doente, e por outro, a sua inserção e interdependência com um contexto concreto.

A autodeterminação é alcançada por meio de múltiplas estratégias de autocuidado que atendam às necessidades holísticas de saúde. É um processo dinâmico em que o objetivo é a saúde ideal. Esta surge do melhor nível de funcionamento e pode ser avaliada por inúmeros indicadores, incluindo a estabilidade fisiológica, a harmonia intrapessoal, a ressonância, a satisfação do doente com seus cuidados de saúde e a qualidade de vida, entre outros (Rice, 2006). De realçar que o conceito de saúde é apresentado tendo por objetivo um ideal, todavia, com base no nível de funcionamento do doente.

O enfermeiro de saúde domiciliária é o facilitador da autodeterminação do doente para o autocuidado por meio de várias estratégias, incluindo a educação do doente, a sua defesa, a comunhão estético-espiritual e a gestão de casos (Rice, 2006). Esta perspetiva é particularmente relevante na medida em que estamos a falar de cuidados que ocorrem em casa das pessoas, mas principalmente porque, mais uma vez, se atribui ao doente a total centralidade no processo de cuidados.

Os doentes (e cuidadores) são vistos como entidades holísticas de cuidado. As necessidades de cuidados de saúde (e intervenções de enfermagem) são mutuamente decididas pelo doente e pelo enfermeiro. As percepções dos doentes sobre as necessidades de cuidados de saúde refletem-se num continuum vitalício de busca e conhecimento da saúde ideal. Tal equilíbrio é alcançado quando mente, corpo e espírito estão sem necessidade e ressoam com a natureza (Rice, 2006).

A autodeterminação dinâmica para o autocuidado permite aos doentes preencherem a lacuna entre a necessidade e a obtenção de metas. A relação de cuidado entre enfermeiro-doente-cuidador passa por estágios de dependência, interdependência e independência. A exacerbação da incapacidade pode causar a regressão do doente a uma fase anterior. Da mesma forma, o processo da doença, a incapacidade ou o desenvolvimento cognitivo podem predispor o doente a uma determinada fase. As três fases da relação de cuidado enfermeiro-doente-cuidador caracterizam-se como a seguir se apresenta (Rice, 2006):

- 1- Dependência - Inicialmente, o enfermeiro de saúde domiciliária realiza a maioria dos cuidados e começa a facilitar o autocuidado, entendendo e trabalhando com os fatores motivacionais do doente/cuidador para uma saúde ideal.
- 2- Interdependência - À medida que as habilidades, o conhecimento e a confiança são adquiridos, o doente/cuidador realizam a maioria dos cuidados, o que é reforçado e apoiado pelo enfermeiro, conforme necessário.
- 3- Independência - O doente/cuidador é capaz de realizar atividades de autocuidado e atinge um estado de saúde ideal, com intervenção mínima ou nula pelo enfermeiro de saúde domiciliária.

A autodeterminação dinâmica para o autocuidado tem as seguintes premissas (Rice, 2006):

Cada pessoa tem uma grande influência sobre sua saúde, e é nossa natureza intrínseca buscar (através de fatores motivacionais) alguma medida de saúde ótima;

A saúde ótima refere-se ao melhor nível de funcionamento e é multidimensional;

O processo de tratamento médico e educação em saúde não garantem uma saúde ideal porque: o cuidado domiciliário é administrado por enfermeiros e outros profissionais de saúde de forma intermitente; e a saúde ideal reflete também os processos vitais dos doentes, quem eles são e o que querem ser;

O doente é considerado uma entidade holística ao longo da vida;

A participação do doente no plano individual de cuidados e na gestão bem-sucedida das necessidades de cuidados no domicílio resulta da autodeterminação dinâmica para o autocuidado, que se manifesta por estratégias de autocuidado que promovem uma saúde ótima;

Esta participação ocorre pela colaboração enfermeiro-doente-cuidador com a equipa multidisciplinar no estabelecimento de metas, tomada de decisão e conhecimento. O papel do doente/cuidador é ativo e o principal determinante dos resultados de saúde;

O doente/cuidador compartilham a responsabilidade pelo cuidado, o qual é facilitado pelo enfermeiro de saúde domiciliária;

O papel do enfermeiro de saúde domiciliária é de facilitador da autodeterminação do doente para o autocuidado, e envolve muitas facetas do cuidado (educador, defensor, gestor de casos, de ligação à comunidade e espiritual/estético);

O cuidador (ou família) é visto como uma extensão do doente e das suas necessidades. O papel do cuidador é cuidar do doente; portanto, o cuidador é cuidado como se ele fosse o doente;

A relação de cuidado entre o enfermeiro-doente-cuidador deve refletir um ambiente de trabalho confiável e seguro para todos os envolvidos.

Do conjunto destas premissas sublinhe-se: por um lado, o binómio doente-cuidador, que se assume como o centro de todo o processo de cuidados; por outro, a inserção daquele binómio num contexto concreto aqui representado pelo domicílio, mas extensivo à comunidade de inserção; por outro ainda, o papel do enfermeiro de saúde domiciliária enquanto facilitador de um processo de autodeterminação dinâmica, com vista a uma saúde ótima (definida de acordo com o nível de funcionamento).

A autodeterminação dinâmica para o autocuidado é um processo muito pessoal e contemplativo. Surge da motivação do doente para uma saúde ótima e envolve a interação doente-enfermeiro-ambiente que reflete formas de apreciação de padrões e cuidados que simplesmente ultrapassam o pensamento tridimensional.

Reconhece-se que alguns doentes não são candidatos ideais para o cuidado domiciliário, pois apresentam pouca ou nenhuma cooperação com o enfermeiro. No entanto, a autodeterminação dinâmica para o autocuidado não pretende ser uma via automática para a alta precoce dos serviços de cuidados domiciliários quando os enfermeiros se deparam com

problemas de não participação do doente/cuidador no plano de cuidados. Em vez disso, os fatores motivacionais para o autocuidado podem ser reavaliados pelas intervenções domiciliares, procurando identificar qualquer falta de informação, mal-entendidos, inseguranças ou preocupações do doente/cuidador com o plano de cuidado (Rice, 2006).

A autodeterminação dinâmica para o autocuidado pode ser útil para os enfermeiros de saúde domiciliar de diversas maneiras. Como instrumento de investigação, pode ser refletida no processo de entrevista, quando o enfermeiro de saúde domiciliar coloca as seguintes questões:

O que quer aprender ou saber sobre sua saúde?

Que tipo de coisas acha que precisa para se sentir melhor?

Está disposto a trabalhar comigo para ficar tão saudável quanto acredita que pode ser?

Além disso, o modelo pode ser incorporado numa ferramenta de avaliação inicial de admissão, que ajude a organizar e desenvolver o plano individual de cuidados. Por exemplo, após a avaliação inicial, as seguintes perguntas serão feitas (Rice, 2006):

Quais são as necessidades de cuidados de saúde do doente/cuidador (necessidades de encaminhamento médico imediato)?

Que tipos de serviços ou cuidados o doente/cuidador deseja? Priorizar e implementar as intervenções com base nas necessidades de sobrevivência autopercebidas pelo doente/cuidador para o autocuidado.

O doente está disposto e pronto a participar do plano individual de cuidados?

Se o doente não for capaz de aprender saúde ou de cuidar de si, existe um cuidador ou membro da família que possa assumir algumas dessas responsabilidades?

O ambiente doméstico apoia a prestação segura de cuidados (por exemplo, habitação adequada, confiança, recursos e questões de vizinhança)?

Se a resposta for um "não" absoluto para as três últimas perguntas, são de considerar métodos alternativos de prestação de cuidados de saúde. O doente pode não ser um candidato apropriado para cuidados domiciliares. Isto é particularmente verdadeiro para os cuidados domiciliares que usem ou exijam alta tecnologia. Por exemplo, o manuseamento de ventiladores domiciliares depende de um grande envolvimento ativo do doente/cuidador e muito apoio ao desenvolvimento.

Assinale-se o caráter utilitário destas questões no que concerne à tomada de decisão do enfermeiro de saúde domiciliar.

O modelo pode ser usado como uma estrutura teórica para desenvolver trajetórias ou planos individuais de cuidados. Por exemplo, o cuidado com feridas ou o ensino do diabético podem ser avaliados de acordo com as necessidades autodeterminadas do doente/cuidador para o cuidado. À medida que a saúde ideal é alcançada, a alta dos cuidados domiciliares deve ser equacionada, não esquecendo, evidentemente, a necessidade de continuidade de cuidados.

Em suma, a autodeterminação dinâmica para o autocuidado enfatiza a partilha da responsabilidade (por uma ótima saúde) entre o enfermeiro, o doente e o cuidador. Evidencia-se como uma teoria da prática clínica especificamente voltada para o cuidado domiciliário e comunitário (Rice, 2006).

De acordo com as características deste modelo, a autora define o que considera ser o papel do enfermeiro de saúde domiciliária e as competências que suportam esse papel (Rice, 2006):

Entender o papel do enfermeiro de saúde domiciliária:

de educador do doente e do cuidador informal;

de defensor (advocacy) do doente;

de gestor de caso;

de comunhão estético-espiritual.

Competências para suportar a implementação desse papel:

Competências avançadas de avaliação diagnóstica e de resultados;

Competências comunicacionais efetivas;

Capacidade de julgamento e decisão clínica;

Competências efetivas de documentação;

Flexibilidade e pensamento crítico-criativo;

Capacidade de se autorregular.

As diversas dimensões do papel estão genericamente de acordo com as definidas para a prestação de cuidados neste contexto. Apesar disso, sublinhamos o papel de educador porque se constitui como essencial no processo de *empowerment* do doente e cuidador e dá sentido ao desiderato da centralidade de ambos no processo. Destacamos também o papel de gestor de caso, pela importância que assume num contexto em que se cruzam um conjunto diversificado de profissionais.

Considerando que estes cuidados ocorrem em contexto domiciliar e que neste contexto, por norma, vivem famílias, compreende-se a importância da definição de um conceito de família e, ao mesmo tempo, da compreensão das dinâmicas familiares para que os cuidados possam ser mais efetivos. Assim, consideramos relevante a definição de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento n.º 428/2018 de 16-07-2018, 2018).

Relativamente ao planeamento de cuidados neste contexto, consideramos relevante tudo o que é afirmado pela autora (Rice, 2006) no âmbito da teoria aqui apresentada. O mesmo é congruente com o atrás exposto sobre o PIC. Aí afirmámos que o PIC é um instrumento centrado na pessoa, que se constitui como um espaço de diálogo entre todos os cuidadores e que apoia e facilita a gestão dos percursos e a integração de cuidados. Tal conceito faz particular sentido no contexto dos cuidados domiciliários. Todavia, e por essa razão, estes colocam exigências adicionais ao planeamento de cuidados.

A primeira exigência tem que ver com a mudança de paradigma subjacente ao modo como o PIC é definido. Ou seja, a afirmação do mesmo como centrado na pessoa e ao mesmo

tempo como um espaço de diálogo entre todos os cuidadores. Recordamos que, num processo de cuidados centrado no doente e focado no seu nível de dependência, a primeira dimensão a considerar é a capacidade de autocuidado real e potencial do próprio doente. A primeira (real) diz-nos da efetiva capacidade de se autocuidar, a qual tem de ser totalmente capitalizada. A segunda (potencial) diz-nos dos objetivos a definir, de modo que se restabeleça o nível máximo de independência ou de funcionamento. No diagnóstico da capacidade de autocuidado real e potencial precisam ser consideradas dimensões que têm que ver com questões fisiológicas (e fisiopatológicas), psicológicas (e psicopatológicas), mas também motivacionais e de capacidade de aprendizagem. Todavia, a dimensão mais sensível tem que ver com a relação de poderes entre o doente e os cuidadores. Podemos afirmar que, malgrado as múltiplas teorias relativas à centralidade do doente, prevalece genericamente uma relação com laivos paternalistas e com um acentuado desequilíbrio de poderes em favor dos profissionais. Ora, a prestação de cuidados domiciliários tem todas as condições para inverter esta tendência. Primeiro — porque estamos a prestar cuidados, não num contexto organizacional de saúde (suposto “reino” dos profissionais) mas sim na casa das pessoas, efetivo “reino” delas próprias, onde os profissionais precisam pedir autorização para entrar. Segundo — porque, neste contexto, os profissionais não têm uma permanência constante, mas sim intermitente. Ou seja, de facto, quem assegura a continuidade dos cuidados durante a maior parte do tempo (que corresponde à ausência dos profissionais) são o próprio doente e seu cuidador ou família. Tal exige que eles sejam membros efetivos da equipa em todo o processo de cuidados.

A segunda dessas exigências decorre do acesso aos suportes de informação. Da formulação apresentada presume-se que o PIC é, em primeira análise, do doente e respetivo cuidador. Assim sendo, este precisa de ter acesso aos suportes de informação em todas as fases do planeamento e da execução dos cuidados. O cumprimento desta exigência fundamental do PIC obriga-nos a repensar como o concretizar, quer o mesmo utilize o papel, quer utilize sistemas de informação digital. No segundo caso (sistemas de informação), as exigências são adicionais porque o acesso aos mesmos tem de ser disponibilizado em casa dos doentes. Além das questões de literacia digital do doente e cuidador, que não se podem constituir como obstáculo à sua participação, colocam-se questões de segurança dos dados que é necessário acautelar.

A terceira exigência decorre do uso de tecnologias de informação e comunicação como apoio a estes cuidados. Tal possibilidade abre potencialidades inimagináveis, mas ao mesmo tempo, coloca desafios sobre os quais é necessário refletir. O primeiro desafio decorre da proliferação de *gadgets* potencialmente utilizáveis no âmbito dos cuidados domiciliários, os quais, associados a uma publicidade agressiva dos seus criadores, podem facilmente assumir uma centralidade no processo de cuidados que não podem ter. É essencial que os meios tecnológicos estejam ao serviço de um modelo de cuidados e que, nesse contexto, sejam facilitadores da vida dos cuidadores e não o oposto. O segundo desafio advém da já referida baixa literacia digital, não apenas do doente e seus cuidadores, mas também de alguns profissionais de saúde. Requer dois tipos de abordagens: por um lado, um efetivo investimento dos profissionais de saúde no incremento da sua literacia digital; por outro, um investimento dos responsáveis no desenvolvimento das novas tecnologias no sentido de elas serem desenvolvidas com os utilizadores finais e não para eles. O terceiro desafio tem que ver com a segurança dos dados. Apesar do recente regulamento de proteção de

dados (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, 2016), a vulnerabilidade dos mesmos aumenta à medida que aumenta o número de pessoas a aceder-lhes. Assim, exigem-se medidas especiais que, não colocando em causa o acesso aos dados (para sustentar uma decisão informada), não prejudique a segurança dos mesmos. O quarto desafio é o da integração dos dados em função do cidadão utente de modo que qualquer cuidador tenha acesso aos dados necessários independentemente do local ou do nível de cuidados em que se encontre. Tal desafio tem como pressuposto uma total interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde, o que ainda se constitui como um desafio de grande envergadura, apesar do seu caráter estrutural. O último é um desafio para um futuro de médio prazo e pode designar-se como a Inteligência Artificial aplicada aos cuidados de saúde. Como se pode constatar em proposta por nós apresentada e em processo de desenvolvimento (C.; Fonseca et al., 2017b; Fonseca, C.; Mendes, D.; Lopes, M. J.; Romão, A.; Parreira, 2017), é possível desenvolver ambientes de vida assistida com recurso e suporte, não apenas da IoT¹, mas acima de tudo da inteligência artificial. Tal incrementará substancialmente a capacidade de intervenção de todos os cuidadores, na medida em que lhes conferirá a possibilidade de decisão informada. Trará adicionalmente melhores cuidados e qualidade de vida aos doentes.

Relativamente à prestação de cuidados em contexto domiciliar apenas destacaremos algumas das dimensões que consideramos mais relevantes tendo em conta o contexto.

A RELAÇÃO ENFERMEIRO-DOENTE-CUIDADOR

A relação enfermeiro-doente é considerada o pilar fundamental do processo de prestação de cuidados — até porque não é possível prestar cuidados a não ser em contexto relacional (Gago & Lopes, 2012; Lopes, 2006, 2018; Lourenço et al., 2012; Oliveira & Lopes, 2010; Sapeta, 2010; Sapeta & Lopes, 2006). Por tal razão, faz sentido recordar aqueles que são considerados os pilares fundamentais dessa relação: **confiança, respeito, intimidade profissional, empatia e poder** (CNO, 2013). A estes acrescentamos o **caring** e a **conexão emocional** ou **aliança terapêutica** (Lopes, 2018).

Apesar da importância de todos eles, arriscamo-nos a evidenciar a confiança. Este destaque justifica-se pela centralidade que ganha no contexto de um processo relacional que é construído em casa das pessoas, como aliás é patente na investigação desenvolvida com enfermeiras de cuidados domiciliários (Gago & Lopes, 2012). Ou seja, este processo relacional, que se desenvolve paulatinamente, está “dependente da aceitação e dos laços de confiança que se desenvolveram entre as enfermeiras e as pessoas cuidadas. Situação percebida pelas enfermeiras por sinais como, ser-lhes dado conhecimento em que local podem encontrar a chave da porta de entrada, serem convidadas para entrar em outros compartimentos da casa que não o quarto onde se desenvolvem os cuidados. Também pelo do ambiente não estar tão ‘arrumado’, como se a enfermeira fosse uma visita, por partilharem as alegrias ou tristezas que surgem no ambiente familiar” (Gago & Lopes, 2012).

¹ IoT - *Internet of Things* (Internet das Coisas) - interconexão digital de objetos cotidianos com a Internet.

É claro que a confiança tem um pressuposto essencial: o respeito, que se pode definir como o reconhecimento da dignidade inerente ao valor e singularidade de cada pessoa, independentemente do estatuto socioeconómico, dos atributos pessoais e da natureza do problema de saúde (CNO, 2013).

Pelas razões expostas, mas principalmente pelas características do processo de cuidados em contexto domiciliário, consideramos que a competência relacional dos enfermeiros se assume como central. Por isso propomos que seja considerada a proposta por nós apresentada em trabalho recentemente publicado (Lopes, 2018)

QUALIDADE E SEGURANÇA NO PROCESSO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE DOMICILIÁRIA

Não existem dúvidas acerca da importância desta dimensão no processo de prestação de cuidados em geral. Mas os modelos que existem foram criados e aprovados para outras áreas de cuidados. Por isso, é preciso adaptá-los ao contexto dos cuidados domiciliários. Apesar de podermos continuar a considerar as dimensões clássicas da avaliação da qualidade dos cuidados (i. e., estrutura, processo e resultados) (Donabedian, 2003), cada uma delas tem particularidades no contexto dos cuidados domiciliários. Sistematizemos: a estrutura é a casa de cada pessoa com as respetivas particularidades, que podem constituir-se como uma limitação severa à qualidade dos cuidados; do processo participam outros cuidadores que não apenas os profissionais, e daí a necessidade de os profissionais investirem nesses outros cuidadores; a avaliação dos resultados deve levar em linha de conta as considerações anteriores.

Os esforços no desenvolvimento de indicadores de qualidade para os cuidados domiciliários têm vindo do “mundo” anglo-saxónico, particularmente dos Estados Unidos da América (EUA) e do Canadá; no primeiro caso por exigência das seguradoras que pagam os cuidados domiciliários. Por força do *Balanced Budget Act*, que solicitou o estabelecimento de um sistema de pagamento prospetivo para serviços de saúde domiciliar (*Medicare and Medicaid Programs; Mandatory Use, Collection, Encoding, and Transmission of Outcome and Assessment Information Set (OASIS) for Home Health Agencies*, 1999), foi desenvolvido o *Outcome Assessment Information Set (OASIS)*. Este instrumento mede os resultados dos doentes e recolhe dados sobre os atributos sociodemográficos, ambientais, de suporte, estado de saúde e funcionais. Todas as agências de cuidados domiciliários são obrigadas a recolher esses dados em todos os doentes adultos (exceto na área da saúde materna), no momento do encaminhamento para o programa, nas avaliações de acompanhamento a cada 60 dias e na alta.

No segundo caso o *Canadian Institute for Health Information (CIHI)* desenvolveu uma série de indicadores de desempenho para auxiliar as províncias no planeamento, na gestão da qualidade e nos relatórios públicos dos serviços de cuidados domiciliários (*Canadian Institute for Health Information*, 2007, 2010).

O CIHI anunciou recentemente que desenvolverá um sistema nacional de relatórios de atendimento domiciliar que inclua o *Minimum Data Set - Home Care (MDS-HC)* como fonte de dados clínicos para relatórios estatísticos nacionais. O MDS-HC foi desenvolvido no contexto do projeto *InterRai* (*interRAI* - <http://www.interrai.org/>, n.d.), difere do OASIS por ser

projetado para atender várias funções, incluindo: planeamento de cuidados, triagem de elegibilidade, *case mix*, avaliação de resultados e indicadores de qualidade. Não cabendo no âmbito deste documento um aprofundamento exaustivo deste assunto, interessa, contudo, enfatizar a sua importância e elencar o conjunto dos indicadores usados e validados (ver Tabela3) (Hirdes et al., 2004).

INDICADORES DE PREVALÊNCIA	FALHA EM MELHORAR/INCIDÊNCIA
Refeições inadequadas	Incontinência urinária
Perda de peso	Úlceras por pressão
Desidratação	Comprometimento das AVD
Nenhuma revisão de medicação por médico	Locomoção prejudicada em casa
Dificuldade na locomoção e ausência de dispositivo auxiliar	Função cognitiva
AVD/potencial de reabilitação e sem terapias	Dificuldade em comunicar
Quedas	
Isolamento social com angústia	
Delírio	
Humor negativo	
Dor diária perturbadora/intensa	
Controlo inadequado da dor	
Negligência ou abuso	
Quaisquer ferimentos	
Ausência de vacinação contra gripe	
Hospitalização	

Tabela 3

Indicadores de qualidade de cuidados domiciliários para resumo mínimo de dados
 Fonte: (Hirdes et al., 2004)

Na realidade portuguesa, este é ainda um processo em desenvolvimento, todavia, foram já dados passos que consideramos essenciais. Destacamos todo o processo que conduziu à adoção da CIF (WHO.int, 2015) no contexto do SNS. Foi um processo que envolveu um longo trabalho empírico, do qual destacamos:

Projeto de natureza epidemiológica, desenvolvido no Alentejo com uma amostra representativa da população idosa domiciliada. Foi patrocinado pelo Alto Comissariado da Saúde, do qual, além do respetivo Relatório Final (Lopes, Escoval, et al., 2012), resultou a elaboração de 3 teses de doutoramento e múltiplos artigos publicados em revistas internacionais:

Relatório Final — Violência, abuso, negligência e condição de saúde nos idosos: Relatório Final (Lopes, Escoval, et al., 2012)

Teses:

Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem (Fonseca, 2014)

Caracterização da funcionalidade em diferentes fases do ciclo de vida: idosos e adultos com doenças crónicas (Pereira, 2018)

A condição de saúde oral dos idosos na população alentejana (Machado, 2018);

Artigos:

Contributo para a classificação da funcionalidade na população com mais de 65 anos, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade (Pereira et al., 2011);

Evaluation of elderly persons' functionality and care needs (Lopes et al., 2013b);

Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem (Fonseca, C.; Lopes, 2014);

Functional deficit and sensitive outcomes to nursing care for elderly: Systematic literature review - (Fonseca, C.; Lopes, M. J.; Santos, 2014);

International classification of functioning, disability and health: use in nursing care for the elderly (Santos, S.S.; Lopes, M.J.; Vidal, D.A.; Gautério, 2013);

Projeto de desenvolvimento da Tabela Nacional de Funcionalidade (TNF), a convite da Direção Geral de Saúde, do qual resultou a publicação de um artigo científico (Pereira et al., 2016), bem como a publicação de um Despacho que aplica a TNF a todo o SNS (Despacho n.º 4306/2018, 2018).

Adicionalmente, e no contexto da Reforma do SNS na Área dos CCI, procedeu-se à adoção da CIF em todo o processo de referência, acompanhamento e avaliação na alta de todos os doentes que ingressem na RNCCI. Procedeu-se igualmente a um processo de trabalho com todas as áreas profissionais, no sentido de se criar interoperabilidade semântica entre as linguagens profissionais e a CIF. Está em desenvolvimento a criação de indicadores de resultado com base na CIF.

Ainda no âmbito da qualidade e segurança em contexto de cuidados domiciliários, e porque a maioria dos utentes destes cuidados são e serão pessoas idosas, apresentamos várias referências a alguns indicadores particulares e dimensões que lhes estão subjacentes.

A primeira referência, é para as quedas. De acordo com os indicadores disponíveis nos relatórios da RNCCI, a prevalência de quedas em todas as tipologias tem sofrido um decréscimo, sendo a média nacional de 8,9 %. A prevalência de quedas ocorrida no domicílio é ainda mais baixa (7,6 %), o que se deve também à qualidade dos cuidados aí prestados (ACSS, 2015). Apesar disso, esta é uma ocorrência adversa, de graves consequências na medida em que reduz a confiança para a mobilização independente e aumenta o risco de voltar a cair. Por isso advogamos o rastreamento do risco de queda em todas as pessoas em contexto de cuidados domiciliários.

A segunda referência é para o isolamento social. Este é hoje considerado um problema de saúde pública. A investigação mostra que a falta de conexões sociais é tão prejudicial para a nossa saúde como fumar 15 cigarros por dia (Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., Stephenson, 2015). Os malefícios da solidão são múltiplos e podemos sistematizá-los do seguinte modo:

Solidão e saúde física

A solidão aumenta a probabilidade de mortalidade em 26 % (Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., Stephenson, 2015);

O efeito da solidão e do isolamento na mortalidade é comparável ao impacto de fatores de risco bem conhecidos, como a obesidade, e o tabagismo (Holt-Lunstad et al., 2010)

A solidão está associada a um risco aumentado de desenvolver doença coronária e acidente vascular cerebral (Valtorta et al., 2016);

A solidão aumenta o risco de hipertensão arterial (Hawkley et al., 2010);

As pessoas solitárias também estão em maior risco de incapacidade (Lund et al., 2010);

Solidão e saúde mental

A solidão coloca as pessoas em maior risco de declínio cognitivo (James et al., 2011);

Um estudo concluiu que pessoas solitárias sofrem um aumento de 64 % na probabilidade de desenvolver demência clínica (Holwerda et al., 2014);

As pessoas solitárias são mais propensas à depressão (Cacioppo et al., 2006, 2014; Hawkley et al., 2010; Meehan et al., 2014; Schwartz et al., 2010; Singh & Misra, 2009);

A solidão e a baixa interação social são preditivas de suicídio em idade avançada (Conwell et al., 2011; O'Connell et al., 2004).

Conjugando estes dados com os apresentados no capítulo de enquadramento relativos ao contexto sociofamiliar e comunitário, fácil será concluir que, em Portugal, um número considerável de pessoas idosas reúne condições que podem conduzir ao isolamento e solidão. Tal significa que os enfermeiros de saúde domiciliária, precisam de estar atentos ao fenómeno do ponto de vista diagnóstico, mas também de empreenderem medidas concretas para combater este fator de risco para a saúde das pessoas.

A terceira referência é para a dor. De acordo com estudo de natureza epidemiológica por nós desenvolvido numa amostra aleatória e estratificada constituída por 903 idosos residentes na região do Alentejo (exceto Lezíria) (Lopes, Escoval, et al., 2012), cerca de 58 % das pessoas referem dor com especial incidência na região lombar e dorsal. Adicionalmente, constata-se que, apesar de a dor ser considerada o 5.º sinal vital, ainda não é sistematicamente avaliada, apesar das recomendações, tal como se pode comprovar em alguns relatórios de monitorização e acompanhamento da RNCCI.

Perante o exposto, recomenda-se a avaliação e registo sistemático, mas também a adoção das necessárias medidas de controlo da dor.

A quarta referência é para a violência, negligência e abuso. De acordo com os indicadores disponíveis (APAV, 2017; Fonseca et al., 2014; Lima et al., 2018; Lopes, Escoval, et al., 2012; Lopes, M. J.; Silva, A. O.; Coler, 2017) , a violência, do ponto de vista representacional e de ocorrência, é um problema de saúde pública do qual não existe uma perceção plena e que adquire particular gravidade entre os idosos. Resulta principalmente de os agressores serem, normalmente, pessoas da família e de os idosos se encontrarem numa situação de particular fragilidade. Por tais razões, preocupámo-nos em, regionalmente, implementar uma Rede de Intervenção que contribua para que os diversos organismos tenham uma intervenção integrada, para qualificar os técnicos e mobilizar a comunidade para o problema (*Rede de Intervenção Integrada do Distrito De Évora* - <http://www.violenciadomestica.uevora.pt/index.php?/RIIDE>, sem data). Para tanto, desenvolvemos um manual da Rede (Lopes, Gemito, et al., 2012) o qual se tem revelado muito útil. Adicionalmente desenvolvemos um instrumento de avaliação de risco (Lima et al., 2018), que consideramos de toda a pertinência, dada a dificuldade dos profissionais em lidarem com este fenómeno.

Também pelas razões expostas, entendemos recomendar a avaliação do risco, através da escala supracitada, e o rastreamento sistemático da violência através das clássicas questões:

Alguma vez foi ferido/a ou ameaçado/a por alguém?

Está presentemente ou alguma vez esteve numa relação na qual fosse fisicamente ferido/a, ameaçado/a ou em que o/a tenham feito sentir medo (ou insegurança)?

Alguma vez foi emocionalmente, fisicamente ou sexualmente abusado/a pelo parceiro/a ou alguém importante para si?

A quinta referência é para as úlceras por pressão. Também estas se constituem como um grave problema, particularmente entre os idosos dependentes. As úlceras por pressão são uma das razões que justificam 35 % dos ingressos nas ECCI (cuidados domiciliários) e 22 % dos ingressos nas tipologias de internamento da RNCCI (ACSS, 2015). Apesar disso, a incidência de úlceras por pressão na RNCCI é de apenas 2,3 %, quer no conjunto das tipologias de internamento quer nas ECCI, o que denota uma elevada qualidade de cuidados.

Este constitui-se como um grave problema para os doentes (pelas consequências em termos de mobilidade, bem-estar, entre outros) e para o SNS (pelos encargos económicos crescentes que o seu tratamento acarreta). Todavia, este problema não se combate apenas com a intervenção de um nível de cuidados. Este pode ser um excelente exemplo para a criação de um percurso de cuidados que, centrado no doente, inclua todos os níveis de cuidados.

A sexta referência é para o controlo de infeções e resistência aos antimicrobianos. Sendo esta uma preocupação central em qualquer sistema de saúde moderno, mas frequentemente associada aos cuidados hospitalares, não podemos, contudo, deixar de a referir no contexto dos cuidados domiciliários. Primeiro, porque as questões de resistência aos antimicrobianos são transversais a todos os níveis de cuidados; segundo, porque os doentes infetados com estirpes multirresistentes tanto podem ser originários da comunidade como

dos hospitais; terceiro, porque estes doentes acabarão sempre por regressar a suas casas. Neste contexto impõe-se a necessidade de definição de protocolos de atuação para todos os cuidadores envolvidos. Foi por tais razões que, no âmbito das funções de coordenação da reforma do SNS para a área dos cuidados continuados integrados (assumida entre janeiro de 2016 e novembro de 2018), foi desenvolvida uma estreita colaboração entre esta estrutura de coordenação e o Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), exatamente com aqueles objetivos.

A última referência vai para a função cognitiva. Este é o pretexto para introduzirmos a problemática das demências. De acordo com algumas estimativas, existem em Portugal cerca de 150 000 pessoas com demência, a maioria das quais com mais de 65 anos, uma vez que o principal risco para o desenvolvimento de demência é a idade. Tendo em conta este contexto, e com o envelhecimento populacional, esta dimensão tenderá a aumentar. Por tais razões desenvolveu-se *“uma estratégia que promova uma maior colaboração e coordenação intersectorial, o diagnóstico atempado e correto, bem como o acesso a tratamentos, farmacológicos e não farmacológicos, mediante o reforço do papel dos cuidados de saúde primários e da colaboração destes com os cuidados hospitalares, os cuidados continuados integrados e os cuidados paliativos, e a continuidade dos cuidados na comunidade e o apoio às famílias”* (Despacho n.º 5988/2018, 2018). Tal significa que a referida estratégia está desenvolvida tendo em consideração a lógica da trajetória de cuidados. Adicionalmente, incentiva a permanência das pessoas com demência no seu contexto sociofamiliar e comunitário, pelo máximo tempo possível.

4. MODELO DE CUIDADOS INTEGRADOS À PESSOA IDOSA EM CONTEXTO DE “RESPOSTA SOCIAL”

Manuel Lopes
César Fonseca
Lara Pinho

Neste capítulo começaremos por fazer uma análise crítica às atuais respostas, com base num estudo por nós desenvolvido. Nessa análise abordaremos, o enquadramento das respostas atuais e suas condições estruturais, que incluem as características dos utentes, dos modelos organizacionais e dos cuidadores.

ENQUADRAMENTO DAS RESPOSTAS ATUAIS

Existem múltiplas situações de saúde cuja resposta não pode ser equacionada em contexto de cuidados domiciliários. Decorrem essencialmente da conjugação de três fatores: o nível de dependência funcional da pessoa; a exigência da situação no que concerne à frequência e diferenciação dos cuidados; e a capacidade dos cuidadores (informais e formais) para os prestar. Ou seja, quando ocorre um desequilíbrio entre as necessidades de cuidados da pessoa dependente e a capacidade para os prestar em casa, torna-se necessário equacionar outro tipo de resposta.

Nas circunstâncias atrás referidas o normal é solicitar a ajuda de serviços que complementem ou substituam o processo de cuidados, até aí vigente. Em Portugal, esses serviços agrupam-se sob a designação “respostas sociais” e incluem as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), os Serviços de Apoio Domiciliário (SAD), os Centros de Dia, os Centros de Noite, os Centros de Convívio e o Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas e Adultas com Deficiência. Deste conjunto de serviços destacamos os três primeiros (ERPI, SAD e Centros de Dia), por serem os que têm expressão significativa motivada pela procura.

Estas respostas são maioritariamente da responsabilidade de entidades do terceiro setor¹ ou do setor privado, competindo-lhes a iniciativa de criação, ampliação ou extinção, e a oferta de um ou de múltiplos serviços. Nesta lógica, e porque não existe uma estrutura em rede superiormente coordenada, funciona a lei do mercado. Por isso, podem ocorrer desequilíbrios territoriais na quantidade de oferta, e até na sua qualidade. Adicionalmente, este conjunto de respostas gerem autonomamente a sua carteira de utentes e não se articulam com qualquer outra rede de serviços públicos, nomeadamente, os serviços de saúde, e de entre estes a RNCCI, os CSP e a Rede Hospitalar. Portanto, estas respostas apenas dependem do Estado para os aspetos regulamentares de natureza geral e para o acesso à participação pública pelo serviço prestado.

¹ A expressão “Instituições do Terceiro Setor” tem origem do inglês *Third Sector* e é utilizada frequentemente em paralelo com outras similares, *exempli gratia*, “Instituição sem Fins Lucrativos” (*non-profit institution*) ou “Setor sem Fins Lucrativos” (*non-profit sector*) (J. M. F. Costa, 2016)

A referida regulamentação não estabelece os critérios de admissão. Neste contexto, e através de uma pesquisa qualitativa de regulamentos e normas de admissão de diversas instituições, publicados na Internet, constatam-se situações não apenas de disparidade de critérios, mas de verdadeira iniquidade.

Verifica-se, por exemplo, que como critério principal para admissão, muitas instituições usam “uma entrevista de averiguação das suas condições”. Visto que não estão definidas as “condições” nem o peso relativo de cada uma delas, de modo a que se produza um resultado verificável, objetivamente, este não pode ser considerado um critério de admissão justo.

Em muitas outras instituições, são razões que fundamentam a **não admissão**:

- sofrer de doenças infetocontagiosas, anomalias mentais e doenças neurodegenerativas incompatíveis com o regular funcionamento dos serviços;

- situação que prejudique o regular funcionamento da Instituição ou ponha em causa o bem-estar dos outros utentes ou dos colaboradores, nomeadamente doença mental aguda;

- apresentar grau de dependência que obrigue a acompanhamento para as atividades de vida diária.

Neste conjunto de critérios, sublinhamos as “anomalias mentais e doenças neuro-degenerativas”, as quais excluem liminarmente um enorme conjunto de pessoas. Recordamos que a doença mental tem uma enorme prevalência em Portugal, destacando-se a depressão, particularmente entre as pessoas mais idosas. Mais uma vez estamos perante uma evidente situação de iniquidade, que penaliza quem mais precisa e estigmatiza ainda mais as pessoas com doença mental. Tal poderá ainda ser agravado pela inexistência de critério relativamente ao modo como se decide quem diagnostica a doença mental e qual delas determina a exclusão da pessoa.

Mas o sublinhado especial vai para o último critério referido (i. e., apresentar grau de dependência que obrigue a acompanhamento para as atividades de vida diária). Era nossa convicção que este seria o principal critério para justificar a admissão numa ERPI. Recordamos que o primeiro objetivo definido na lei relativamente àquelas estruturas é “proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas” (Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, 2011).

De assinalar por fim os que são considerados como **critérios prioritários** de admissão em muitas instituições:

- Os que já são beneficiários de qualquer serviço da Instituição;

- Irmãos e/ou benfeitores (voluntários, antigos dirigentes, antigos funcionários e outros) da Instituição.

Tais critérios criam manifestamente e mais uma vez situações de iniquidade, ao não permitir o acesso das pessoas às respostas sociais de acordo com as suas necessidades de cuidados.

Parece assim confirmar-se a Lei do Cuidado Inverso, ou seja, aqueles que mais precisam de cuidados têm menos probabilidade de recebê-los. Por outro lado, aqueles com menos necessidade de cuidados tendem a usar mais os serviços, e com mais eficácia (Hart, 1971).

Adicionalmente e além da “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).

Apesar de estas respostas, manifestamente, se destinarem a pessoas idosas com algum tipo de dependência, também não se pode afirmar que seja definido qualquer modelo de cuidados adequado a tal condição. Todavia, é afirmado no art.º 9.º, n.º 1 que “é obrigatória a elaboração de um processo individual do residente, com respeito pelo seu projeto de vida, suas potencialidades e competências, do qual constam, designadamente: [...], 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” (Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, 2012).

Perante tal exigência, interrogamo-nos:

Qual o processo de cuidados subjacente?

Quem assume a responsabilidade da recolha de dados que conduza a um diagnóstico funcional ou do nível de dependência no autocuidado?

Com base nesse diagnóstico, sobre quem recairá a responsabilidade de elaboração do PIC?

E quem assume a coordenação dos cuidados e a avaliação dos resultados em saúde?

	Centro de dia			ERPI			SAD			Total
	Cap	Oc	TxOc (%)	Cap	Oc	TxOc (%)	Cap	Oc	TxOc (%)	
Aveiro	4515	3505	77,6	5344	5038	94,3	6286	5127	81,6	16145
Beja	1577	607	38,5	3597	3349	93,1	3541	2017	57,0	8715
Braga	3136	2509	80,0	5985	5757	96,2	7354	5861	79,7	16475
Bragança	1816	740	40,7	3383	3219	95,2	3432	2456	71,6	8631
Castelo Branco	3274	1713	52,3	4317	4052	93,9	4152	2918	70,3	11743

	Centro de dia			ERPI			SAD			Total
	Cap	Oc	TxOc (%)	Cap	Oc	TxOc (%)	Cap	Oc	TxOc (%)	
Coimbra	5064	3217	63,5	5546	5238	94,4	6482	4941	76,2	17092
Évora	1997	1309	65,5	3274	3141	95,9	3019	2187	72,4	8290
Faro	2364	1016	43,0	3795	3549	93,5	3175	2050	64,6	9334
Guarda	3528	1580	44,8	5500	5142	93,5	5753	3636	63,2	14781
Leiria	3042	1847	60,7	5455	5309	97,3	6409	4898	76,4	14906
Lisboa	11085	7946	71,7	15001	13233	88,2	19436	13391	68,9	45522
Portalegre	1743	905	51,9	3458	3315	95,9	2523	1484	58,8	7724
Porto	7547	5725	75,9	8392	7442	88,7	12218	8404	68,8	28157
Santarém	4374	2810	64,2	6726	5941	88,3	5792	3856	66,6	16892
Setúbal	5145	3113	60,5	5615	5232	93,2	5321	4230	79,5	16081
Viana do Castelo	1593	1077	67,6	2537	2345	92,4	3390	2268	66,9	7520
Vila Real	1152	798	69,3	2945	2723	92,5	4567	3387	74,2	8664
Viseu	2427	1582	65,2	5743	5591	97,4	6934	5153	74,3	15104
Total	65379	41999	60,7	96613	89616	92,8	109784	78264	71,3	271776

Tabela 4

"Rede" de respostas sociais para pessoas idosas por distrito.

Fonte: (GEP/MTSSS, 2019)

Legenda: Cap – Capacidade; Oc – Ocupação; TxOc – Taxa de Ocupação

Sabendo, tal como nos demonstra a evidência empírica, que a independência/dependência no autocuidado é uma das mais importantes dimensões da saúde e bem-estar das pessoas, (nomeadamente, neste momento do ciclo de vida), a mensagem que este diploma legal transmite é o da sua total desvalorização, deixando-o ao livre-arbítrio de profissionais com pouca ou nenhuma formação nesta área. Tal é demonstrado, entre outros e além dos aspetos já referidos, pelo perfil de profissionais exigidos para este tipo de estruturas e que constam da referida Portaria (Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, 2012).

O conjunto das respostas sociais tem uma dimensão expressiva, tal como se pode constatar pela Tabela 4, ainda que, como já se referiu, com uma cobertura territorial assimétrica.

Se analisarmos as características destas respostas tendo como referência a realidade internacional, constatamos que na generalidade dos países europeus as mesmas se inserem no conceito de *Long-Term Care* (Cuidados de Longa Duração). Por tal razão, nesses países, estas respostas organizam-se em rede, articuladas entre si e com os restantes níveis de cuidados. Isso mesmo é constatável pelo modo como os organismos internacionais definem o supracitado conceito.

De acordo com a Comissão Europeia, os *Long-Term Care* referem-se à organização e prestação de uma ampla gama de serviços e cuidados a pessoas que estão limitadas na sua capacidade de funcionar de forma independente, diariamente, durante um longo período, devido a problemas mentais e/ou deficiência física. Tais serviços são cruciais para muitas pessoas dependentes, frequentemente pertencentes às categorias de idade avançada. Normalmente, o cuidado consiste na assistência às atividades da vida diária (AVD), como comer, tomar banho, vestir-se, entrar e sair da cama ou usar a casa de banho. Além disso, esses componentes de cuidados pessoais são frequentemente fornecidos em combinação com serviços de saúde básicos: ajuda no tratamento de feridas, gestão de dor, medicação, monitorização de saúde, prevenção, reabilitação ou serviços de cuidados paliativos. Os serviços de *Long-Term Care* também podem ser combinados com ajuda de nível inferior, relacionada com as "Atividades instrumentais de vida diária" (AIVD): refeições, compras, e tarefas domésticas (Lipszyc et al., 2012). Ainda de acordo com a Comissão Europeia, os *Long-Term Care* podem ser prestados através de uma variedade de configurações, incluindo cuidados domiciliários, instituições (lares de idosos, hospitais) ou cuidados residenciais. Podem ser prestados em regime de internamento ou ambulatório, às vezes sob formas mistas (e. g., sistemas de vida assistida, lares de idosos, habitações protegidas), para os quais existe uma ampla gama de acordos nacionais. Os cuidados semirresidenciais, em particular, visam a promoção ou preservação da capacidade de viver de forma independente. Geralmente consistem em centros de dia, que oferecem um pacote completo de serviços às pessoas durante o dia — como fornecimento de refeições, serviços diários de saúde, educação e reabilitação — ou em estadias temporárias em centros de atendimento para reabilitação e integração social. Os serviços de cuidados formais e de atendimento informal coexistem, complementando-se ou substituindo-se, tendo em conta o tipo de dependência. O cuidado formal é prestado tanto no setor público quanto no privado, por assistentes de cuidados que são pagos sob algum tipo de contrato de trabalho e que são principalmente cuidadores menos qualificados ou enfermeiros. Pelo contrário, para ser considerado informal, a prestação de cuidados não pode ser paga como se fosse a compra de um serviço, mesmo que um cuidador informal possa receber transferências de rendimento e, possivelmente, alguns pagamentos informais da pessoa que recebe cuidados (Lipszyc et al., 2012).

Por seu lado, a OCDE define *Long-Term Care* como a organização e prestação de uma ampla gama de serviços e cuidados a pessoas que estão limitadas na sua capacidade de funcionar de forma independente, diariamente, durante um longo período. Define ainda duas componentes complementares: o cuidado continuado prolongado no tempo; e o cuidado prestado como um programa integrado em todos os componentes do serviço (cuidados inte-

grados). Os serviços podem ser prestados numa variedade de configurações, incluindo cuidados institucionais, residenciais (o residencial refere-se aos serviços de assistência e apoio social fornecidos em condições de vida apoiadas) ou domiciliários (OECD, 2007).

Como se pode constatar, as definições destes dois organismos internacionais são praticamente sobreponíveis.

Já de acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), *Long-Term Care* é o sistema de atividades realizadas por cuidadores informais (familiares, amigos e/ou vizinhos) e/ou profissionais (saúde, social e outros) para garantir que uma pessoa que não seja totalmente capaz de se autocuidar possa manter a maior qualidade de vida possível, de acordo com as suas preferências individuais, com o maior grau possível de independência, autonomia, participação, realização pessoal e dignidade humana (WHO, 2000).

Adicionalmente, constata-se que quando algum dos organismos internacionais atrás referidos faz estudos sobre os *Long-Term Care* em Portugal, seleciona apenas as Unidades de Longa Duração e Manutenção da RNCCI e as respostas sociais, por serem as que se enquadram nos conceitos atrás apresentados.

Em conclusão, estamos perante um tipo de respostas de elevada importância estratégica para o conjunto do sistema de cuidados de saúde e sociais, mas principalmente, cruciais para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas dependentes. Todavia, este não funciona como uma rede e não se organiza em continuidade com as restantes redes de cuidados. Obviamente, esta é uma responsabilidade de toda a sociedade, nomeadamente do poder político, que tem a obrigação de garantir uma organização das respostas compatível com as declarações que subscreveu e assumiu (UNECE, 2017).

CONDIÇÕES ESTRUTURAIS

Tendo como referência o enquadramento concetual de Donabedian e outros (Donabedian, 2003; Doran, 2011; Irvine & Sidani, 1998), analisaremos agora as condições estruturais e processuais para a prestação de cuidados a pessoas idosas em contexto de institucionalização. De acordo com os autores atrás referidos, as condições estruturais incluem as características:

- dos utentes;
- das organizações;
- dos cuidadores.

CARACTERÍSTICAS DOS UTENTES

Naturalmente, as características dos utentes ditarão os cuidados a serem prestados. Sobre estas pouco se sabe, pelo que, para esta caracterização utilizaremos os dados resultantes de um estudo que desenvolvemos com os seguintes objetivos:

- caracterizar e comparar os perfis de funcionalidade, incluindo a dimensão cognitiva, de idosos institucionalizados e não institucionalizados;

avaliar o efeito de fatores biológicos e sociodemográficos na determinação dos perfis funcionais; e

avaliar a probabilidade de um idoso alcançar determinado perfil funcional geral com base na sua idade.

O estudo envolveu uma amostra de 645 idosos divididos em dois grupos: (i) o primeiro composto por idosos não institucionalizados, mas frequentadores de Centro de Dia (CD) (n = 108); e (ii) o segundo grupo por idosos institucionalizados residentes em ERPI (n = 537). Os dados foram recolhidos, através da aplicação de questionários, entre julho de 2019 e fevereiro de 2020, em 18 instituições de apoio social para idosos com as valências de ERPI e CD, de norte a sul de Portugal continental.

As características dos utentes avaliados, além das sociodemográficas, foram a funcionalidade, a cognição e o grau de deterioração intelectual e de personalidade. A funcionalidade foi avaliada através do *Elderly Nursing Core Set* (ENCS) (Fonseca; et al., 2019). A cognição através do *Mini Mental State Examination* (MMSE) (Folstein et al., 1975). E o grau de deterioração intelectual e de personalidade através da *Blessed Dementia Scale* (BDS) (Blessed et al., 1988). Descreveremos as principais características dos idosos que participaram no estudo fazendo uma breve comparação entre os institucionalizados em ERPI e os que se encontravam a residir no domicílio e a frequentar o CD.

Quanto às características sociodemográficas, a média global de idades foi de 85,86 anos (DP = 6,93), sendo que o mais novo tinha 65 anos e o mais idoso 101 anos. Em ERPI a média de idades foi de 86,39 anos (DP = 6,87) e em CD foi cerca de 3 anos inferior (M = 83,22 anos; DP = 6,67). Quando dividimos a idade por classes, constatamos que a maioria corresponde à faixa etária superior a 85 anos (61,1 %), sendo que em ERPI esta percentagem é de 64,2 % e no grupo de CD é de 45,4 %. De salientar que a média de idades da amostra que estudámos é superior à média (80,16 anos) de idêntico grupo na população geral (Santiago et al., 2020).

A maior parte da amostra é constituída por mulheres (69,6 %), que em ambos os grupos (ERPI e CD) são mais do dobro dos homens (Ver Tabela 5). Este fenómeno resulta essencialmente da maior longevidade das mulheres e é conhecido como a “feminização da velhice” (Davidson et al., 2011; WHO, 2019). Todavia, a diferença entre sexos verificada em CD, mas sobretudo em ERPI, é muito superior à verificada na população em geral em pessoas com mais de 65 anos. Nestas, e de acordo com estudos recentes, a percentagem de mulheres representa cerca de 53 % (Goes, Lopes, Marôco, et al., 2020; Santiago et al., 2020). Tal diferença poderá indiciar que, associado à maior longevidade das mulheres, estará a multimorbilidade e a dependência, tal como sugerido por diversos estudos (Kingston et al., 2017, 2018; Koller et al., 2014).

Relativamente ao estado civil constatamos que prevalece a viuvez, sendo superior a 2/3 (67,6 %) (Ver Tabela 5). Este estado é, naturalmente, mais frequente nas mulheres que nos homens, em qualquer dos contextos, mas particularmente em contexto de ERPI (73,9 %). Se juntarmos as pessoas viúvas, solteiras e divorciadas, este grupo representa 82,6 % do total. Apenas 17,2 % das pessoas em ERPI e CD são casadas, existindo uma maior percentagem de homens casados (23,6 %) do que de mulheres casadas (12,2 %). Num estudo realizado em Portugal com uma amostra de idosos a residir nos seus domicílios, verificou-se que

58,7 % eram casados (Goes, Lopes, Marôco, et al., 2020). Assim, estes dados parecem indicar que os idosos permanecem maioritariamente em casa enquanto casados, mas que, quando a viuvez, associada a outros fatores, se instala, a institucionalização perfila-se como solução.

Variáveis	Categorias	ERPI (n = 537)	Centro de Dia (n = 108)	Total (N = 645)
Grupo Etário	65-74 anos	31 (5,8 %)	11 (10,2 %)	42 (6,5 %)
	75-84 anos	161 (30 %)	48 (44,4 %)	209 (32,4 %)
	> 85 anos	345 (64,2 %)	49 (45,4 %)	394 (61,1 %)
Sexo	Feminino	376 (70,0 %)	73 (67,6 %)	449 (69,6 %)
	Masculino	161 (30,0 %)	35 (32,4 %)	196 (30,4 %)
Estado Civil	Solteiro	59 (11,0 %)	10 (9,3 %)	69 (10,7 %)
	Casado	84 (15,6 %)	28 (25,9 %)	112 (17,2 %)
	Viúvo	373 (69,5 %)	63 (58,3 %)	436 (67,6 %)
	Divorciado	21 (3,9 %)	7 (6,5 %)	28 (4,3 %)
Escolaridade	Analfabeto	181 (33,7 %)	25 (23,1 %)	206 (31,9 %)
	Não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever	23 (4,3 %)	7 (6,5 %)	30 (4,7 %)
	Frequentou a escola, mas não o ensino superior	315 (58,7 %)	74 (68,5 %)	389 (60,3 %)
	Ensino Superior	18 (3,4 %)	2 (1,9 %)	20 (3,1 %)

Tabela 5
Caracterização sociodemográfica

Relativamente à escolaridade, verificamos que 31,9 % das pessoas se declaram analfabetas, sendo esta percentagem superior nos homens relativamente às mulheres (34,2 % e 31,0 %, respetivamente) e maior nas ERPI (33,7 %) que nos CD (23,1 %). Em relação ao número de anos de frequência na escola, apenas temos dados de 338 participantes que frequentaram a escola, mas não o ensino superior, sendo a média de anos de escolaridade de 4,06 anos. Além disso, do total da amostra, apenas 3,1 % dos idosos afirma ter frequentado o Ensino Superior (Tabela 5). Estes dados são consistentes com um estudo de 2013 na região do Alentejo onde cerca de 30,7 % dos participantes declarou não saber ler nem escrever (Lopes; et al., 2013).

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

Tabela 6

Área de diagnóstico médico (CID10) e multimorbilidade

* Porque não se conseguiu obter dados de 58 utentes, consideramos para este efeito um total de 587

** 2 ou mais doenças crónicas

Sabendo previamente que a multimorbilidade prevalece entre os idosos, tentámos também perceber como se caracterizava este grupo relativamente a esta variável. Percebemos assim que as áreas de diagnóstico mais comuns foram: as doenças do aparelho circulatório; seguido das do sistema nervoso (onde incluímos as demências); do sistema musculoesquelético; neoplasias; doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; e perturbações mentais e comportamentais. Verificamos ainda que apenas três participantes (0,5 %) não têm qualquer diagnóstico nosológico e que 67,8 % apresenta dois ou mais (i. e., multimorbilidade) (Ver Tabela 6). De referir, por último, que a multimorbilidade é mais prevalente nas mulheres que nos homens, mais nas ERPI que nos CD.

Avaliação cognitiva

Relativamente à avaliação cognitiva, a maior parte deste grupo de pessoas (53,7 %) apresenta deterioração cognitiva. Quando comparamos o grupo das pessoas residentes em ERPI com as de CD, verificamos que no primeiro grupo existe maior percentagem (56,6 %) de pessoas com deterioração cognitiva que no segundo (39,8 %) (ver Figura 10). Aqui fica claramente demonstrado que os idosos institucionalizados apresentam uma maior degradação cognitiva do que os que se encontram a residir no domicílio e a frequentar um CD.

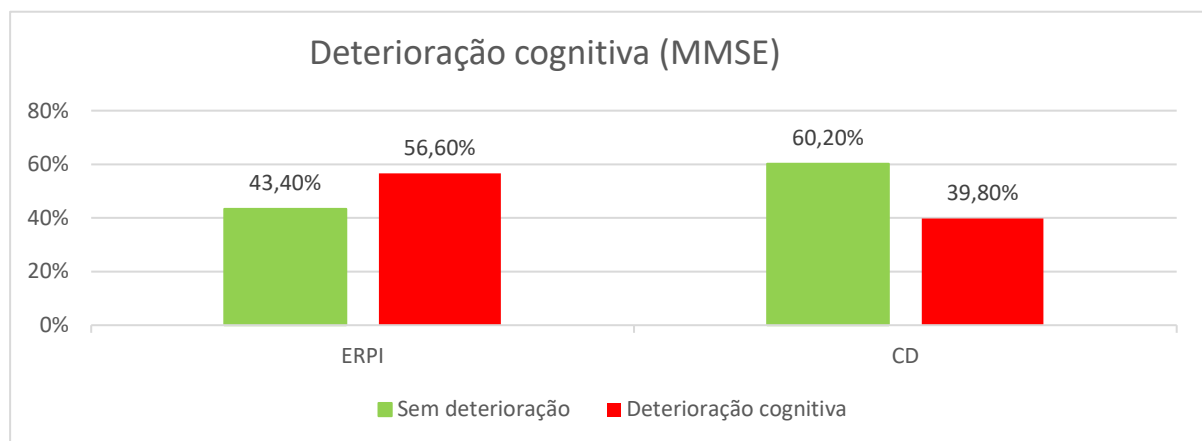


Figura 10
Percentagem de participantes de ambos os grupos com e sem deterioração cognitiva (MMSE)

Na Figura 11 podemos observar a distribuição das pontuações de avaliação cognitiva com entre o grupo de ERPI e o grupo de CD. Constata-se que em ERPI as pontuações registadas entre os idosos são mais heterogéneas do que em CD, sendo as de CD mais elevadas. Relembramos que quando maior a pontuação, menor a degradação cognitiva. Há ainda uma diferença significativa entre as pontuações de ambos os grupos (teste não paramétrico Mann-Whitney Wilcoxon: $p < 0,001$). Apenas 50 % dos idosos residentes em ERPI obtiveram uma pontuação superior a 18 enquanto em CD 77 % dos idosos apresentaram valores superiores a 18. Destacamos ainda que em CD há 4 pessoas idosas que apresentaram uma pontuação atipicamente inferior à dos restantes idosos.

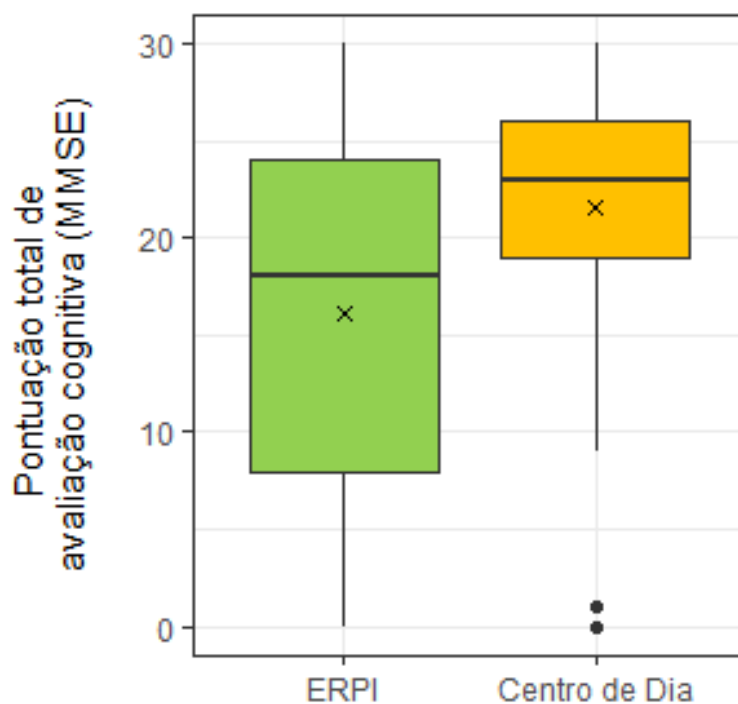


Figura 11

Pontuações de avaliação cognitiva (MMSE) para ambos os grupos (ERPI e CD)
 Nota: O símbolo X representa a média e os pontos a preto as pontuações atípicas

Numa análise mais detalhada (ver Tabela 7) podemos perceber que os sinais de deterioração cognitiva são mais acentuados nas mulheres que nos homens. Por outro lado, verifica-se que nos CD há um aumento contínuo da deterioração cognitiva à medida que a idade avança, enquanto nas ERPI a mesma é consistentemente elevada.

Já relativamente ao estado civil, a deterioração é sempre superior em ERPI que em CD e maior entre os divorciados, solteiros e viúvos, particularmente em ERPI.

	Contexto	Variáveis	n	MMSE total	
				Sem DC	DC
Sexo	CD	Feminino	67	56,7 %	43,3 %
		Masculino	34	64,7 %	35,3 %
	ERPI	Feminino	342	40,4 %	59,6 %
		Masculino	142	50,0 %	50,0 %
Grupo etário,	CD	65-74	11	81,8 %	18,2 %

	Contexto	Variáveis	MMSE total		
			n	Sem DC	DC
anos		75-84	45	66,7 %	33,3 %
		85 e mais	45	46,7 %	53,3 %
	ERPI	65-74	28	42,9 %	57,1 %
		75-84	146	44,5 %	55,5 %
		85 e mais	310	42,6 %	57,4 %
Estado Civil	CD	Solteiro/a	9	44,4 %	55,6 %
		Casado/a	27	59,3 %	40,7 %
		Viúvo/a	58	62,1 %	37,9 %
		Divorciado/a	7	57,1 %	42,9 %
	ERPI	Solteiro/a	57	38,6 %	61,4 %
		Casado/a	79	48,1 %	51,9 %
		Viúvo/a	331	43,5 %	56,5 %
		Divorciado/a	17	29,4 %	70,6 %
Escolaridade	CD	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 %
	ERPI	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 %

Tabela 7
Características biológicas e sociodemográficas dos participantes e deterioração cognitiva
Legenda: DC – Deterioração Cognitiva

Os participantes casados apresentaram melhores níveis cognitivos do que os não casados. Estes dados estão em linha com um estudo longitudinal recente realizado pelo *National Health and Aging Trends Study*, que conclui que os idosos não casados são particularmente

vulneráveis à degradação cognitiva, sendo o estado civil de casado um fator de proteção social potencialmente importante (Liu et al., 2019). Outro estudo concluiu que as relações sociais podem influenciar a saúde e a longevidade, e a sua ausência é um fator de risco para morte prematura (Holt-Lunstad, 2018). Estes dados levam-nos a crer que o estado civil de casado é um fator de permanência no domicílio. Assim, deve ser dada importância às relações de afetividade, e planeadas medidas preventivas da degradação cognitiva, a aplicar aquando da morte do cônjuge.

Os dados correspondentes ao grau de deterioração intelectual e de personalidade, avaliado através da BDS, encontram-se na tabela seguinte (Tabela 8). Através da sua análise constatase que 34,7 % da amostra global apresenta deterioração moderada ou grave e apenas 32,5 % não apresenta qualquer tipo de deterioração.

Podemos igualmente verificar que, nas ERPI, a percentagem de pessoas com deterioração moderada ou grave é de 40,4 %, enquanto nos CD é de apenas 8,4 %. Inversamente, apenas 26,9 % das pessoas em ERPI não apresentam deterioração, o que contrasta com 58,3 % das pessoas em CD (Figura 12).

	Total (n = 542)		ERPI (n = 446)		CD (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 %

Tabela 8
Dados da avaliação intelectual e de personalidade (*Blessed Dementia Scale*)

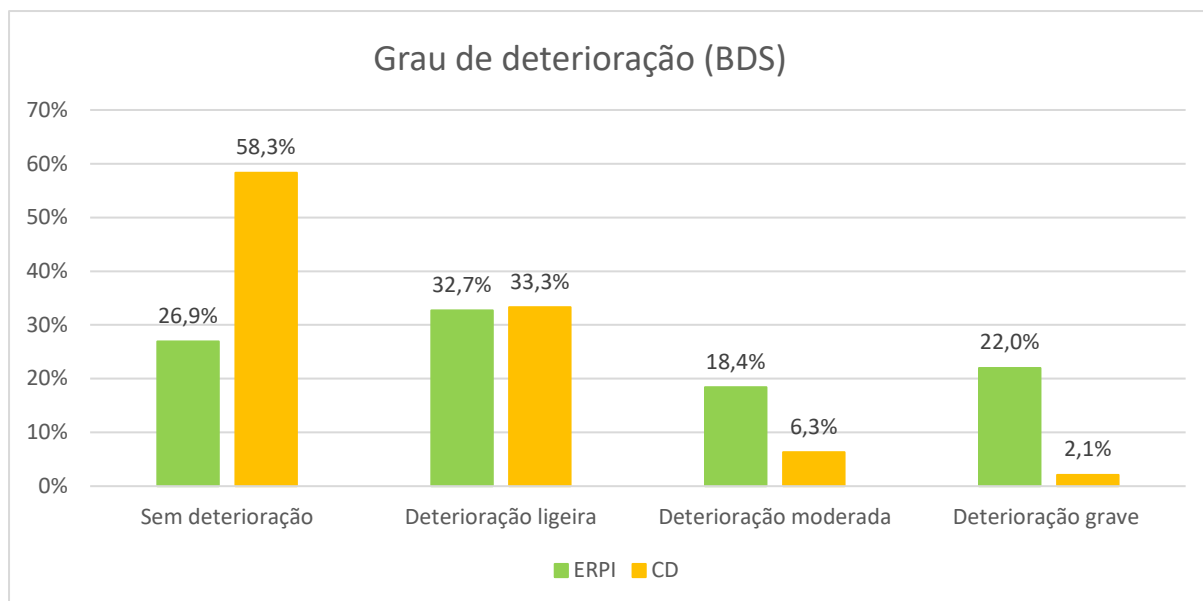


Figura 12
 Percentagem de deterioração cognitiva e de personalidade avaliada pela BDS para ambos os grupos (ERPI e CD)

Na próxima figura (Figura 13) podemos observar a pontuação da BDS pelos domínios:

alterações na vida quotidiana: como por exemplo, dificuldade em realizar tarefas domésticas ou dificuldade em reconhecer o meio;

mudança de hábitos: que aborda mudanças ao nível da alimentação, do vestuário e do controlo de esfíncteres; e

alterações na personalidade: características da demência, como por exemplo, ego-centrismo aumentado ou embotamento das respostas emocionais.

Da análise dessa figura destacamos dois aspetos principais. O primeiro reitera o que já atrás afirmámos, ou seja, os idosos em ERPI apresentam uma maior degradação do que os idosos em CD; o segundo para constatar que os domínios com alterações mais expressivas são a vida quotidiana e a mudança de hábitos. Não podemos deixar de nos interrogar acerca do papel do contexto nestas alterações.

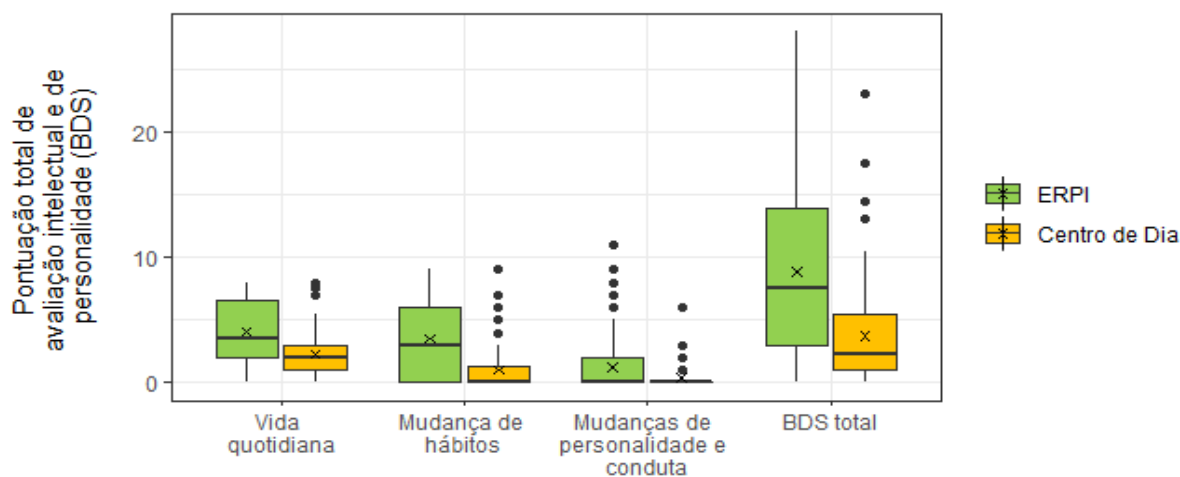


Figura 13
Pontuações de avaliação intelectual e de personalidade (BDS) para ambos os grupos (ERPI e CD)
Nota: O símbolo × representa a pontuação média e os pontos a preto as pontuações atípicas

	Total (n = 613)		ERPI (n = 507)		Centro de Dia (n = 106)		t
	Média (DP)		Média (DP)		Média (DP)		
Perfil Funcional Geral	2,34 (1,132)		2,48 (1,168)		1,67 (0,581)		
Autocuidado	2,72 (1,260)		2,89 (1,268)		1,92 (0,845)		-9,734***
Aprendizagem e funções mentais	2,41 (1,128)		2,53 (1,172)		1,83 (0,623)		-8,780***
Comunicação	1,89 (1,268)		2,03 (1,330)		1,26 (0,598)		-9,247***
Relacionamentos sociais	1,84 (0,597)		1,87 (0,605)		1,67 (0,524)		-3,550***
Perfil Funcional Geral (grau de gravidade)	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	

Tabela 9
Perfil funcional avaliado através do Elderly Nursing Core Set
***p<0,001

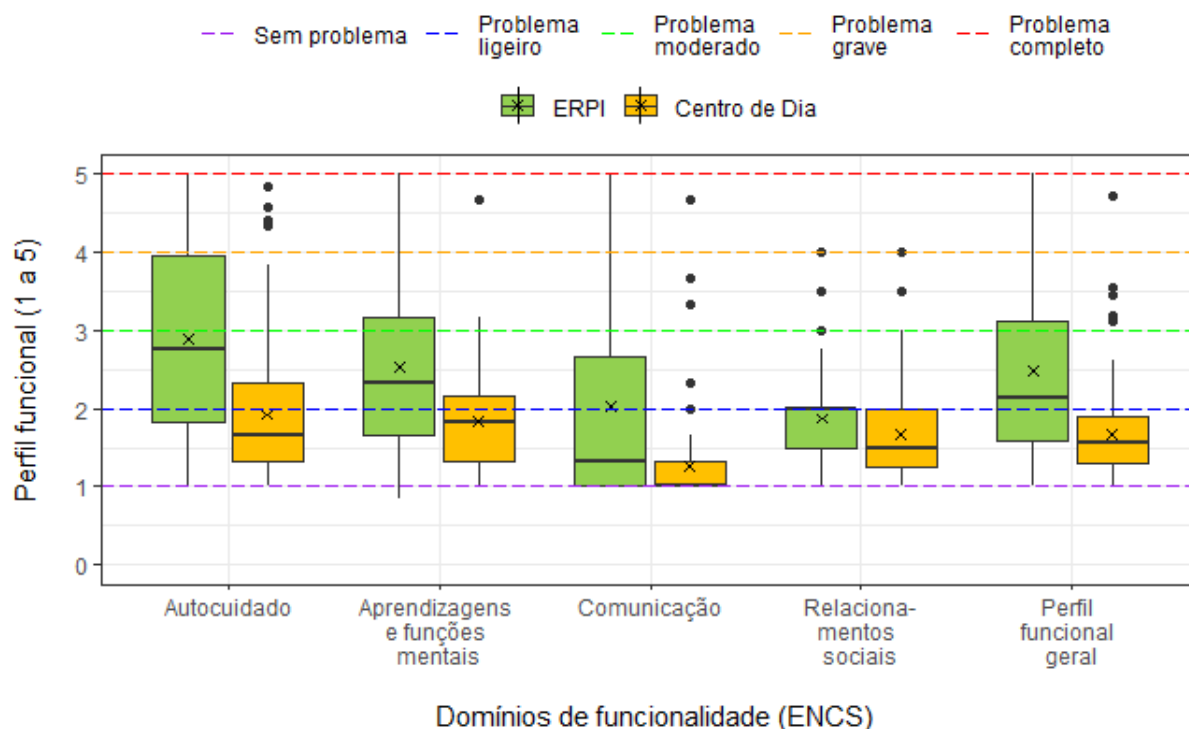


Figura 14

Pontuações de funcionalidade em relação aos domínios do ENCS e Perfil Geral de Funcionalidade para ambos os grupos (ERPI e CD)

Nota: O símbolo X representa a pontuação média e os pontos a preto as pontuações atípicas

Se analisarmos agora o que consta da Figura 14, facilmente concluímos que, além de os níveis de dependência serem superiores nas ERPI em todos os domínios, também os domínios onde a dependência é mais grave são o Autocuidado e a aprendizagem e funções mentais; denotando uma congruência assinalável com os dados atrás apresentados sobre a deterioração cognitiva.

Variável	Contexto	Categorias	n	Perfil Geral de Funcionalidade				
				Ne-nhum 0-4 %	Ligeiro 5-24 %	Mode-rado 25-49 %	Grave 50-95 %	Com-pleto 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
	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,	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

Variável	Contexto	Categorias	n	Perfil Geral de Funcionalidade				
				Ne-nhum 0-4 %	Ligeiro 5-24 %	Mode-rado 25-49 %	Grave 50-95 %	Com-pleto 96-100 %
anos		85 e mais	48	8,3 %	75,0 %	10,4 %	6,3 %	0,0
	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 Ci-vil	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
	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 %
Escolari-dade	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
	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 %

Tabela 10
Características biológicas e sociodemográficas dos participantes e perfis gerais de funcionalidade

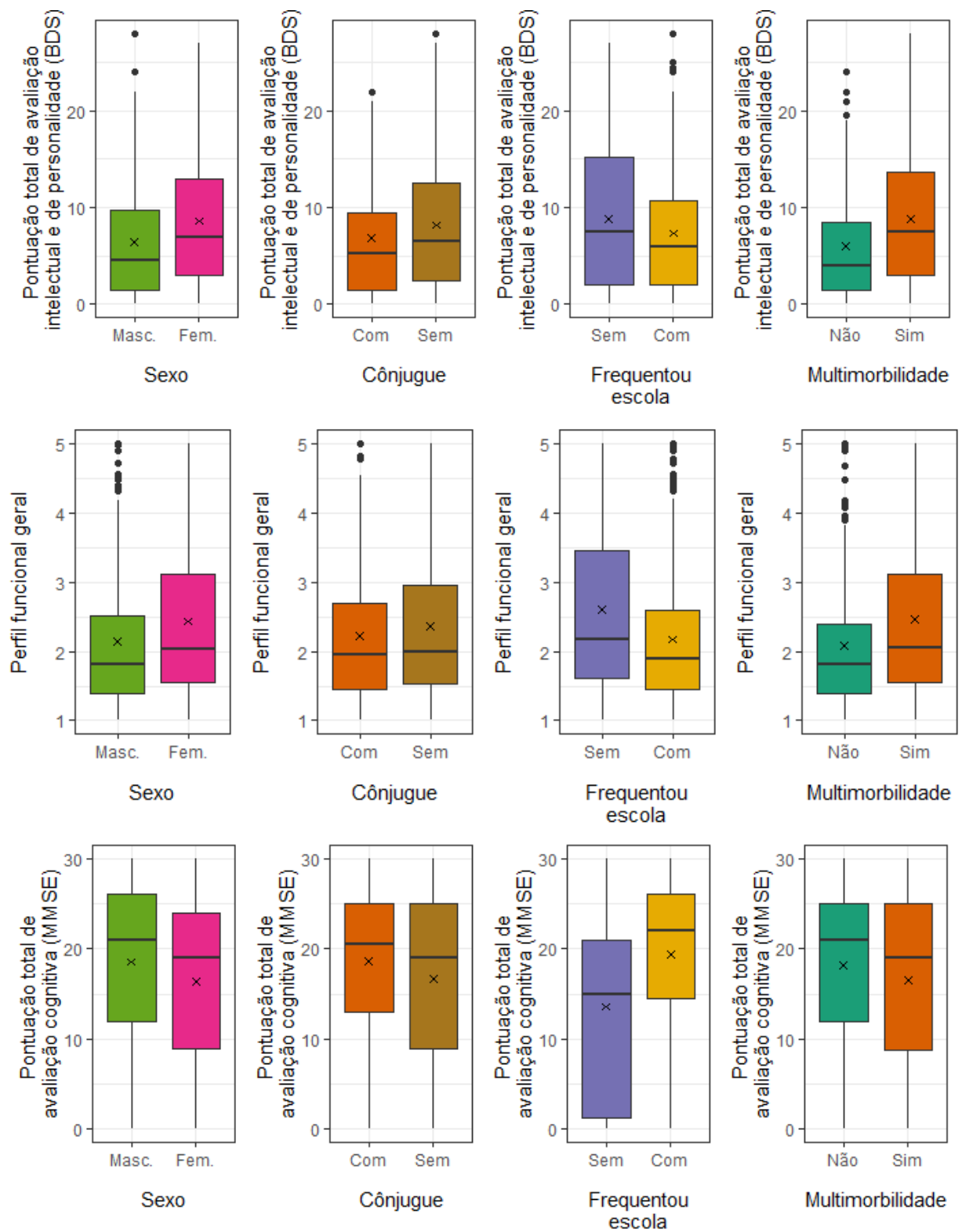


Figura 15

Pontuação total de avaliação cognitiva (MMSE), avaliação intelectual e de personalidade (BDS) e perfil funcional geral (ENCS) por sexo, cônjuge, frequência de escola e multimorbilidade
 Nota: O símbolo X representa a pontuação média e os pontos a preto as pontuações atípicas

Para analisar a associação entre a distribuição das pontuações dos instrumentos de avaliação do perfil funcional geral (ENCS), avaliação cognitiva (MMSE) e de avaliação intelectual e de personalidade (BDS) e as variáveis: sexo, frequência de escola, ter ou não ter cônjuge e multimorbilidade utilizámos o teste não paramétrico Mann-Whitney Wilcoxon. Constatamos que 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 idosos que não frequentaram a escola e os que apresentam multimorbilidade apresentarem pior perfil funcional. Estes dados estando de acordo com a literatura que relata que a funcionalidade está inter-relacionada com o contexto e as características da pessoa (Abalo et al., 2018; Fonseca; et al., 2019; Goes, Lopes, Oliveira, et al., 2020). Em relação à avaliação cognitiva, existem diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações do MMSE por sexo ($p < 0,05$) e escolaridade ($p < 0,001$), com as mulheres e os que nunca frequentaram a escola apresentarem piores resultados. Existem ainda 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 que nunca frequentaram a escola e os que apresentam multimorbilidade apresentarem piores resultados. Estas diferenças podem ser observadas na Figura 15.

	ERPI (507)	CD (106)	<i>t</i>
	Média (DP)	Média (DP)	
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

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Tabela 11
 Apoio nas atividades de vida diárias (ENCS)

A Tabela 11 apresenta ainda dados relativos ao apoio nas atividades de vida diária pela família, amigos, prestadores de cuidados pessoais e dos profissionais de saúde. Constata-se que os amigos, seguidos da família são os que menos prestam apoio aos idosos da amostra. Existem diferenças estatisticamente significativas nestes dois tipos de apoio entre os idosos que vivem em ERPI e os que frequentam CD, sendo que os que residem em ERPI têm menos apoio da família e dos amigos do que os que vivem nos seus domicílios e frequentam CD. Estes dados estão de acordo com um estudo longitudinal recente que aponta como fatores preditores robustos de institucionalização os seguintes: falta de apoio social, morar sozinho, não participar nas atividades recreativas e sociais e não visitar a família ou amigos (Oh et al., 2019b). Perante este facto, consideramos que um investimento na implementação de intervenções que promovam o apoio dos amigos e da família é uma necessidade atual, devendo apostar-se na promoção das relações sociais, dado que estas têm uma forte influên-

cia na saúde e na longevidade.

Em síntese, podemos afirmar que:

o perfil funcional de cada pessoa está inter-relacionado com o seu contexto socio-demográfico e com as características biológicas, culturais e ambientais, o que foi geralmente observado no presente estudo e está de acordo com os achados de outros autores (Abalo et al., 2018; Fonseca; et al., 2019; Goes, Lopes, Oliveira, et al., 2020).

Em relação ao sexo, as mulheres apresentaram índices de perfil funcional mais elevados do que os homens, o que indica maior dependência funcional. Apresentaram ainda piores índices na avaliação cognitiva e na escala de demência de Blessed, indicando uma maior probabilidade de demência. Outros autores demonstraram que as mulheres apresentaram: maiores taxas de dependência funcional, défice cognitivo e depressão; pior funcionamento familiar; e uma percepção mais negativa da própria saúde do que os homens (A. Campos et al., 2015). Esse cenário pode ser interpretado por uma maior multimorbidade nas mulheres mais velhas do que nos homens (Romana et al., 2019), aliada ao facto de as mulheres terem uma esperança de vida superior (Ministério da Saúde, 2018). Na nossa amostra há uma maior percentagem de mulheres com multimorbidade (69,3 %), comparativamente aos homens (63,3 %). Num outro estudo português, as mulheres com vida mais longa também apresentaram os piores índices de perfil funcional (Goes, Lopes, Oliveira, et al., 2020); sendo o mesmo achado relatado em estudos de outros países (Safak et al., 2019).

No que diz respeito à escolaridade, os participantes que não frequentaram a escola apresentaram pior perfil funcional e maior nível de deterioração cognitiva do que aqueles que a frequentaram. Num estudo realizado na população brasileira, os analfabetos foram os mais dependentes para as atividades instrumentais de vida diária (Coutinho et al., 2018), o que está em linha com estes resultados. Além disso, como a funcionalidade está associada ao bem-estar e à saúde e porque níveis mais elevados de educação estão relacionados com uma melhor saúde física ou mental, os resultados obtidos em outros estudos (Abalo et al., 2018; Cui et al., 2019; Quach et al., 2017) também estão alinhados com os do presente estudo. Adicionalmente, a multimorbidade é maior em pessoas com níveis educacionais mais baixos (Romana et al., 2019). Numa análise contextual da realidade portuguesa atual, os idosos que não tiveram oportunidade de frequentar a escola são os que tiveram maiores dificuldades socioeconómicas durante a infância e, na sua maioria, ao longo da vida. Os baixos níveis socioeconómicos, combinados com a baixa alfabetização, influenciam os estilos de vida ao longo do ciclo vital. Um estudo recente concluiu que um estilo de vida saudável beneficia o funcionamento físico, psicológico, cognitivo e social até à velhice (Visser et al., 2019), o que, por sua vez, está relacionado com a funcionalidade e, conseqüentemente, com o autocuidado. Essa é uma possível explicação contextual para os níveis de dependência das pessoas analfabetas durante o processo de envelhecimento. Portanto, é necessário promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida e o desenvolvimento de competências para que uma vida ativa e saudável seja possível (UNECE Ministerial Conference on Ageing, 2017).

Em relação às valências, constatamos que os participantes que frequentam o CD e residem nos seus domicílios apresentaram melhores pontuações do que pessoas a residir em ERPI em todos os domínios do ENCS, com diferenças estatisticamente significativas. O mesmo se passa em relação à cognição, sendo que os idosos em ERPI obtiveram maior deterioração cognitiva. Embora não existam estudos semelhantes usando o ENCS, num estudo realizado na Turquia com pessoas idosas, os autores concluíram que os idosos institucionalizados tinham maior deficiência física e social e maior risco de perturbações mentais, principalmente depressão, do que aqueles que moravam nos seus domicílios (Maral et al., 2012). Partindo do pressuposto de que a funcionalidade está associada à qualidade de vida, deve-se observar que, numa recente meta-análise, os autores concluíram que doentes idosos institucionalizados tinham pior qualidade de vida do que aqueles que moravam em casa (de Medeiros et al., 2020). Além disso, segundo outros autores, o comprometimento funcional e cognitivo, bem como a falta de apoio e assistência nas atividades de vida diária dos idosos, foram considerados fatores preditivos de institucionalização (Del Duca et al., 2012; Mannucci et al., 2014).

Analisando os domínios do ENCS que mais contribuem para o perfil funcional geral, constatamos que o que obteve piores resultados foi o domínio “Autocuidado”, seguido dos domínios “Aprendizagem e Funções Mentais” e “Comunicação”, em ERPI. Este dado torna-se importante dado que, conforme demonstrado num estudo com pessoas com mais de 60 anos, idosos com capacidade de comunicação insuficiente têm maior probabilidade de apresentar dependência funcional para atividades instrumentais de vida diária (Coutinho et al., 2018). Além disso, a comunicação é importante para as relações sociais, que por sua vez afetam a funcionalidade. Em relação ao domínio “Aprendizagem e Funções Mentais” do ENCS (que ocupou o segundo lugar em ambos os grupos) e à avaliação cognitiva, a literatura relata que a prevalência de dependência nas atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária é maior em idosos com défice cognitivo (Safak et al., 2019).

Analisando as relações interpessoais de intimidade, constatamos que os participantes com uma relação conjugal apresentam melhores níveis cognitivos do que os que não têm qualquer relação conjugal, com diferenças estatisticamente significativas. No que respeita ao perfil funcional geral e à BDS, embora os resultados sejam piores para os que não têm nenhuma relação conjugal, as diferenças não são estatisticamente significativas. A literatura aponta para a importância da qualidade das relações sociais, afirmando que a existência de vínculos não garante a disponibilidade de recursos sociais de apoio (Ashida & Schafer, 2018). Isso significa que ser casado ou ter filhos não implica necessariamente que as relações sociais sejam satisfatórias e de qualidade, ou que essa rede ofereça suporte para atividades da vida diária ou instrumentais, ou promova a comunicação ou funções mentais. No entanto, a sociedade passou por extensas transformações no círculo familiar com a entrada da mulher no mercado de trabalho, o que limita a sua disponibilidade para o papel socialmente atribuído de cuidadora familiar. Além disso, as oportunidades de trabalho muitas vezes estão localizadas longe de onde moram os pais, portanto, muitos idosos hoje vivem longe de seus filhos, o que limita a disponibilidade de uma rede de apoio próxima. Em relação aos cônjuges, em regra, são semelhantes em idade, o que

pode limitar a sua capacidade de apoio nas atividades da vida diária, quando necessário; esses são fatores que também contribuem para a institucionalização.

Pela análise do domínio “Relações Sociais”, que aborda a capacidade para manter os relacionamentos familiares, bem como o apoio dos profissionais de saúde, dos prestadores de cuidados pessoais e dos assistentes pessoais e amigos, constata-se que este apresenta pior resultado funcional do que o domínio “Comunicação” no grupo de CD e é o que apresenta melhores resultados no grupo de ERPI. Quando comparamos a média de cada um dos itens que compõem o domínio relações sociais, verificamos que os piores resultados se encontram no apoio dos amigos, seguido do apoio da família. Um estudo longitudinal recente concluiu que a falta de apoio social (morar sozinho, não participar de atividades recreativas e sociais e não visitar a família ou amigos) foram fortes preditores de institucionalização entre adultos idosos (Oh et al., 2019a). Este é um indicativo de que é necessário investir em intervenções que promovam o apoio da família e amigos e que tenham como foco as relações sociais, dada a sua forte influência na saúde e longevidade e o fato de a ausência de relações sociais ser um fator de risco para morte prematura (Holt-Lunstad, 2018).

O grupo de idosos com multimorbilidade apresentou pior perfil funcional, estando estes resultados em linha com um estudo realizado em Portugal a idosos da população geral (Santiago et al., 2020). Os participantes com doenças do sistema nervoso, onde incluímos as demências, apresentaram pior perfil funcional e maior degradação cognitiva, logo, mais dependência. Estes dados estão em linha com outros estudos (Åkerborg et al., 2016). Os participantes com doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, onde incluímos a diabetes, apresentaram pior perfil funcional. Estes resultados estão de acordo com o estudo que indica que a doença de Alzheimer e a Diabetes pertencem ao grupo de doenças que mais contribuem para a incapacidade (DGS. IHME, 2018).

Podemos assim concluir que estamos perante um diagnóstico que demonstra claramente quais as necessidades de cuidados das pessoas em contexto de ERPI e de CD, mas também o seu nível de complexidade e por isso de exigência. Se tivéssemos de sintetizar, diríamos que as necessidades se agrupam em três grandes dimensões:

A dependência, nomeadamente no autocuidado;

A deterioração cognitiva; e

A quebra de laços relacionais

Mesmo assim, assinalamos uma possível subavaliação das pessoas totalmente dependentes em contexto de ERPI porque, em alguns casos, não tinham capacidade para dar o seu consentimento e não se conseguiu obter o consentimento informado do representante legal.

Estes resultados reforçam a importância de um modelo de cuidados adequado a esta realidade.

AS CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONAIS

Na análise das características organizacionais daremos especial destaque às ERPI, tendo por base o preconizado na legislação que enquadra o seu funcionamento (Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, 2012).

Em 2012 o Governo “assumiu o objetivo de lançar um amplo modelo de inovação social” (Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, 2012). Para tanto uniformizou a legislação existente, integrando as respostas residenciais para pessoas idosas sob uma designação comum, e procedeu ao ajustamento desta resposta social às exigências de uma gestão eficaz e eficiente dos recursos e a uma gestão da qualidade e segurança das estruturas físicas, prevendo diversas modalidades de alojamento. Por outro lado, ao estabelecer as condições de funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas, pretendeu garantir uma prática harmonizada ao nível das regras orientadoras desta resposta social, qualificando os vários modelos de intervenção existentes, independentemente da natureza do suporte jurídico institucional das mesmas (Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, 2012).

Assim, esta legislação definiu, no seu artigo 3.º, os seguintes objetivos:

- a) “Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;
- b) Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo;
- c) Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar;
- d) Potenciar a integração social” (Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, 2012).

Por sua vez, no artº 4.º, definiu os seguintes princípios de atuação:

- a) “Qualidade, eficiência, humanização e respeito pela individualidade;
- b) Interdisciplinaridade;
- c) Avaliação integral das necessidades do residente;
- d) Promoção e manutenção da funcionalidade e da autonomia;
- e) Participação e corresponsabilização do residente ou representante legal ou familiares, na elaboração do plano individual de cuidados” (Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, 2012).

De acordo com a nossa análise, quer os objetivos quer os princípios de atuação não se configuram como problemáticos, tendo em consideração as características dos utentes atrás apresentadas. Analisemos agora as dimensões organizacionais definidas neste diploma.

No que concerne à capacidade (artigo 6.º) estabeleceu-se que deverá situar-se entre um mínimo de 4 e um máximo de 120 residentes. Para dar resposta aos residentes foi também definido que as ERPI se organizam por unidades funcionais; ou seja, áreas fisicamente agrupadas e equipadas para o alojamento dos residentes em ambiente confortável e humanizado, e para a prestação dos serviços previstos (Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, 2012).

Relativamente às tipologias de alojamento (artigo 7.º) definiu-se que as ERPI podem assumir uma das seguintes modalidades de alojamento:

- 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).

De acordo com os dados recolhidos, as tipologias previstas nas alíneas a) e b) são as predominantes nas ofertas para segmentos da população com mais poder aquisitivo, enquanto as previstas na alínea c) são as que prevalecem para a esmagadora maioria da população.

Os serviços a prestar pelas ERPI são os previstos no artigo 8.º que transcrevemos:

a) “Alimentação adequada às necessidades dos residentes, respeitando as prescrições médicas;

b) Cuidados de higiene pessoal;

c) Tratamento de roupa;

d) Higiene dos espaços;

e) 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;

f) Apoio no desempenho das atividades da vida diária;

g) Cuidados de enfermagem, bem como o acesso a cuidados de saúde;

h) Administração de fármacos, quando prescritos” (Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, 2012).

Manifestamos a nossa perplexidade perante o conteúdo deste artigo! O primeiro motivo para tal é a confusão concetual. De facto, a alimentação, os cuidados de higiene pessoal, bem como parte das atividades ditas ocupacionais são atividades de vida diária, não se compreendendo por que razão estão dispersas por várias alíneas. Além disso, menos se compreende o motivo da alínea f) que refere explicitamente ao apoio no desempenho das atividades da vida diária.

Por sua vez a alínea g) diz que também são oferecidos “cuidados de enfermagem, bem como o acesso a cuidados de saúde”. Ora, 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).

Sabendo que o conceito de funcionalidade engloba o autocuidado (Direção Geral de Saúde/Organização Mundial de Saúde, 2004) e que este integra todas as atividades de vida, não se compreende o fraseado proposto na Portaria. Muito menos se entende que os cuidados de enfermagem apareçam clivados das atividades de vida diária e dos cuidados de saúde, nomeadamente da administração de fármacos. O que se entenderá por cuidados de enfermagem e que funções estarão reservadas aos respetivos profissionais neste contexto?

Ainda do ponto de vista organizacional, a Portaria que temos vindo a analisar define que as ERPI devem permitir a convivência social 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). Por sua vez, no artigo 9.º define-se 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;

[...]”

Define ainda este artigo 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).

Consideramos ser muito relevante a existência de um PIC com as características aqui definidas. Todavia, interrogamo-nos se no PIC devem constar as atividades a desenvolver e, presumindo que estas se destinam predominante a cumprir o previsto no artigo 8.º, de quem é a responsabilidade da sua elaboração? Dito por outras palavras, para que se possa elaborar um PIC, neste caso, é necessário que um profissional competente e com mandato social para tal faça: uma avaliação funcional, através da qual diagnostique o grau de dependência; prognostique a sua evolução; em função disso, planeie os cuidados e defina quem os presta e sob que condições; e, finalmente, avalie os resultados. Ora em nenhum artigo da referida Portaria está definido nada que se assemelhe com esta perspetiva. Aliás, nem sequer está definido de quem é a responsabilidade de elaboração do PIC.

AS CARACTERÍSTICAS DOS CUIDADORES

Relativamente às características dos cuidadores, começaremos igualmente por analisar o previsto na atual legislação.

Assim, atualmente prevê-se (artigo 11.º) que as ERPI devem dispor de 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”. Esta direção tem como competência, “... 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).

Apesar de não ser afirmado, parece poder presumir-se que a responsabilidade pela elaboração do PIC é do diretor técnico. Sabendo-se que, maioritariamente, os diretores técnicos das ERPI não estão habilitados para fazerem o diagnóstico da funcionalidade e muito menos para planearem cuidados, pergunta-se, como será então elaborado?

O artigo 12.º define que a ERPI deve dispor de pessoal que assegure a prestação dos serviços 24 horas por dia. Assim, e “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).

Afirma-se 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 de 21 de março, 2012).

Estamos assim perante uma estrutura de pessoal onde predominam as ajudantes de ação direta e os empregados auxiliares e apenas um enfermeiro por cada 40 residentes ou por cada 20, dependendo do nível de dependência, mas sem sequer definir o número de horas. Também desconhecemos como se define o nível de dependência.

Alguém conseguirá explicar como, nestas condições, um enfermeiro pode assegurar as funções a que está obrigado por lei? Algum cidadão compreenderá que se atribua a responsabilidade da mais importante dimensão nesta fase da vida, o autocuidado, a quem não tem qualquer competência para tal? Como se entende uma sociedade que reserva aos seus pais e avós tais condições de assistência às suas necessidades de saúde e bem-estar?

A carreira das ajudantes de ação direta não lhes atribui qualquer responsabilidade no que concerne ao diagnóstico e planeamento de cuidados (Decreto-Lei 414/99, 1999). Adicionalmente, um estudo realizado sobre estes profissionais concluiu 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).

Portanto, estamos perante a total desvalorização e subalternização do autocuidado. Isto denota uma profunda ignorância da sua importância para a saúde e bem-estar das pessoas e, como tal, um profundo desrespeito pela dignidade das mesmas. Mas denota também um desconhecimento de que o investimento no autocuidado, além de induzir bem-estar e qualidade de vida, promove a saúde e reduz o consumo de serviços de saúde. Dito por outras palavras, se os idosos tiverem os cuidados de que precisam para manterem a sua saúde e bem-estar, terão muito melhor qualidade de vida, recorrerão muito menos aos serviços de saúde (nomeadamente os serviços de urgência), e sofrerão muito menos internamentos por doença aguda ou agudização de doença crónica.

Propomos, por isso, que estes tipos de respostas sejam dotados de profissionais competentes na área do autocuidado e com mandato social para desenvolverem e coordenarem todo o processo de cuidados. Aquela dotação deve ser 24/7 e adequada aos níveis de dependência dos idosos.

Por tais razões, apresentamos seguidamente uma proposta de alteração ao percurso de cuidados das pessoas com dependência.

4.1. UMA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO: PROCESSO DE CUIDADOS A PESSOAS EM CONTEXTO DE “CUIDADOS SOCIAIS”

Para identificar os princípios a que deve obedecer o percurso de cuidados à pessoa com dependência, começamos por definir esta última. Dependência é a situação em que se encontra a pessoa que, por limitação funcional ou de autonomia, resultante ou agravada por

doença crónica, demência, 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).

Neste sentido, a dependência pode ter um prognóstico de evolução favorável e, mediante estratégias de reabilitação, readaptação e reinserção, a pessoa pode voltar a um registo de autocuidado independente. Por outro lado, pode ter um carácter de permanência e/ou agravamento progressivo, carecendo neste caso de uma resposta de manutenção que retarde a perda de independência e garanta o conforto e o bem-estar (Lopes, M.J. et al, 2021). Neste caso, os cuidados integram-se no conceito de *Long-Term Care* e devem ser assegurados por uma rede de respostas diversificadas e articuladas entre si de modo que garantam a cobertura da multiplicidade de situações colocadas pela realidade. Assim sendo, atendendo a que a maioria das situações de dependência decorrem de processos patológicos, esta rede de cuidados deve incluir não só os serviços sociais, mas também os serviços de saúde, estando necessariamente interligados. Deve ainda ser clara a intervenção de cada um. Estamos, portanto, perante duas alternativas fundamentais do percurso de cuidados à pessoa com dependência, como demonstra a Figura 16.

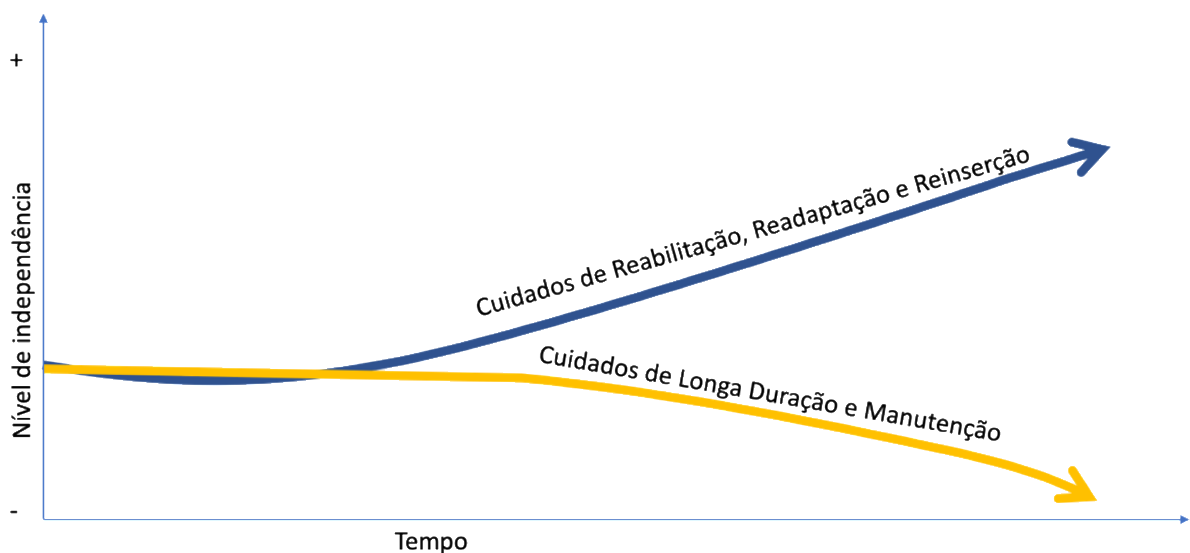


Figura 16

As duas alternativas fundamentais do percurso de cuidados à pessoa com dependência
Fonte: (Lopes, M.J. et al, 2021)

É cada vez mais consensual que os cuidados de longa duração a idosos devem ir além de um modelo médico de “assistência”, adotando uma visão mais ampla e holística. O bem-estar e a qualidade de vida dos idosos, bem como as suas preferências em relação aos cuidados, são essenciais para o desenvolvimento dos modelos, de acordo com os padrões existentes de direitos humanos (Birtha et al., 2019). É, portanto, nesta linha de pensamento, preservando os direitos humanos, e atendendo às alternativas maiores atrás descritas, que propomos o modelo de cuidados que se segue.

Tal como afirmámos, a sede por excelência dos cuidados deve ser a casa das pessoas. Todavia, pode ocorrer um momento a partir do qual esta deixa de reunir condições para garantir cuidados com a qualidade necessária ao conforto e bem-estar e à inerente qualidade de vida. Terão então de ser acionadas outras respostas, nomeadamente as de semi-institucionalização, como as fornecidas em regime de Centros de Dia ou de Noite, ou as de institucionalização, como as proporcionadas pelas ERPI.

Coloca-se então a questão: *como deve organizar-se este conjunto de respostas, de modo a que fique claro qual a especificidade de cada uma e quais as condições que se devem verificar para transitar de uma para outra?*

Admitindo que a resposta a esta questão não é fácil, podemos, porém, definir as coordenadas que permitam, em cada contexto, essa organização.

Assim, o primeiro aspeto a considerar é a sua organização em rede, integrada entre si, e com os restantes serviços de cuidados sociais ou de saúde. É, portanto, fundamental que haja uma articulação e integração dos cuidados entre os diversos atores, visando uma adequada continuidade dos mesmos. Sem esta articulação, dificilmente se consegue promover o bem-estar e a qualidade de vida.

O segundo grupo de fatores a considerar inclui, por um lado, a condição funcional da pessoa foco dos cuidados (devida e regularmente avaliada), e por outro, a capacidade de os cuidados de que carece poderem ser assegurados com efetividade em casa. Esta última depende essencialmente das capacidades dos cuidadores informais, das condições objetivas do contexto e da resposta das equipas domiciliárias. A casa deixará de ser o local ideal a partir do momento em que se instale um desequilíbrio entre as necessidades da pessoa dependente e a capacidade de as suprir pelos cuidadores disponíveis.

O terceiro grupo de fatores tem que ver com a diversidade e características das respostas existentes na comunidade em que a pessoa se insere e da sua adequação às necessidades da pessoa foco de cuidados. Uma coisa será a pessoa dependente precisar apenas de uma substituição parcial em alguns cuidados (e. g., higiene pessoal, cuidados de eliminação); outra muito diferente será a pessoa precisar de uma maior diferenciação ou frequência nessa substituição, ou de cuidados mais especializados com vista a retardar a perda de funcionalidade e/ou a garantir o conforto, que exijam a intervenção de profissionais de saúde.

O quarto grupo de fatores tem que ver com a vontade da pessoa foco dos cuidados. De facto, em algumas circunstâncias constata-se um desejo de institucionalização, apesar de a sua condição funcional o não exigir. Tal decorre, entre outros, de fatores que têm que ver com a rede de relações e/ou com a solidão e o isolamento.

Em todas estas circunstâncias deve ter-se em consideração que a institucionalização precisa preservar o mais possível os laços afetivos, sociofamiliares e outros, e contribuir para a criação de novos laços. Assim sendo, deve optar-se por respostas o mais próximas possível dos locais de residência das respetivas famílias e/ou onde já estejam outras pessoas conhecidas. Deve ainda ser promovida a interação social entre os membros da instituição, permitindo à pessoa fazer as suas escolhas afetivas e relacionais de acordo com as suas preferências.

Em suma, este conjunto de respostas deve organizar-se tendo por base: uma articulação e integração dos cuidados; a condição funcional da pessoa e, ao mesmo tempo, a capacidade de os cuidados poderem ou não ser assegurados com efetividade em casa; a diversidade e as características das respostas existentes na comunidade; e, por último, mas não menos importante, a vontade da pessoa.

Deve adicionalmente compreender-se que, se estamos a falar de pessoas dependentes, as mesmas carecem de uma avaliação diagnóstica completa, feita por profissionais competentes para o efeito, e da qual decorre a elaboração de um Plano Individual de Cuidados que define os cuidados a prestar, mas também a responsabilidade de cada um dos cuidadores nesse processo, não esquecendo nunca a capacidade remanescente da pessoa dependente para o autocuidado.

Aqui chegados, a questão que se coloca é a seguinte: *Como devem estruturar-se os cuidados nestas instituições?*

Para responder a esta questão começamos por definir os **princípios** a que devem obedecer e, posteriormente, as **condições estruturais e processuais**.

PRINCÍPIOS ORGANIZADORES DOS CUIDADOS

Para este efeito seleccionámos apenas quatro princípios: cuidados centrados na pessoa, respeito, autocuidado e relação de apego e suporte social. Estes princípios estão profundamente interrelacionados e complementam-se.

Cuidados centrados na pessoa. Significa que os valores e preferências das pessoas são explicitados e orientam todos os aspetos dos seus cuidados, apoiando os respetivos objetivos realistas de vida e de saúde. O cuidado centrado na pessoa é alcançado por meio de um relacionamento dinâmico entre a mesma, outras pessoas que são importantes para ela e todos os prestadores relevantes. Esta colaboração dá forma à tomada de decisão na medida em que a pessoa deseja (American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered, 2016). Esta definição compreende as seguintes dimensões:

Um plano de cuidados individualizado e orientado por objetivos com base nas preferências da pessoa;

Revisão contínua das metas e do plano de cuidados;

Cuidado apoiado por uma equipa interprofissional da qual a pessoa é um membro integrante;

Um ponto de contacto principal e preferencial na equipa;

Coordenação ativa entre todos os prestadores de cuidados de saúde e de apoio;

Partilha contínua de informações e comunicação integrada;

Educação e treino dos cuidadores e, quando apropriado, da pessoa e daqueles que são importantes para ela;

Avaliação de desempenho e melhoria da qualidade usando a opinião da pessoa e cuidadores (American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered, 2016).

Respeito. Pode ser definido como o reconhecimento da dignidade inerente ao valor e à singularidade de cada pessoa, independentemente da condição socioeconómica, dos atributos pessoais e da natureza do problema de saúde (CNO, 2013). Tal como refere o Artigo 1.º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos”, devendo, portanto, todos eles serem respeitados como tal. Cuidar de alguém com respeito é cuidá-lo como pessoa e como ser humano; é evitar rotular as pessoas por causa do seu diagnóstico ou associação com qualquer outro grupo (Lopes, 2018). O respeito é a condição básica de qualquer relacionamento humano e, consequentemente, e por maioria de razão, do relacionamento inerente aos cuidados. Se formos ainda ao Artigo 72.º da Constituição da República Portuguesa, constatamos 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”. Deve assim, ser respeitada a opinião e a vontade da pessoa no que se refere ao seu processo de saúde/doença e ao percurso de cuidados que lhe está inerente, respeitando a sua autonomia e pleno poder de decisão.

Autocuidado. Definirmos autocuidado é, em primeira análise, definirmos a responsabilidade ou o compromisso da pessoa para manter a sua saúde ao longo do ciclo de vida. De facto, esta resulta em grande medida da capacidade de cada um para se alimentar adequadamente, evitar riscos para a saúde, manter uma atitude positiva perante a vida, entre outros. Neste contexto, o autocuidado surge como um dos pilares fundamentais na promoção de um estilo de vida saudável e na prevenção de riscos para a saúde ao longo do ciclo vital, justificando-se por isso incrementar as respetivas competências.

Uma das autoras que mais concetualizou o autocuidado (Orem, 2001) define-o como sendo a prática de atividades iniciadas e executadas pelas pessoas em seu próprio benefício, para a manutenção da vida e do bem-estar. Estas práticas requerem a ação deliberada, intencional e calculada, que está condicionada pelo conhecimento e o repertório de habilidades de cada pessoa.

De modo sobreponível, a *International Self-Care Foundation* define o autocuidado como um conjunto de atividades práticas e centradas na pessoa, que todos devemos realizar para manter a nossa saúde e o bem-estar físico e mental (International Self-Care Foundation, 2020). Esta entidade definiu ainda os sete pilares fundamentais do autocuidado, a saber: Literacia em Saúde, Bem-Estar Mental, Atividade Física, Alimentação Saudável, Prevenção de Riscos, Boa Higiene e Uso Racional de Produtos e Serviços.

Em estudo recentemente desenvolvido conseguimos estabelecer a relação entre o autocuidado (enquanto dimensão da funcionalidade) e o bem-estar dos idosos (Goes, Lopes, Marôco, et al., 2020).

Nesta circunstância compreende-se a centralidade do autocuidado e a importância fundamental de, em caso de dependência, o reabilitar ou o mesmo ser total ou parcialmente substituído por quem tenha as competências adequadas para tal.

Relação de apego e de suporte social. Não descurando nenhum dos outros aspetos, este é talvez o mais importante para a manutenção da funcionalidade em todas as suas vertentes, dada a importância do afeto e das relações interpessoais. Os laços afetivos familiares e não familiares (pessoas significativas) não devem ser dissociados, mas parte integrante da planificação dos cuidados. De acordo com as teorias do desenvolvimento, o apego (Bretherton, 1992; Holmes, 2014) e o suporte social (Leahy-Warren, 2014) são dimensões fundamentais em qualquer momento do ciclo de vida. O apego pode ser definido como um vínculo emocional profundo e duradouro entre duas pessoas, em que cada uma busca proximidade e se sente mais segura na presença da figura de apego. Por sua vez, o suporte social pode ser definido como a prestação de assistência ou conforto a outras pessoas, geralmente para ajudá-las a lidar com stressores biológicos, psicológicos e sociais. O apoio pode surgir de qualquer relacionamento interpessoal na rede social de uma pessoa, envolvendo membros da família, amigos, vizinhos, instituições religiosas, colegas, cuidadores ou grupos de apoio. Pode assumir a forma de ajuda prática (por exemplo, fazer tarefas, oferecer conselhos), suporte tangível e suporte emocional que permitam que a pessoa se sinta valorizada, aceite e compreendida.

Diversos estudos demonstraram a importância destas dimensões para os idosos. Através de um estudo desenvolvido em Portugal com idosos institucionalizados, percebeu-se que a maioria das dimensões referentes à vinculação e ao suporte social se correlacionam com a satisfação com a vida (Cardoso, 2016). Diversos estudos internacionais vão no mesmo sentido. Descobertas preliminares sugerem que as questões de apego têm relevância particular para os adultos mais velhos, dado o maior potencial de separação, perda e vulnerabilidade associada ao envelhecimento. O padrão geral de resultados sugere que os padrões de apego estão associados a uma variedade de resultados na vida futura de forma teoricamente consistente (como adaptação a doenças crónicas e sobrecarga do cuidador entre os membros da família, reações à morte de um ente querido e bem-estar geral) (Michael Bradley & Cafferty, 2001). Num estudo desenvolvido com idosos com idade superior a 80 anos, os resultados sugerem que figuras de apego são necessárias para adaptação máxima na velhice (Cicirelli, 2010). Vários outros estudos descobriram que o apoio social pode ter um efeito positivo significativo na recuperação de uma cirurgia, taxas de mortalidade total, utilização de serviços de saúde, depressão, gravidez na adolescência e várias outras condições. A maioria desses estudos relevam a capacidade do apoio social para moderar ou amortecer o impacto do stress psicossocial na saúde física e mental (Kong & Wertheimer, 1994; Leahy-Warren, 2014; Oh et al., 2019a). Além disso, outros estudos demonstram que as relações familiares promovem o bem-estar das pessoas idosas (Chen & Feeley, 2014; Chiang & Lee, 2018; Dai et al., 2013; Waldinger & Schulz, 2010).

Um deles chegou mesmo à conclusão de que as relações familiares são um preditor mais forte do bem-estar subjetivo positivo do que a saúde ou o nível económico (Dai et al., 2013). Ainda, um estudo recente com uma amostra de 244 718 pessoas com mais de 65 anos institucionalizados, concluiu que o envolvimento da família nos cuidados e na individualização dos cuidados e atividades de vida diárias foi classificado como muito importante pela maior parte dos residentes (Roberts et al., 2018). Neste contexto, preservar as condições que garantam o apego e o suporte social entre os idosos assume-se como crucial.

Tendo em conta que muitos dos familiares das pessoas idosas se encontram distantes fisicamente, devem ser proporcionadas condições organizacionais para que as mesmas consigam manter o contacto. Com a evolução das novas tecnologias poderão, por exemplo, ser disponibilizados *tablets* com ligação à Internet, que permitam o contacto através de videoconferência com as pessoas significativas. Caso estas vivam próximo da pessoa idosa, devem poder visitá-la a qualquer hora do dia (no caso das pessoas institucionalizadas) e estar envolvidas nos cuidados. Por exemplo, se um filho vive próximo e a pessoa é dependente no autocuidado comer, deve ser permitido que o filho participe nesta atividade, em qualquer refeição.

Dentro das relações interpessoais, destacamos também as relações que se estabelecem no seio de uma instituição. Ou seja, no caso de a pessoa idosa se encontrar institucionalizada, esta deve poder optar pelo círculo de amigos com quem gosta de conviver e com o qual deve ser promovido o convívio. Por exemplo, a pessoa idosa deve poder escolher com quem se senta à mesa.

CONDIÇÕES ESTRUTURAIS, ORGANIZACIONAIS E PROCESSUAIS

Tendo como referência os princípios atrás enunciados, mas também o enquadramento conceptual de Donabedian e outros (Donabedian, 2003; Doran, 2011; Irvine & Sidani, 1998), apresentaremos agora as condições estruturais e processuais para a prestação de cuidados a pessoas idosas em contexto de institucionalização. Começaremos por fazer referência às condições estruturais e posteriormente às processuais.

CONDIÇÕES ESTRUTURAIS

Ao **nível da estrutura**, propõe-se uma alteração paulatina que personalize ao máximo o espaço de cada utente. Tal tem como objetivo criar elementos identitários associados ao espaço, com todas as vantagens que lhe estão associadas.

Preconiza-se ainda que todos os espaços comuns sejam repensados no sentido de facilitar e promoverem a interação dos utentes com a sua família e/ou com outros utentes, principalmente com os das suas relações privilegiadas. Preconiza-se ainda a este nível que sejam incrementadas as medidas de segurança, principalmente dos espaços onde ocorrem a maioria dos incidentes (e. g., casas de banho).

Por último, preconiza-se um conjunto de estruturas que promovam as atividades física (e. g., caminhar), ocupacional e lúdica. Tais atividades devem, sempre que possível, promover simultaneamente a socialização entre os utentes da ERPI com a comunidade, e serem desenvolvidas no exterior.

CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS

Ao **nível organizacional**, propõe-se a coexistência de duas hierarquias, uma administrativa e outra técnica. Devem estar conectadas, mas a componente técnica deve ter clara autono-

mia no que concerne ao desenvolvimento do processo de cuidados. Dito por outras palavras, o processo de cuidados a pessoas, como as atrás caracterizadas, carece de uma estrutura profissional baseada no conhecimento. Se os maiores problemas destas pessoas são, como já foi referido, a dependência, nomeadamente no autocuidado, a deterioração cognitiva e a quebra de laços relacionais, então não é indiferente para a saúde e o bem-estar das pessoas o modo como são ajudadas em qualquer das atividades de vida. O modo como são ajudadas a andar, como são posicionadas quando sentadas ou deitadas, como são estimuladas, quer física quer cognitivamente, como socializam e interagem, entre muitos outros aspetos, determina, além do bem-estar, o consumo de medicamentos, o número de agudizações e o conseqüente recurso aos serviços de saúde.

Adicionalmente, e tendo em consideração o facto já mencionado de estes utentes serem portadores de multimorbilidade, entende-se que é necessário definir uma resposta de saúde adequada à sua condição. Conjugando isto com o que já foi referido acerca da dependência e do respetivo planeamento e prestação de cuidados, entende-se que estas estruturas devem dispor de profissionais de enfermagem permanentes e em rácio adequado às necessidades dos utentes. Entende-se adicionalmente que é imprescindível regular a relação das ERPI com os serviços de saúde, nomeadamente, com as Unidades de Saúde Familiar, de modo que os seus utentes mantenham os direitos de qualquer cidadão no que concerne ao acesso aos cuidados de saúde. Em alternativa, a ERPI poderá dispor de equipas de saúde completas.

Uma outra dimensão de natureza organizacional tem que ver com a inserção destas estruturas no contexto comunitário a que pertencem. Dito por outras palavras e indo ao encontro do espírito da lei, as ERPI deverão ser estruturas abertas à interação com a comunidade e com atividades que mantenham, tanto quanto possível, a participação dos utentes na vida social e nas decisões que lhes dizem respeito. São múltiplos os documentos que sustentam esta perspetiva, mas referimos dois pela sua abrangência e significado:

A Declaração de Lisboa da Conferência Ministerial da *United Nations Economic Commission for Europe (UNECE)* – “*A Sustainable Society for All Ages: Realizing the potential of living longer*”. Esta declaração, subscrita pelo Governo português, propõe, no seu terceiro pilar, garantir o envelhecimento com dignidade através de um conjunto de ações que vão do suporte à inovação (UNECE, 2017).

A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável que (apesar de ainda não se constituir como documento oficial, uma vez que, após a sua elaboração através de estratégias de consenso, não foi politicamente assumido), enuncia aspetos essenciais a ter em atenção durante o envelhecimento e especificamente no processo de cuidados a estas pessoas. Este documento organiza-se em três principais pilares que precisam de ser considerados em qualquer contexto, a saber: Saúde, Participação e Segurança (Grupo de Trabalho Interministerial, 2018).

Neste contexto, ficam apenas algumas breves sugestões, as quais deveriam rapidamente levar à alteração do enquadramento regulamentar:

A preservação dos laços familiares e sociais, pela liberalização das visitas e a participação da família nos cuidados;

A preservação da autonomia do idoso, através da garantia do seu espaço de decisão;

A participação na vida social e familiar e em todas as decisões da organização que lhe digam respeito;

Assumir um envelhecimento ativo e um estilo de vida saudável como desiderato destas organizações;

Assumir a luta contra o preconceito e a violência sob todas as formas.

CONDIÇÕES PROCESSUAIS: O MODELO DE CUIDADOS

Desconhecemos em absoluto qual o modelo de cuidados utilizado em contexto de ERPI, uma vez que não o encontramos definido em nenhum diploma ou documento de outra natureza.

O modelo de cuidados que propomos assume os princípios já atrás enunciados. Assim, o **foco** é o utente, o que significa que todos os cuidados são planeados em função da sua especificidade e das suas preferências. Os **objetivos** são a reabilitação, readaptação e reinserção (quando possível) e o bem-estar, sempre.

O modelo de cuidados concretiza-se através do **processo de cuidados**. Este desenvolve-se dinamicamente de modo a garantir a **continuidade de cuidados** e tendo como referência as fases clássicas: **Avaliação Diagnóstica, Planeamento de Cuidados, Intervenção Terapêutica e Avaliação de Resultados**. A continuidade de cuidados atrás referida tem como uma das suas dimensões mais importantes a **continuidade interpessoal ou relacional**, a qual pode ser definida como a experiência subjetiva da relação de cuidado entre o utente e um profissional de referência (WHO, 2018). Em qualquer contexto de cuidados assume importância crescente a **coordenação de cuidados**, que pode ser definida como uma abordagem pró ativa que conjuga todos os cuidadores para responderem de forma integrada e focada nas necessidades dos utentes (WHO, 2018). Em contexto de ERPI e dadas as características dos seus utentes, o profissional que reúne as melhores condições para assumir esta coordenação é o enfermeiro.

O processo de cuidados inicia-se no momento da admissão, através de uma **avaliação diagnóstica** que inclua:

- a) Diagnóstico nosológico
- b) Diagnóstico funcional
- c) Diagnóstico social.

Deste modo, a **Avaliação Diagnóstica** consiste na avaliação contínua, sistemática e dinâmica da situação do idoso/família na conjugação variável da tripla perspetiva: vivencial, de ajuda e biomédica (Lopes, 2006).

O **Planeamento de Cuidados** é um processo negocial que deve:

- ser centrado na pessoa idosa em contexto;
- incluir todos os cuidadores;

definir atividades terapêuticas a desenvolver por cada um;
definir indicadores de resultados.

O **Planeamento de Cuidados** deve usar como instrumento o Plano Individual de Cuidados (Lopes, M.; Barbosa, P.; Fonseca, 2020), que permite a possibilidade de planeamento integrado e de continuidade de cuidados, na medida em que todos os perfis de cuidador lhe terão acesso. Adicionalmente, se o PIC também for usado nos serviços de saúde, será garantida a continuidade com os mesmos.

Tendo em consideração as características dos utentes, atrás apresentadas, no PIC 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.

O **processo de prestação de cuidados** inclui todos os cuidadores e terá como **finalidade** garantir elevados índices de **bem-estar e qualidade de vida**. Terá ainda como objetivos gerais:

- reinsserir** para preservar e/ou recriar a rede relacional de pertença;
- reabilitar e/ou readaptar** a autonomia e a independência;
- manter/retardar a perda de** autonomia e de independência; e
- promover o bem-estar.**

Os profissionais de cuidados servir-se-ão das estratégias consideradas adequadas em cada momento, tomando como foco central a pessoa idosa e os seus cuidadores, mas intervindo também sobre o processo e sobre a estrutura. Tal significa que ambas as dimensões devem ser sistematicamente equacionadas em função dos cuidados aos utentes e dos resultados em saúde e bem-estar. Neste contexto, o coordenador de cuidados deve desenvolver as ações necessárias a um ambiente adequado, que contribua para os resultados que se pretendem.

A **avaliação de resultados** é um processo contínuo e essencial ao redirecionar do processo de cuidados. Na prestação de cuidados a idosos, a avaliação dos resultados deve considerar os objetivos gerais que se pretendem atingir.

CONCLUSÃO

Após este percurso, resta-nos reiterar a premência da mudança dos modelos de cuidados em uso para que possamos continuar a responder às exigências de cuidados das pessoas. Por outro lado, e tendo em consideração as alterações demográficas e epidemiológicas, podemos afirmar, sem medo de exageros, que estamos na época da prevalência da importância do autocuidado. Dito por outras palavras, num momento da história em que vivemos cada vez mais, mas também, cada vez mais com mais dependência, todas as medidas que no curto, médio ou longo prazos contribuam para retardar a perda da independência, readquirir alguma independência ou substituir a pessoa nas suas incapacidades são de importância basilar, quer para cada pessoa individualmente quer para o sistema como um todo. Por tais razões, os enfermeiros, enquanto profissionais cujo foco é o autocuidado, são, agora mais do que nunca, chamados a assumirem responsabilidades na redefinição de modelos de cuidados e de políticas de saúde congruentes com estas necessidades. Mas também todos os restantes profissionais de algum modo associados aos cuidados a idosos deverão assumir o autocuidado como pilar.

Neste movimento de mudança, que se constitui também como uma manifestação de cidadania, o poder político não pode ficar alheio. Este tem a responsabilidade de criar as condições que garantam que os sistemas e serviços mudam na direção certa, e ao mesmo tempo o fazem em nome da dignidade das pessoas e do seu bem-estar e qualidade de vida.

Este trabalho que ora se conclui constitui-se como um pequeno contributo nesse sentido.

POSFÁCIO

Maria de Belém Roseira

Li com todo o interesse e gosto este Livro do Professor Manuel Lopes que, respondendo aos “desafios da inovação em saúde”, visa apresentar em pormenor e justificação científica abundante, “novos modelos de cuidados” centrados nos mais velhos e que lhes assegurem estimulação, autonomia reforçada e bem-estar, ou seja, um envelhecimento ativo e saudável.

A leitura suscitou-me memórias várias, com dezenas de anos, fazendo-me recuar à época em que tive responsabilidades governativas na Saúde e em que se empreendeu uma articulação muito dinâmica e ativa com a Segurança Social na identificação de áreas de responsabilidade partilhada através da definição de medidas assertivas, dirigidas e prospetivas, algumas delas que tinham em conta o inexorável processo de rápido envelhecimento demográfico da nossa população.

Recordo, aqui, com saudade, Álvaro de Carvalho, médico psiquiatra, precocemente desaparecido - com quem julgo ter tido contacto pela primeira vez quando assessorei Maria de Lourdes Pintasilgo, primeiro como Secretária de Estado da Segurança Social e depois como Ministra dos Assuntos Sociais - cujo interesse por esta realidade estava muito para além das funções de dirigente que veio a assumir na Direção Geral da Saúde. Considerei, então, que, pelo seu interesse e conhecimento da área e pela sua facilidade de relacionamento, seria a pessoa indicada para representar o Ministério da Saúde num trabalho articulado com o Ministério da Solidariedade para a definição do índice de dependência dos idosos. Sobre este assentaria a definição das responsabilidades partilhadas, o que foi feito.

Infelizmente, a equipa governativa que se seguiu deixou cair esta temática como prioridade.

O enorme contributo de António Leuschner, também ele médico psiquiatra e, ao tempo Diretor do Hospital Magalhães de Lemos e atualmente Presidente do Conselho Nacional de Saúde Mental, foi determinante para a visibilidade e importância que passou a ser dada às demências e à sua relação com o envelhecimento. E, reconhecidamente, o seu peso é imenso no contexto pessoal, familiar e social, obrigando à sua inserção destacada no gizar de uma abrangente política para o envelhecimento.

Anos mais tarde, tive a oportunidade de acompanhar o lançamento da Rede de Cuidados Continuados com expectativas positivas, mas observei, com preocupação, as vicissitudes várias que caracterizaram a sua implementação. Na minha análise, tem pesado bastante a desconfiança na relação entre os dois sectores, o que é impeditivo dos avanços e da incorporação da inovação que a situação exige e que as pessoas e a sociedade, no seu conjunto, reclamam.

Com efeito, o Autor analisa com detalhe a caracterização sociodemográfica da população portuguesa, a carga de doença que impende sobre os mais velhos, o seu impacto na saúde

e qualidade de vida depois dos 65 anos, a dificuldade de acesso a intervenções mais apropriadas e inovadoras, bem como as crónicas dificuldades de articulação entre as várias tipologias de cuidados e entre os diferentes intervenientes necessários para que os cuidados sejam globais e integrados.

Sublinha a importância das determinantes de saúde, com especial destaque para a pobreza e para a baixa qualificação da maior parte da nossa população mais velha. Regista a enorme distância que nos separa dos países nórdicos - aqueles que nos servem de referência por serem os melhores - no que respeita aos anos de vida saudável a partir dos 65 anos.

Continua a espantar-me que, perante o progresso conseguido em todos os outros indicadores de saúde, não consigamos eleger como prioridade política nacional a melhoria da esperança de vida com saúde a partir deste estrato etário.

Na verdade, não podemos esquecer-nos que, em Portugal, este indicador representa, “grosso modo”, a leitura do estado de saúde das pessoas que nasceram antes da Revolução de Abril.

E isso significa que carregam consigo toda a carga de dificuldades com que o seu contexto as marcou, quer em termos de nascimento, quer em termos de percurso de vida até à idade activa: muita pobreza e muita fome, muito analfabetismo, acesso difícil ao ensino nos seus vários graus, marcada diferença de género nesse acesso, profissões muito duras e pesadas e níveis de higiene e segurança no trabalho muito reduzidos, longos e penosos horários laborais, nível insuficiente de formação profissional, enormes desigualdades sociais... Enfim, todas as cicatrizes de um país pobre, culturalmente atrasado, com uma economia assente em trabalhadores desqualificados e baixos níveis salariais, fraca qualidade das infra-estruturas e políticas promotoras do espírito redentor da pobreza. Anulação da auto-estima, da capacidade de análise crítica e da vontade de progredir para desfrutar de uma vida melhor.

Quer a democracia, quer a integração no espaço europeu - cerca de doze anos depois - mudaram radicalmente o panorama, pois permitiram a melhoria das condições de vida, sociais e económicas. Mas o lastro mantém-se e pesa, pesa imenso! Pesa na qualidade de vida e saúde das pessoas e das famílias e pesa na economia do país.

Para alterar esta realidade teria, em meu entender, que constituir verdadeiro desígnio nacional a melhoria deste indicador, o que só se consegue com a intersectorialidade das políticas ou “Saúde em todas as Políticas”.

Os resultados do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INE 2016), detalhadamente examinado pelo Autor nas suas principais identificações, comprovam essa indispensabilidade.

Sei que uma atuação desta natureza contraria a tradição de atuação vertical das políticas sectoriais, mas a pandemia veio demonstrar como a mudança de cultura neste domínio é essencial.

No contexto específico desta publicação fica claramente demonstrada a urgência da atuação articulada e concertada entre a Saúde e a Segurança Social. Pelo menos estas! São duas áreas “irmãs”, como incessantemente repito.

Mas também reclama, da parte da Saúde, profundas alterações quanto à sua organização e à adoção de modelos prestadores de cuidados ajustados a cada pessoa e à sua circunstância.

“Cuidados Sociais”, assim os batiza o Autor, com continuidade e integração, centrados na pessoa e subordinados aos princípios do conforto e do bem-estar.

O Autor propõe, então, um novo modelo, assente num “plano individual de cuidados”, na sequência de um pormenorizado trabalho em rede de levantamento ao nível das carências de suporte. A ciência hoje demonstra como as redes de suporte familiar, de vizinhança, ou outras são fundamentais para uma longevidade ativa e com menor carga de doença.

O Autor manifesta, ainda, a sua opção prioritária por uma expansão dos cuidados domiciliários em detrimento da institucionalização. Esta sua tese é hoje teoricamente pacífica, a nível do discurso. Mas, na prática, estamos longe de terem sido dados os passos necessários para o efeito.

As Unidades de Saúde Familiar que começaram experimentalmente em 1996, através dos Projectos-Alfa, e foram consagradas em texto normativo em 1999, nos apelidados Centros de Saúde de Terceira Geração, foram durante algum tempo interrompidas. Ou não alargadas. Da mesma forma, as Unidades Locais de Saúde¹ bem como os Sistemas Locais de Saúde, da mesma época, tinham como grande objetivo promover a articulação de cuidados e inovar nos modelos organizativos e prestadores.

Foram, ainda, desenvolvidos modelos remuneratórios mais inteligentes que sobrepujam a qualidade dos indicadores de saúde atingidos à quantidade dos actos realizados. Foi, assim, criado, um modelo remuneratório experimental, “arrancado a ferros” à Secretaria de Estado do Orçamento, para os cuidados de saúde primários e um outro para os centros de responsabilidade integrados, nos hospitais, como parte estruturante da transformação pretendida.

Continuo convencida de que sem uma transformação profunda na Administração Pública teremos uma enorme dificuldade em realizar a mudança que muitos consideramos indispensável e que urge!

Tudo nos empurra para ela.

A transformação digital está aí e constitui desígnio estratégico para a União Europeia, também e especialmente na Saúde.

O Autor defende, e eu concordo inteiramente com ele, que a utilização das TIC é um instrumento essencial nesse sentido. Em toda a sua expressão de Inteligência Artificial, *Machine Learning*, *Internet of Things* e através da interoperabilidade de sistemas e recolha e análise sistemática de dados e investigação sobre os mesmos, permitirá elaborar planos individuais de cuidados assentes em registos de saúde eletrónicos e acessíveis, com cumprimento de todas as regras de segurança que a sensibilidade dos dados de saúde impõe.

¹ A Unidade Local de Saúde de Matosinhos foi a primeira e mantém um palmarés invejável de inovação desde a sua fundação

O Autor visa conseguir respostas ajustadas à realidade local que partam da caracterização sociodemográfica prospectiva para chegar a Planos Individuais de Cuidados ajustados a cada pessoa concreta e ao seu ciclo de vida através de recursos assistenciais partilhados, tendo como desiderato final o envelhecimento activo e saudável. E em que cada pessoa conta e pode decidir, pois a “autonomia”, que sustenta o consentimento esclarecido, é um princípio ético que tem que estar sempre presente na prestação de cuidados. Para o cumprir, mais e mais literacia em saúde!

Esta é uma publicação cujo estudo se recomenda a académicos e a profissionais. Conjugação investigação extensa com conhecimento e experiência práticos vividos, ou não tivesse sido o Autor, durante tempo alargado, o Responsável pela Rede de Cuidados Continuados Integrados. Sabe, pois, o que diz e sabe do que fala.

Assim o ouçam e estejam abertos a aprender!

Fevereiro de 2021

BIBLIOGRAFIA

Abalo, E. M., Mensah, C. M., Agyemang-Duah, W., Peprah, P., Budu, H. I., Gyasi, R. M., Donkor, P., & Amoako, J. (2018). Geographical Differences in Perceived Health Status Among Older Adults in Ghana: Do Gender and Educational Status Matter? *Gerontology and Geriatric Medicine*, 4, 233372141879666. <https://doi.org/10.1177/2333721418796663>

ACSS. (2015). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2016*.

ACSS. (2018). *Monitorização da Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados*.

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>

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1969). The prediction of behavioral intentions in a choice situation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 5(4), 400–416. [https://doi.org/10.1016/0022-1031\(69\)90033-X](https://doi.org/10.1016/0022-1031(69)90033-X)

Åkerborg, Ö., Lang, A., Wimo, A., Sköldunger, 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>

Albrecht, M. N. (1990). The Albrecht nursing model for home health care: Implications for research, practice, and education. *Public health nursing (Boston, Mass.)*, 7(2), 118–126.

Allgood, M. R. (2011). Theory-based practice in a major medical centre. *Journal of Nursing Management*, 19(8), 981–988. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01327.x>

Alwin, D. F. (2012). Integrating varieties of life course concepts. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 67(2), 206–220. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr146>

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>

American Nurses Association. (2012). *The Value of Nursing Care Coordination The Value of Nursing Care Coordination: Executive Summary* (p. 24). American Nurses Association.

American Nursing Association. (2014). *Scope and Standards of Practice for Home Health Nursing 2nd Edition* (American Nurses Association, Ed.; 2nd ed.). American Nurses Association, Inc.

APAV. (2017). *Estatísticas Apav. Relatório Anual*.

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. Fritzsche (Eds.), *The Wiley Handbook on the Aging Mind and Brain* (pp. 19–36). Wiley-Blackwell.

Lei 56/79, 1979-09-15, Pub. L. No. Diário da República n.º 214/1979, Série I de 1979-09-15, Diário da República n.º 214/1979, Série I de 1979-09-15 2357 (1979).

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. <https://doi.org/10.1111/accel.12861>

Baez, N. L. X., & Reckziegel, J. (2013). O direito humano fundamental de autodeterminação e os seus limites éticos frente ao princípio da proteção da dignidade humana. *Prisma Jurídico*, 12(1), 225–252. <https://doi.org/10.5585/prismaj.v12n1.3427>

Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. Em R. Vasta (Ed.), *Annals of child development* (pp. 1–60). JAI Press.

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*.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editora.

Berkowitz, A. D. (2005). An overview of the social norms approach. Em L. Lederman & L. Stewart (Eds.), *Changing the culture of college drinking: A socially situated health communication campaign* (pp. 193–214). Hampton Press.

Bertalanffy, V. (1972). The History and Status of General Systems Theory Author(s): Ludwig. Em *Source: The Academy of Management Journal* (Vol. 15, Número 4).

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).

- Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 701–712. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>
- Blessed, G., Tomlinson, B. E., & Roth, M. (1988). Blessed-Roth Dementia Scale (DS). *Psychopharmacology bulletin*, 24(4), 705–708.
- Bloom, D. E., Canning, D., & Fink, G. (2010). Implications of population ageing for economic growth. *Oxford Review of Economic Policy*, 26(4), 583–612. <https://doi.org/10.1093/oxrep/grq038>
- Bovaird, T. (2007). Beyond Engagement and Participation: User and Community Coproduction of Public Services. *Public Administration Review*, 67(5), 846–860.
- Bresnick, J. (2017). *Understanding the Basics of Clinical Decision Support Systems*. Health Analytics.
- 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>
- Brick, Y., & Lowenstein, A. (2011). Ageing in Place. *Global Ageing: Issues & Action*, 7(2).
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. Em *International Encyclopedia of Education* (2nd ed., Vol. 3, pp. 1643–1647). Pergamon Press.
- 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.
- Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., & Boomsma, D. I. (2014). Evolutionary mechanisms for loneliness. *Cognition & emotion*, 28(1), 3–21. <https://doi.org/10.1080/02699931.2013.837379>
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140–151. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>
- Campos, A., 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>

Campos, J. (2015). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado—Estudo exploratório de base populacional no concelho de Matosinhos (título provisório)*. Universidade Católica Portuguesa.

Canadian Home Care Association. (2008). *Portraits of Home Care in Canada*.

Canadian Institute for Health Information. (2007). *Health Indicators 2007*. <https://doi.org/10.1057/hsq.2009.34>

Canadian Institute for Health Information. (2010). Home Care Reporting System (HCRS). Em *Home Care Reporting System HCRS*.

Canadian Nurses Association. (sem data). *Fact sheet: Nurses and home care*.

Caplan, G. A., Sulaiman, N. S., Mangin, D. A., Aimonino Ricauda, N., Wilson, A. D., & Barclay, L. (2012). A meta-analysis of “hospital in the home”. *The Medical Journal of Australia*, 197(9), 512–519. <https://doi.org/10.5694/mja12.10480>

Cardoso, D. Y. F. (2016). *Relação de vinculação e de suporte social vivenciados pelos idosos nas instituições*. Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

Carvalho, A. C. J., Carvalho, M. P., Auxiliadora, M., Barreto, M., Fábio, E., & Alves, A. (2010). Andragogia: Considerações sobre a Aprendizagem do Adulto. *REMPEC - Ensino, Saúde e Ambiente*, 3(1), 78–90.

CEDRU/BCG. (2008). *Estudo de Avaliação das Necessidades dos Seniores em Portugal*.

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>

CITE. (2018). *A Igualdade entre Mulheres e Homens no mercado de trabalho em Portugal em FLASH*.

CNO. (2013). *Therapeutic Nurse-Client Relationship, Revised 2006*.

Community Health Nurses of Canada. (2010). *Home Health Nursing Competencies*.

Community Health Nurses of Canada. (2011). *Canadian Community Health Nursing Professional Practice Model & Standards of Practice*.

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho, 1ª Série Diário da República 3856 (2006).

Decreto-Lei n.º 101/2006, (2006). <https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>

Conwell, Y., Van Orden, K., & Caine, E. D. (2011). Suicide in older adults. *The Psychiatric clinics of North America*, 34(2), 451–468, ix. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.02.002>

Costa, A. C. J. S. da. (2013). *Famílias que Integram Pessoas Dependentes no Autocuidado - Estudo Exploratório de Base Populacional no Concelho de Lisboa*. Universidade Católica Portuguesa.

Costa, J. M. F. (2016). Terceiro Setor em Portugal e o Regime Jurídico das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). *Revista Internacional Consinter de Direito*, 02(02), 101–123. <https://doi.org/10.19135/revista.consinter.00002.04>

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>

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>

Cuxart Mèlich, A., & Estrada Cuxart, O. (2012). Hospitalización a domicilio: Oportunidad para el cambio. *Medicina Clínica*, 138(8), 355–360. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.04.008>

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>

Daré, A. C. L. (2010). *Design inclusivo: O impacto do ambiente doméstico no utilizador idoso*. Universidade Lusíada.

Davidson, P. M., DiGiacomo, M., & McGrath, S. J. (2011). The feminization of aging: How will this impact on health outcomes and services? Em *Health Care for Women International* (Vol. 32, Número 12, pp. 1031–1045). Taylor & Francis Group .
<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>

Medicare and Medicaid Programs; Mandatory Use, Collection, Encoding, and Transmission of Outcome and Assessment Information Set (OASIS) for Home Health Agencies, 64 32984 (1999).

Deshpande, P. R.; Rajan, S.; Sudeepthi, B. L.; Nazir, A. (2011). Patient-reported outcomes: A new era in clinical research. *Perspectives in Clinical Research* , 2(4), 137–144.
<https://doi.org/10.4103/2229-3485.86879>

Dewalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and Health Outcomes A Systematic Review of the Literature. *J GEN INTERN MED*, 19, 1228–1239.

DGS. (2008). *Planos locais de acção em habitação e saúde: Manual para projectos*.

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).

Doessing, A., & Burau, V. (2015). Care Coordination of Multimorbidity: A Scoping Study. *Journal of Comorbidity*, 5(1), 15–28. <https://doi.org/10.15256/joc.2015.5.39>

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*.

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>

Edwards, N., Mill, J., & Kothari, A. (2004). Multiple intervention research programs in community health. *The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 36, 40–54.

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

Falk-Rafael, A. (2005). Speaking truth to power: Nursing’s legacy and moral imperative. *ANS. Advances in Nursing Science*, 28(3), 212–223. <https://doi.org/10.1097/00012272-200507000-00004>

Fernandes, A. C., & Nunes, A. M. (2016). Os hospitais e a combinação público-privado no sistema de saúde português. *Acta Medica Portuguesa*, 29(3), 217–223. <https://doi.org/10.20344/amp.6712>

Figueras, J.; McKee, M. (Edit.). (2012). *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being. Assessing the case for investing in health systems*.

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. (2014). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem*. Universidade de Lisboa.

Fonseca, A., Lopes, M. J., Marques, M. C., Pinheiro, F., & Gemito, M. L. (2014). Do silêncio à cumplicidade: Violência sobre idosos. Em M. J.; Lopes, F.; Mendes, & A. Silva (Eds.), *Envelhecimento—Estudos e perspetivas* (pp. 303–317). Martinari.

Fonseca, C.; Lopes, M. J. (2014). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem*. Universidade de Lisboa.

Fonseca, C.; Lopes, M. J.; Santos, S. S. C. (2014). Functional deficit and sensitive outcomes to nursing care for elderly: Systematic literature review. *Journal of Nursing and Socioenvironmental Health*, 1(2), 213–220. <https://doi.org/10.15696/2358-9884/jonse.v1n2p213-220>

Fonseca, C. ;, Mendes, D. ;, Lopes, M. J. ;, Romão, A. ;, & Parreira, P. (2017a). Deep Learning and IoT to Assist Multimorbidity Home Based Healthcare. *Journal of Health & Medical Informatics*, 8(3). <https://doi.org/10.4172/2157-7420.1000273>

Fonseca, C. ;, Mendes, D. ;, Lopes, M. J. ;, Romão, A. ;, & Parreira, P. (2017b). Deep Learning and IoT to Assist Multimorbidity Home Based Healthcare. *Journal of Health & Medical Informatics*, 8(3). <https://doi.org/10.4172/2157-7420.1000273>

Fonseca, C.; Mendes, D.; Lopes, M. J.; Romão, A.; Parreira, P. (2017). Deep Learning and IoT to Assist Multimorbidity Home Based Healthcare. *Journal of Health & Medical Informatics*, 08(03), 8–11. <https://doi.org/10.4172/2157-7420.1000273>

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

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., & Fineberg, H. (2010). Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World. *The Lancet*, 376(9756), 1923–1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)

Gabbedon, R. M. (2016). A Home Healthcare Nursing Competency Tool Kit. *Home Healthcare Now*, 34(10), 550–555. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000473>

Despacho n.º 4306/2018, Pub. L. No. Diário da República, 2.ª série-N.º 83-30 de abril de 2018, 12188 (2018).

Despacho n.º 5988/2018, Pub. L. No. Diário da República, 2.ª série-N.º 116-19 de junho de 2018, Diário da República, 2.ª série—N.º 116—19 de junho de 2018 17094 (2018).

Gago, E. A., & Lopes, M. J. (2012). Cuidados domiciliários – interação do enfermeiro com a pessoa idosa / família. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 25, 74–80.

Gao, G., & Kerr, M. (2016). Documentation of Patient Problems and Strengths in Electronic Health Records. *Internal Medicine: Open Access*, 6(3). <https://doi.org/10.4172/2165-8048.1000221>

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*.

Glaser, J. (2015). *From the Electronic Health Record to the Electronic Health Plan*. Hospital & Health Network.

Goes, M., Lopes, M. J., Marôco, J., Oliveira, H., Fonseca, C., Mónico, L., Parreira, P., García-Alonso, J., & Pinho, L. G. de. (2020). The Quality of Life of Older Individuals Following the World Health Organization Assessment Criteria. *Geriatrics 2020, Vol. 5, Page 102, 5(4)*, 102. <https://doi.org/10.3390/GERIATRICS5040102>

Goes, M., Lopes, M. J., Oliveira, H., Fonseca, C., & Marôco, J. (2020). 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>

Gomes, M. C. S., Guardado, M. J. M., & Pinto, M. L. 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>

Gonçalves, P. J. P. (2013). *Famílias que Integram Pessoas Dependentes no Autocuidado - Estudo Exploratório de Base Populacional no Concelho do Porto*. Universidade Católica Portuguesa.

Gottlieb, L., & Rowat, K. (1987). The McGill model of nursing: A practice-derived model. *ANS. Advances in nursing science, 9(4)*, 51–61.

Greiner, A. C., Knebel, E. (Editors), & Institute of Medicine. (2003). Health professions education: A bridge to quality. Em E. Greiner, Ann; Knebel (Ed.), *Quality chasm series*. The National Academic Press. <https://doi.org/10.1177/2373379915607866>

Grupo de Trabalho Interministerial. (2018). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável—2017-2025*.

Hall, C. J., Peel, N. M., Comans, T. A., Gray, L. C., & Scuffham, P. A. (2012). Can post-acute care programmes for older people reduce overall costs in the health system? A case study using the Australian Transition Care Programme. *Health & Social Care in the Community, 20(1)*, 97–102. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01024.x>

Hamilton, N., & Bhatti, T. (1996). *An integrated model of population health and health promotion* | National Collaborating Centre for Determinants of Health. <https://nccdh.ca/resources/entry/integrated-model-of-population-health-and-health-promotion>

Hart, J. T. (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)

Hawkey, L. C., Thisted, R. A., Masi, C. M., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 25(1), 132–141. <https://doi.org/10.1037/a0017805>

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>

Hirdes, J. P., Fries, B. E., Morris, J. N., Ikegami, N., Zimmerman, D., Dalby, D. M., Aliaga, P., Hammer, S., & Jones, R. (2004). Home Care Quality Indicators (HCQIs) Based on the MDS-HC. *The Gerontologist*, 44(5), 665–679. <https://doi.org/10.1093/geront/44.5.665>

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>

Hollander, M., Chappell, N., Havens, B., McWilliam, C., & Miller, J. A. (2002). *SUBSTUDY 5—STUDY OF THE COSTS AND OUTCOMES OF HOME CARE AND RESIDENTIAL LONG TERM CARE SERVICES A Report Prepared for the Health Transition Fund, Health Canada.*

Holmes, J. (2014). John Bowlby and Attachment Theory. In *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. *Annual Review of Psychology*, 69(1), 437–458. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122216-011902>

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>

Holwerda, T. J., Deeg, D. J. H., Beekman, A. T. F., Van Tilburg, T. G., Stek, M. L., Jonker, C., & Schoevers, R. A. (2014). Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 85(2), 135–142. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2012-302755>

Hoque, N., Bradshaw, B. S., & McGehee, M. A. (2013). Applied demography and public health. *Em Applied Demography and Public Health*. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-6140-7>

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.

Hsu, M. H., Chu, T. Bin, Yen, J. C., Chiu, W. T., Yeh, G. C., Chen, T. J., Sung, Y. J., Hsiao, J., & Li, Y. C. (Jack). (2010). Development and implementation of a national telehealth project for long-term care: A preliminary study. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 97(3), 286–292. <https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2009.12.008>

Humphrey, Carolyn J., & Milone-Nuzzo, P. (1996). *Orientation to Home Care Nursing*. Aspen Publications.

Huntley, A. L., Chalder, M., Shaw, A. R. G., Hollingworth, W., Metcalfe, C., Bengner, J. R., & Purdy, S. (2017). A systematic review to identify and assess the effectiveness of alternatives for people over the age of 65 who are at risk of potentially avoidable hospital admission. *BMJ Open*, 7(7), e016236. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016236>

IHI. (2013). *Institute of Health and Improvement: The IHI Triple Aim*.

INE. (2012a). Censos 2011 Resultados Definitivos. Em *Censos 2011* (Vol. 26). <https://doi.org/ISBN 978-989-25-0148-2>

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

INE. (2012c). *Destaque—Informação à comunicação social* (Número 400 964).

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. (2018). *Portal do Instituto Nacional de Estatística—População residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário; Anual—Última atualização 15-06-2018*. População residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário; Anual - última atualização 15-06-2018.

INE. (2020a, Agosto). *Portal do INE - Índice de envelhecimento por local de residência*. https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008258&contexto=pi&selTab=tab0

INE. (2020b, Agosto 20). *Portal do INE - Índice de envelhecimento por local de residência*. https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008258&contexto=pi&selTab=tab0

INE. (2020c, Agosto 20). *Portal do INE - População Residente por local de residência, sexo e grupo etário*. https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=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*. <https://isfglobal.org/a-manifesto-for-self-care/>

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

Jagger, C., Jagger, C., & Reyes-Frausto, S. (2003). *Monitoring Health by Healthy Active Life Expectancy—A User's Guide*. University of Leicester.

Jagger, C., Matthews, F. E., Wohland, P., Fouweather, T., M Stephan, B. C., Robinson, L., Arthur, A., & Brayne, C. (2016). A comparison of health expectancies over two decades in England: Results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. *The Lancet*, 387, 779–786. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00947-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00947-2)

James, B. D., Wilson, R. S., Barnes, L. L., & Bennett, D. A. (2011). Late-life social activity and cognitive decline in old age. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 17(6), 998–1005. <https://doi.org/10.1017/S1355617711000531>

Jayasena, R., Cellar, B., Sparks, R., Varnfield, M., Li, J., & Nepal, S. (2016). Monitoring of Chronic Disease in the community: Australian Telehealth Study on Organisational Challenges and Economic Impact. *International Journal of Integrated Care*, 16(6), 106. <https://doi.org/10.5334/ijic.2654>

Jencks, S. F., Williams, M. V., & Coleman, E. A. (2009). Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program. *New England Journal of Medicine*, 360(14), 1418–1428. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0803563>

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)

Kipp, W., Konde-Lule, J., Rubaale, T., Okech-Ojony, J., Alibhai, A., & Saunders, D. L. (2011). Comparing antiretroviral treatment outcomes between a prospective community-based and hospital-based cohort of HIV patients in rural Uganda. *BMC International Health and Human Rights, 11*(Suppl 2), S12. <https://doi.org/10.1186/1472-698X-11-S2-S12>

Kitchener, M., Ng, T., Miller, N., & Harrington, C. (2006). Institutional and Community—Based Long-Term Care. *Journal of Health & Social Policy, 22*(2), 31–50. https://doi.org/10.1300/J045v22n02_03

Koller, D., Schön, G., Schäfer, I., Glaeske, G., Van Den Bussche, H., & Hansen, H. (2014). Multimorbidity and long-term care dependency—A five-year follow-up. *BMC Geriatrics, 14*(1), 70. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-70>

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

Kretzmann, J., & McKnight, J. P. (1996). Assets-based community development. *National Civic Review, 85*(4), 23–29. <https://doi.org/10.1002/ncr.4100850405>

Lares Online. (2020). *Listas de espera em IPSS... Um bicho de sete cabeças!* | Lares Online. <https://www.laresonline.pt/pt/blog/listas-de-espera-em-ipss-um-bicho-de-sete-cabecas/>

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

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>

Lefèvre, T., d'Ivernois, J. F., De Andrade, V., Crozet, C., Lombrail, P., & Gagnayre, R. (2014). What do we mean by multimorbidity? An analysis of the literature on multimorbidity measures, associated factors, and impact on health services organization. *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique*, 62(5), 305–314. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2014.09.002>

Leff, B., Burton, L., Mader, S. L., Naughton, B., Burl, J., Inouye, S. K., Greenough III, W. B., Guido, S., Langston, C., Frick, K. D., Steinwachs, D., & Burton, J. R. (2005). Hospital at Home: Feasibility and Outcomes of a Program To Provide Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Older Patients. *Ann Intern Med.*, 143, 798–808.

Li, W., Liu, K., Yang, H., & Yu, C. (2014). Integrated clinical pathway management for medical quality improvement—Based on a semiotically inspired systems architecture. *European Journal of Information Systems*, 23(4), 400–417. <https://doi.org/10.1057/ejis.2013.9>

Lima, F. D. M., Lopes, M. J., & Lima, T. J. S. (2018). Desenvolvimento e Validação da Escala de Avaliação do Risco de Violência para Idosos (EARVI). *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 4(1). [https://doi.org/10.24902/r.riase.2018.4\(1\).%p](https://doi.org/10.24902/r.riase.2018.4(1).%p)

Lin, C., & Hsiao, F. (2016). Impact of Poverty on Health Care Utilization in the Elderly. *Value in Health - ISPOR 19th Annual Research Congress*.

Lipszyc, B., Sail, E., & Xavier, A. (2012). *Long-term care: Need, use and expenditure in the EU-27* (Número November). <https://doi.org/10.2765/27485>

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, 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, H., Carlos, J. S., Rodrigues, M., Mestre, R., Santana, R., Matias, T., & Ribeiro, V. (2014). *Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental*.

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. (2016a). Cidadania e Participação: De utente-consumidor a cidadão responsável. *RIASE - Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 2(3).

Lopes, M. J. (2016b). Cidadania e Participação: De utente-consumidor a cidadão responsável. *RIASE - Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 2(3).

Lopes, M. J. (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, M. J., Escoval, A., Pereira, D., Pereira, C., Carvalho, C., & Fonseca, C. (2012). *Violência, abuso, negligência e condição de saúde dos idosos: Relatório Final*.

Lopes, M. J., Escoval, A., Pereira, D., Pereira, C., Carvalho, C., & Fonseca, C. (2013a). 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, M. J., Escoval, A., Pereira, D., Pereira, C., Carvalho, C., & Fonseca, C. (2013b). 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, M. J., Fonseca, C., & Barbosa, P. (2020). The Individual Care Plan as Electronic Health Record: A Tool for Management, Integration of Care, and Better Health Results. Em D. Mendes, C. Fonseca, M. J. Lopes, J. Garcia-Alonso, & J. Murillo (Eds.), *Exploring the Role of ICTs in Healthy Aging* (pp. 1–12). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-1937-0.ch001>

Lopes, M. J., Gemito, L., & Pinheiro, F. (Coords.). (2012). *Violência Doméstica, Manual de Recursos para a Rede de Intervenção Integrada do Distrito de Évora* (Número c). Universidade de Évora. <https://doi.org/10.15713/ins.mmj.3>

Lopes, M. J.; Silva, A. O.; Coler, A. (2017). Algumas Dimensões Representacionais da Violência Contra Idosos em Portugal e nos EUA. Em A. O. Silva & B. V. Camargo (Eds.), *Representações sociais do envelhecimento e da saúde* (pp. 219–238). edufnr.

López-Benito, I., & Baydal, R. (1999). Home hospitalization: An alternative to conventional hospitalization. Future outline. *Revista de Neurologia*, 29(7), 677–679.

Lourenço, C., Pinto, A., Fonseca, C., Nunes, I., Almeida, P., Mendes, O., Tolleti, G., Gandara, M., & Lopes, M. J. (2012). La confiance dans la relation de soin. *PERSPECTIVE SOIGNANTE*, 44, 133–142.

Lund, R., Nilsson, C. J., & Avlund, K. (2010). Can the higher risk of disability onset among older people who live alone be alleviated by strong social relations? A longitudinal study of non-disabled men and women. *Age and Ageing*, 39(3), 319–326. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq020>

Machado, C. (2018). *A condição de saúde oral dos idosos na população alentejana*. Universidade Nova de Lisboa.

Madden, Richard; Sykes, Catherine; Ustun, Bedirhan, T. (sem data). *World Health Organization Family of International Classifications: Definition, scope and purpose*.

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. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7762-5>

Martin, S. A., & Sinsky, C. A. (2016). The map is not the territory: Medical records and 21st century practice. *The Lancet*, 388(10055), 2053–2056. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00338-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00338-X)

Martínez-Pérez, B., De La Torre-Díez, I., López-Coronado, M., Sainz-De-Abajo, B., Robles, M., & García-Gómez, J. M. (2014). Mobile clinical decision support systems and applications: A literature and commercial review. *Journal of Medical Systems*, 38(1), 4–4. <https://doi.org/10.1007/s10916-013-0004-y>

Maru, S., Byrnes, J., Carrington, M. J., Chan, Y.-K., Thompson, D. R., Stewart, S., & Scuffham, P. A. (2015). Cost-effectiveness of home versus clinic-based management of chronic heart failure: Extended follow-up of a pragmatic, multicentre randomized trial cohort—The WHICH? study (Which Heart Failure Intervention Is Most Cost-Effective & Consumer Friendly). *International Journal of Cardiology*, 201, 368–375. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.08.066>

Mccrae, N. (2011). Whither Nursing Models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 222–229. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05821.x>

Meehan, K. B., Levy, K. N., Christina, M., & Detrixhe, J. J. (2014). Solitude and Personality Disorders. Em R. J. Coplan & J. C. Bowker (Eds.), *The Handbook of Solitude: Psychological Perspectives on Social Isolation, Social Withdrawal, and Being Alone* (1st ed., pp. 427–444). John Wiley & Sons, Ltd.

Meleis, A. I. (2018). *heoretical nursing: Development and progress*. (5th ed.). Wolters Kluwe.

Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255–259.

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>

Mildon, B., & Underwood, J. (2010). *Competencies for Home Health Nursing: A Literature Review Prepared for the Community Health Nurses of Canada*.

Decreto-Lei 11/93, 1993-01-15, Pub. L. No. Diário da República n.º 12/1993, Série I-A de 1993-01-15, Diário da República n.º 12/1993, Série I-A de 1993-01-15 129 (1993).

Decreto-Lei 161/96, 1996-09-04—Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Pub. L. No. Diário da República n.º 205/1996, Série I-A de 1996-09-04, Diário da República n.º 205/1996, Série I-A de 1996-09-04 2959 (1996).

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).

Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF), Pub. L. No. Diário da República n.º 161/2007, Série I de 2007-08-22, N.º 161 Diário da República, 1ª série 5587 (2007).

Decreto-Lei n.º 28/2008, Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22 (2008).

Portaria n.º 82/14 de 10 de Abril, Diário da República N.º 71/14. I Série 2364 (2014).

Decreto-Lei 12/2015, 2015-01-26, Pub. L. No. Decreto-Lei n.º 12/2015, Diário da República n.º 17/2015, Série I de 2015-01-26 542 (2015).

Decreto-Lei 18/2017, 2017-02-10, Pub. L. No. Decreto-Lei n.º 18/2017, Diário da República n.º 30/2017, Série I de 2017-02-10 694 (2017).

Ministério da Saúde. (2018). *Health System Review PORTUGAL - Phase 1 Final Report*.

Plano de Contingência Saúde Sazonal, Pub. L. No. Diário da República n.º 59/2017, Série II de 2017-03-23, Despacho n.º 2483 (2017).

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).

Minkler, M., Wallerstein, N., & Wilson, N. (2008). Improving health through community organization and community building. Em *Health behavior and health education: Theory, research, and practice, 4th ed* (pp. 287–312). Jossey-Bass.

Mino-León, D., Reyes-Morales, H., Doubova, S. V., Pérez-Cuevas, R., Giraldo-Rodríguez, L., & Agudelo-Botero, M. (2017). Multimorbidity Patterns in Older Adults: An Approach to the Complex Interrelationships Among Chronic Diseases. *Archives of Medical Research*, 48(1), 121–127. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2017.03.001>

Mitchell, T., & Beattie-Huggan, P. (2006). Bridging the distance between lifestyle and determinants of health approaches: The Circle of Health as a synthesis tool. *International Journal of Health Promotion and Education*, 44, 78–82. <https://doi.org/10.1080/14635240.2006.10708072>

MS. (2017). *SNS+ Proximidade—Mudança centrada nas pessoas* (p. 69).

Nagykaldi, Z. J., Tange, H., & De Maeseneer, J. (2018). Moving from problem-oriented to goal-directed health records. *Annals of Family Medicine*, 16(2), 155–159. <https://doi.org/10.1370/afm.2180>

Neal, L. J. (1999). Neal Theory of Home Health Nursing Practice. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 31(3), 251–252. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00491.x>

Neal-Boylan, Leslie. (2011). *Clinical case studies in home health care*. Wiley-Blackwell.

Ní Chróinín, D., Goldsbury, D. E., Beveridge, A., Davidson, P. M., Girgis, A., Ingham, N., Phillips, J. L., Wilkinson, A. M., Ingham, J. M., & O’Connell, D. L. (2018). Health-services utilisation amongst older persons during the last year of life: A population-based study. *BMC Geriatrics*, 18(1), 317. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-1006-x>

NICE. (2016). *Home care for older people: Quality Standards*.

O'Connell, H., Chin, A.-V., Cunningham, C., & Lawlor, B. A. (2004). Recent developments: Suicide in older people. *BMJ (Clinical research ed.)*, 329(7471), 895–899. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7471.895>

Oh, A., Patel, K., Boscardin, W. J., Max, W., Stephens, C., Ritchie, C. S., & Smith, A. K. (2019a). 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>

Oh, A., Patel, K., Boscardin, W. J., Max, W., Stephens, C., Ritchie, C. S., & Smith, A. K. (2019b). 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>

OHCA. (2011). *Home Care Nursing in Ontario*.

Oliveira, C. ;, & Lopes, M. J. (2010). Construir Laços de Confiança e Promover o Conforto. *Pensar Enfermagem*, 14(1), 67–74.

OMS. (2009). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *De acordo com o grau de dependência do utente*. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 348/2015, Diário da República n.º 118/2015, Série II de 19-06-2015 16481 (2015).

Regulamento n.º 367/2015, Diário da República n.º 124/2015, Série II de 29-06-2015 17384 (2015).

Regulamento n.º 428/2018 de 16-07-2018, Diário da República n.º 135/2018, Série II 30508 (2018).

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. MO: Mosby.

Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, Jornal Oficial da União Europeia (2016).

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2010). *Health Promotion in Nursing Practice* (6th edition). Pearson.

Pereira, C. (2018). *Caracterização da funcionalidade em diferentes fases do ciclo de vida: Idosos e adultos com doenças crónicas*. Universidade Nova de Lisboa.

Pereira, C., Fonseca, C., Escoval, A., & Lopes, M. J. (2011). Contributo para a classificação da funcionalidade na população com mais de 65 anos, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 29(1), 53–63. [https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(11\)70008-6](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(11)70008-6)

Pereira, C. S., Branco, J., Lopes, M., Escoval, A., Nogueira, P., Diniz, A., Guerra, F., & Coelho, A. (2016). Construção e Validação da Tabela Nacional de Funcionalidade para as Doenças Crónicas. *Acta Médica Portuguesa*, 29(2), 114–122. <https://doi.org/10.20344/amp.6692>

Phipps, S. (2003). *The Impact of Poverty on Health*.

Pinto, T. A., & Lopes, A. (2012). *CIDADES Amigas das Pessoas Idosas? Implicações e Recomendações de um Estudo Nacional: O que dizem os munícipes, o que pensam os especialistas e o que se vivencia nos espaços*. Associação VIDA.

PORDATA. (2020, Novembro 7). *Taxa de risco de pobreza: Antes e após transferências sociais*. <https://www.pordata.pt/DB/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, Pub. L. No. Diário da República, 2.^a série-n.º 45., Diário da República, 2.^a série—N.º 45. Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio 8174 (2013).

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).

Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion: AJHP*, 12(1), 38–48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>

Quach, A., Levine, M. E., Tanaka, T., Lu, A. T., Chen, B. H., Ferrucci, L., Ritz, B., Bandinelli, S., Neuhauser, 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>

Raudonis, B. M., & Acton, G. J. (1997). Theory-based nursing practice. *Journal of advanced nursing*, 26(1), 138–145.

Rede de Intervenção Integrada do Distrito De Évora—[Http://www.violenciadomestica.uevora.pt/index.php?/RIIDE](http://www.violenciadomestica.uevora.pt/index.php?/RIIDE). (sem data).

Regadas, S. (2015). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado—Estudo exploratório de base populacional no concelho de Paços de Ferreira [Título provisório]*. Universidade Católica Portuguesa.

Reid, R. J., Coleman, K., Johnson, E. A., Fishman, P. A., Hsu, C., Soman, M. P., Trescott, C. E., Erikson, M., & Larson, E. B. (2010). The group health medical home at year two: Cost savings, higher patient satisfaction, and less burnout for providers. *Health Affairs*, 29(5), 835–843. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0158>

Reyes G, C., Silva O, R., & Saldías P, F. (2011). Costo-efectividad de la rehabilitación respiratoria en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 27(2), 153–158. <https://doi.org/10.4067/S0717-73482011000200012>

Rice, R. (1998). Key Concepts of Self-Care in the Home: Implications for Home Care Nurses. *Geriatric Nursing*, 19(1), 52–54.

Rice, Robyn. (2006). *Home care nursing practice: Concepts and application* (4th ed.). Mosby Elsevier.

Roberts, T. J., Gilmore-Bykovskiy, A., Lor, M., Liebzeit, D., Crnich, C. J., & Saliba, D. (2018). Important Care and Activity Preferences in a Nationally Representative Sample of Nursing Home Residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(1), 25–32. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.06.028>

Rocha, M. do C. A. (2015). *Dependência No Autocuidado Em Contexto Familiar – Estudo Exploratório De Base Populacional No Concelho Da Maia*. Universidade do Porto.

Rogers, E. (1983). *Diffusion of innovation*. Free Press.

Romana, G. Q., Kislaya, I., Salvador, M. R., Gonçalves, S. C., Nunes, B., & Dias, C. (2019). Multimorbidade 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.

Saleh, U. S. (2018). Theory guided practice in nursing. Em *J Nurs Res Pract* (Vol. 2).

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>

Santos, S.S.; Lopes, M.J.; Vidal, D.A.; Gautério, D. P. (2013). International classification of functioning, disability and health: Use in nursing care for the elderly. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(5).

Sapeta, P. (2010). *Cuidar em fim de vida: O processo de interação enfermeiro-doente*. Universidade de Lisboa.

Sapeta, P., & Lopes, M. J. (2006). Cuidar em fim de vida: Factores que interferem no processo de interação enfermeiro doente. *Referência*, 4, 35–60.

Schäfer, I., von Leitner, E. C., Schön, G., Koller, D., Hansen, H., Kolonko, T., Kaduszkiewicz, H., Wegscheider, K., Glaeske, G., & van den Bussche, H. (2010). Multimorbidity patterns in the elderly: A new approach of disease clustering identifies complex interrelations between chronic conditions. *PLoS ONE*, 5(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0015941>

Schwartz, S. M., Day, B., Wildenhaus, K., Silberman, A., Wang, C., & Silberman, J. (2010). The impact of an online disease management program on medical costs among health plan members. *American journal of health promotion: AJHP*, 25(2), 126–133. <https://doi.org/10.4278/ajhp.091201-QUAL-377>

Shaw, L. (2014). Program of All-Inclusive Care for the Elderly. *North Carolina Medical Journal*, 75(5), 344.

Singh, A., & Misra, N. (2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial psychiatry journal*, 18(1), 51–55. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.57861>

Sinnige, J., Braspenning, J., Schellevis, F., Stirbu-Wagner, I., Westert, G., & Korevaar, J. (2013). The prevalence of disease clusters in older adults with multiple chronic diseases—A systematic literature review. *PloS One*, 8(11), e79641. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0079641>

Skinner, E. A. (1996). A Guide to Constructs of Control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 549–570. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.3.549>

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).

Souza Freitas, R., Fernandes, M. H., Da, R., Coqueiro, S., Matos, W., Júnior, R., Rocha, S. V., & Brito, T. A. (2012). Functional capacity and associated factors in the elderly: A population study. *Acta Paul Enferm.*, 25(6), 933–999.

Stanford University., & Center for the Study of Language and Information (U.S.). (1997). *Stanford encyclopedia of philosophy*. Stanford University.

Stolz, E., Mayerl, H., Waxenegger, A., & Freidl, W. (2017). Explaining the impact of poverty on old-age frailty in Europe: Material, psychosocial and behavioural factors. *European Journal of Public Health*, 27(6), 1003–1009. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx079>

Stuart, M., & Weinrich, M. (2001). Home-and Community-Based Long-Term Care: Lessons From Denmark. *Gerontologist*, 41(4), 474–480.

Takayuki, M. (1999). Human Rights, the Right of Self-Determination and the Right to Freedom—Munakata Takayuki; The International Journal for Peace Studies. *The International Journal of Peace Studies*, 4(1).

Tarricone, R., & Tsourus, A. D. (Editors). (2008). Home care in Europe. The solid facts. Em *WHO Regional Office for Europe*. [http://www.euro.who.int/libaccess.lib.mcmaster.ca/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf](http://www.euro.who.int/libaccess/lib.mcmaster.ca/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf).

The Joint Commission. (2008). *Health Care at the Crossroads: Guiding Principles for the Development of the Hospital of the Future*.

The World Bank. (2018). *Labor force participation rate, female (% of female population ages 15+) (modeled ILO estimate) | Data*.

Topaz, M., Golfenshtein, N., & Bowles, K. H. (2014). The Omaha System: A systematic review of the recent literature. *J Am Med Inform Assoc*, 21, 163–170. <https://doi.org/10.1136/ami-ajnl-2012-001491>

UNECE. (2015). Innovative and empowering strategies for care. *UNECE Policy Brief on Ageing*, 15.

UNECE. (2017). *A Sustainable Society for All Ages: Realizing the potential of living longer*. 4th UNECE Ministerial Conference on Ageing.

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

U.S. House of Representatives. (2010). *Compilation of Patient Protection and Affordable Care Act* (09200214:17; pp. 974–974).

Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S., & Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, *102*(13), 1009–1016. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790>

Vanhaecht, K. (2007). *The impact of Clinical Pathways on the organisation of care processes*. Katholieke Universiteit Leuven.

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 well-being. *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. (2000). *Towards an International Consensus on Policy for Long-Term Care of the Ageing*. *Em Ageing anfd Health Programme*.

WHO. (2015). *World report on ageing and health* (Vol. 1). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

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. <https://www.who.int/publications/i/item/world-health-statistics-2019-monitoring-health-for-the-sdgs-sustainable-development-goals>

WHO.int. (2015). *WHO | International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*.

Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. E. S. (2012). The Meaning of "Aging in Place" to Older People. *The Gerontologist*, 52(3), 357–366. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr098>

Wodak, A., & Maher, L. (2010, Maio 27). The effectiveness of harm reduction in preventing HIV among injecting drug users | PHRP. <https://www.phrp.com.au/>. <https://www.phrp.com.au/issues/volume-21-issue-3-4/the-effectiveness-of-harm-reduction-in-preventing-hiv-among-injecting-drug-users/>

World Health Organization. (2012). MHealth New horizons for health through mobile technologies. *Global Observatory for eHealth series*, 3.

World Health Organization - Regional Office of South-East Asia. (2004). *Comprehensive Community-and Home-based Health Care Model*.

World Health Organization Regional Office for Europe. (2016). *From Innovation to Implementation: EHealth in the WHO European Region* (pp. 116–116).