

RESPOSTAS SENIORES DO FUTURO

Um modelo de respostas
especializadas integradas
[Maio de 2021]

ENVELHECIMENTO



UNIÃO DAS MISERICÓRDIAS
PORTUGUESAS



BREVE NOTA INTRODUTÓRIA	4
IDEIAS-CHAVE	8
PORQUE PRECISAMOS DE UM NOVO MODELO PARA O ENVELHECIMENTO?	12
A REALIDADE DAS RESPOSTAS EXISTENTES	15
A MUDANÇA DE ESTRATÉGIA	18
RESPOSTAS RESIDÊNCIAS SENIORES DO FUTURO	26
MODELO INTEGRADO DE RESPOSTAS RESIDENCIAIS	33
ÁREAS BASILARES PARA A EFETIVA MUDANÇA SOCIAL	44
FINANCIAMENTO	57
A OPORTUNIDADE	60
BIBLIOGRAFIA	63
ANEXO 1: PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS: MODELO CENTRADO NA PESSOA	68
ANEXO 2: O LAR DO FUTURO	72

BREVE NOTA INTRODUTÓRIA



UNIÃO DAS MISERICÓRDIAS
PORTUGUESAS

Há mais de cinco séculos que as Misericórdias se entregam a cuidar dos mais velhos, ancoradas nos seus valores e raízes, dos quais cumpre destacar a proteção aos mais desfavorecidos e um sentimento profundo de que, como disse magistralmente em tempos recentes o Papa Francisco, “uma comunidade, um Povo, um Estado que não cuida dos seus idosos é um povo sem futuro, porque quem não cuida das suas memórias não tem futuro”.

Com o advento do Estado Social e mais recentemente em Portugal depois do 25 de Abril, as Misericórdias, juntamente com as outras Instituições Particulares de Solidariedade Social, consagraram-se ao acolhimento de idosos criando uma rede solidária de respostas sociais para o envelhecimento dos quais se destacaram como “pivot” dessa mesma rede, os então designados lares de idosos.

Este movimento concretizou-se e acelerou-se posteriormente, com a assinatura com o Estado, do Pacto de Cooperação Para a Solidariedade Social no XII Governo Constitucional presidido pelo então Primeiro Ministro Eng.º António Guterres.

Ao longo destes 25 anos as Misericórdias e os seus parceiros do setor social/solidário cuidaram exemplarmente dos seus idosos como a recente pandemia tem mostrado.

Mas é verdade também que, ao longo destes 25 anos, mudou não só a percentagem das pessoas idosas na população, como o perfil das pessoas idosas, como os modos de vida da sociedade portuguesa, como o próprio olhar dos portugueses e dos governos sobre os idosos.

E se é verdade que a cooperação tem sido no seu conjunto extraordinariamente positiva, assistimos também ao longo destes 25 anos, por um lado, a uma proliferação de legislação quase sempre dispersa e muitas vezes desfasada da realidade sobre o envelhecimento, mas também, por outro lado, a um contínuo e progressivo degradar pelo Estado da sua responsabilidade constitucional em termos de financiamento.

Assumir a gestão de um lar de idosos e, sobretudo, assegurar a qualidade da prestação de cuidados e por essa via a dignidade e a cidadania dos idosos, tornou-se um exercício de serviço e coragem pública, que o setor estoicamente tem prestado, mas cujo desfecho estava e está, a prazo, fixado se nada se fizer e ficarmos no “pântano enganoso das palavras”.

O Secretariado Nacional da União das Misericórdias Portuguesas tomou então a decisão de produzir um documento que deveria ser visto como uma contribuição séria para inverter esta situação e ao abrigo do Pacto de Cooperação apresentar um conjunto de medidas para a definição de um conjunto de estratégias que as políticas públicas do Estado Português deveriam adotar. Não só para responder ao “tsunami” demográfico em curso, mas também para que os idosos portugueses pudessem aproveitar um quadro de inovação que lhes possa proporcionar a cidadania, a qualidade de vida e a dignidade a que têm direito.

Esse documento teria por base três evidências.

A primeira, é que seria imperioso transferir o “pivot” do acolhimento do lar para o apoio domiciliário, de forma a manter com segurança e conforto os idosos nas suas casas o maior período de tempo possível.

A segunda, é que se impõe apresentar um projeto que chamamos “Lar do Futuro” que, em termos arquitetónicos e em termos de recursos humanos, possa acolher todos os que não já não conseguem permanecer nas suas residências com a mesma segurança e conforto.

A terceira, é criar uma base para desenvolver um modelo de estruturas organizacionais integradas, com verdadeira dimensão social, e que só faz sentido se incluir serviços profissionais delineados em concordância com os direitos e garantias constitucionais da pessoa idosa e que considere as bases científicas do conhecimento em geriatria e gerontologia.

Tudo assente num Plano Integrado de Cuidados (PIC) individual para cada idoso, na formação e na capacitação contínua dos nossos colaboradores e aproveitando quer a transição digital, quer a transição ambiental em curso.

Estávamos a trabalhar neste documento quando fomos surpreendidos pela pandemia. Que se por um lado foi devastadora em todos os aspetos, por outro, tornou completamente evidente que o nosso propósito era agora imprescindível e urgente.

Foi, pois, com essa noção da imprescindibilidade e de urgência que avançamos para o documento que agora apresentamos.

Com a certeza de que é um documento inacabado e em permanente evolução. Que naturalmente suscitará críticas mais e menos virtuosas, mais e menos adesões. Quem está no terreno há mais de 520 anos não tem ilusões a esse respeito. O que sabemos também é que o documento aqui está e não pode ser ignorado. E que a UMP e as Misericórdias serão os primeiros a promover essa evolução.

Mas isso pouco releva perante a satisfação do dever cumprido. Cooperar com o Estado para melhor servir os nossos idosos é um imperativo da missão que abraçamos.

Três notas finais:

A primeira, para dizer que colocamos este documento à subscrição dos nossos parceiros do setor solidário e que por isso deve ser visto como um documento coletivo.

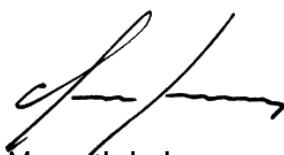
A segunda, é que nenhuma alteração acontecerá se os Ministérios setoriais persistirem em estar de costas voltadas entre si e o setor solidário. Pressupostos e arrogâncias de qualquer tipo só se traduzirão em cuidar pior dos nossos idosos. Importa deixar aqui referido que algumas experiências-piloto em curso têm mostrado que vale a pena percorrer este caminho

conjunto.

A terceira, é que, em nome da transparência, da mais ampla divulgação e da modernidade demos ao documento a forma de um e-book, que será colocado à disposição de todos na página da internet da UMP.

O Presidente do Secretariado Nacional da UMP quer finalmente manifestar o seu agradecimento às centenas de pessoas do setor social (provedores, dirigentes, colaboradores, voluntários) mas também do setor público e do setor privado que com o seu imenso conhecimento contribuíram ao longo dos anos para elaborar, solidificar e dar robustez às propostas que agora fazemos

Romain Rolland escreveu um dia “Fazendo enganamo-nos algumas vezes! Não fazendo enganamo-nos sempre!”



Manuel de Lemos

Presidente da UMP

IDEIAS-CHAVE



UNIÃO DAS MISERICÓRDIAS
PORTUGUESAS

Hoje ter 65 ou mais anos não significa que se seja idoso ou, muito menos, que se necessite do apoio de respostas sociais.

Em contrapartida, ter muitos anos e /ou perdas devidas a esses muitos anos (função, doença e/ ou capacidades cognitivas) não inibe o desejo e o direito de “viver a vida” e manter a qualidade da vida.

Os lares são hoje residência de pessoas com muitos anos, duas ou mais doenças crónicas, deterioração cognitiva e mesmo demência, com necessidades evidentes de cuidados de saúde não reconhecidas oficialmente.

A doença crónica implica gestão e continuidade das intervenções, a inexistência total no País de um plano de cuidados integrados na doença crónica, e em qualquer processo de prestação de cuidados, produz resultados desarticulados ineficientes e sem coerência temporal.

É fundamental implementar a nível nacional um plano individual de continuidade de cuidados, partilhado pela equipa prestadora em cada momento, transversal ao percurso de vida da pessoa e instrumento de continuidade de todas as intervenções.

Um processo de continuidade de cuidados baseado no plano individual de cuidados (PIC), simples e eficiente, permite partilhar, ao longo do percurso de cada utente, a listagem de problemas, análise e intervenções. Além de registar e fornecer dados para uma gestão individual, também agrega informação sobre a realidade institucional e nacional.

Idosos são cidadãos que têm direito a ter uma vida com qualidade, liberdade, autonomia de decisão, dignidade e cidadania.

PROJETO GLOBAL: SER BOM ENVELHECER EM PORTUGAL

- Retardar ou evitar a institucionalização, garantindo respostas adequadas à funcionalidade do indivíduo em cada momento da sua vida
- Conceber novos conceitos residenciais direcionados para diferentes momentos de funcionalidade ao longo do processo de envelhecimento
- Consolidar um projeto social nacional que valorize um envelhecimento apoiado e feliz
- Promover uma mudança nos padrões de cultura que caracterizam a área sénior e dos idosos em Portugal

A mudança tem bases em arquitetura e ambiente, recursos humanos e formação, mudança de paradigma e organização geral.

Os profissionais desta área devem ter todas as competências base, existindo em cada unidade

profissionais com competência mais desenvolvida em demência, fragilidade, necessidades paliativas, o que permitirá alocar a complexidade necessária no plano individual de cuidados.

Auxiliares/ajudantes devem desenvolver competências para obter o reconhecimento profissional e o desempenho. A estratégia global para esta profissão com maior desempenho deve passar pelas seguintes áreas:

- Geriatria
- Manutenção e mobilização
- Treinos e animação em prática de AVD
- Demência
- Cuidados base de saúde

COBERTURA DAS NECESSIDADES EM SAÚDE

O envelhecimento está associado a doença crónica e fragilidade com claras necessidades de saúde. As respostas para o envelhecimento têm que estar munidas de meios para promover a saúde e a prevenção da doença e assegurar aos idosos, de forma constante, os cuidados médicos, de enfermagem e de reabilitação.

A fase de terminalidade e as necessidades paliativas devem ser acompanhadas por competências clínicas espirituais e pessoais, com equipas com competência em necessidades paliativas, reflexão ética, promotoras da adequação de procedimentos e opções nesta fase da vida.

GARANTIA DE CUIDADOS DE SAÚDE NA INSTITUIÇÃO

A cobertura de cuidados de saúde é uma lacuna determinante nestas instituições, à crescente necessidade de cuidados de saúde dos idosos não correspondeu uma resposta organizativa clara.

Teoricamente, o SNS daria esta resposta já que as pessoas em SAD ou ERPI são cidadãos com direito a cobertura pelo SNS. No entanto, esta não é a realidade em todo o País e é esta falsa cobertura que implica, na realidade, uma não cobertura.

É assim prioritário esclarecer nacional e localmente a ligação do SNS com estas estruturas. Admitimos soluções variadas e adaptadas a cada local, que têm de ser claras e contratualizadas caso a caso.

Propomos assim um acordo de cooperação entre o centro de saúde local e a instituição, em que, com base numa fórmula padrão, seja calculada a cobertura médica e de reabilitação e contratualizada por escrito a prestação ou o pagamento, se tal não for viável.

GARANTIA DE ACESSO A CONSULTAS MCDT E URGÊNCIA

A dificuldade de acesso a consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) implica uma utilização exagerada da urgência pelos idosos, que normalmente é mal respondida, fonte de desconforto e raramente solucionadora do problema para o utente, com sobrecarga muitas vezes encarada como não adequada pelo hospital.

Na realidade, os idosos são os grandes utilizadores das urgências dos hospitais de agudos, justificando plenamente uma resposta da organização hospitalar estruturada, com médicos de referência quer na consulta, quer na urgência, responsáveis da continuidade do PIC interna e externamente e garantes do acesso e eficiência de referenciação interna, com fortes ligações à comunidade e servindo de pivot no serviço de urgência, facilitador da comunicação e da eficácia do sistema.

PORQUE PRECISAMOS DE UM NOVO MODELO PARA O ENVELHECIMENTO?



UNIÃO DAS MISERICÓRDIAS
PORTUGUESAS

PORQUE PRECISAMOS DE UM NOVO MODELO PARA O ENVELHECIMENTO?

Os conceitos legais em vigor consideram idosos todos os indivíduos com 65 ou mais anos, independentemente do seu estado de saúde ou da sua capacidade física e intelectual. É um conceito cronológico e não funcional, porque hoje ter 65 anos ou mais não significa que se seja idoso ou, muito menos, que se necessite do apoio de respostas sociais.

Somos também uma "mosaic society" em que, cada vez mais, a população portuguesa é um mix social de etnias e religiões, em muitos casos com problemas de integração social.

É assim fundamental estruturar as políticas públicas para o envelhecimento como um processo integrado e não como uma idade cronológica, cuja origem remonta a estudos franceses dos anos 70.

A mudança objetiva do perfil cultural dos idosos está já a acontecer com uma grande parte da "Geração Silêncio" nestas respostas, mas também com a entrada da nova geração de "Baby Boomers", muito mais exigente.

O típico lar é um mix onde está o idoso pobre cujos filhos foram para a grande cidade, o idoso desinserido que o Estado coloca no lar ao abrigo do sistema de reserva de vagas, o velho inseguro que tem medo de morrer em casa e que ninguém o socorra, o idoso doente que teve alta do hospital, mas ninguém quer ou consegue ter em casa, o africano que envelheceu em Portugal e que não tem qualquer retaguarda, o demente que a família não consegue balizar ou o idoso da classe média que acreditou que as suas poupanças o poriam a coberto de qualquer desgraça social e que ocupou a vaga, na base do "just in case" porque viu à sua volta que o "just in need" não funciona.

Os lares são hoje residências de pessoas com muitos anos, duas ou mais doenças crónicas, deterioração cognitiva e mesmo perda funcional grave, necessitadas de cuidados interdisciplinares, cuidados de saúde e, em determinada altura, de cuidados paliativos e sempre bio-psico-sociais, de acordo com as suas necessidades ao longo do processo de envelhecimento.

Precisamos há muito tempo de um novo modelo porque o existente é desajustado e, em última instância, apenas reativo, sendo basilar um modelo preventivo, com respostas especializadas e integrado em todo o tempo, que seja por si só uma forma segura de viver o envelhecimento.

Porque o atual modelo não consegue fazer o reconhecimento efetivo da realidade dos idosos, desde as suas capacidades, diferenças, complexidades e necessidades nos vários escalões, tipologias e funcionalidades.

Porque a cobertura de resposta a toda a população idosa no território nacional não existe.

Porque a cobertura das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) a idosos em casa é uma falácia, bastando ver-se a descrição concelhia de recursos humanos versus população

PORQUE PRECISAMOS DE UM NOVO MODELO PARA O ENVELHECIMENTO?

servida para diagnosticar o quanto a realidade é frágil.

Porque tão grave como esta ausência de apoio, é a assunção de uma cobertura global do SNS, o que leva ao não pagamento de apoios pela Segurança Social e não efetiva a cobertura pela Saúde, implicando uma real ausência de cuidados adaptados, colmatada com elevado esforço financeiro e organizacional pelas instituições com respostas residenciais e outras.

Pela inexistência total de um plano de cuidados integrados na doença crónica e no processo de envelhecimento, não existindo lógica de continuidade fundamental na vida das pessoas.

Porque assistimos à desarticulação completa entre serviços de saúde, serviços da segurança social e prestadores de cuidados, latente sempre que há recurso a consultas ou meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e de forma absolutamente dramática na ida às urgências hospitalares, onde as ajudantes de lar são vilipendiadas, as instituições desautorizadas e humilhadas e os utentes mal avaliados.

Porque as respostas sociais existentes, além de ultrapassadas no tempo, acusam uma desadequação arquitetónica e funcional que prejudica o projeto de vida do idoso. Estas circunstâncias representam, em última análise, um custo financeiro para todos os cidadãos.

Porque a velhice responde não somente a determinantes biológicos, mas também a fatores sociais e psicológicos, sendo que o ser humano é o resultado final das interações que estabelece com outros seres humanos, desde que nasce até à sua finitude, ou seja, somos e seremos sempre gregários e disso depende a nossa felicidade.

Porque os seres humanos dependem de uma relação espaço-temporal interiorizada de estímulos sensoriais e respostas motoras, como resultado de uma aprendizagem psicossocial mediatizada, logo interativa, baseada em funções cognitivas, por isso, prestar cuidados centrados meramente na tarefa e não na pessoa em si já não pode ser mais a resposta.

Porque mais do que cuidados de higiene e alimentação os idosos são cidadãos que têm direito a ter uma vida e, independente das perdas que a idade lhes acarreta, querem e devem ter em todas as circunstâncias apoios e suporte para um envelhecimento ativo e fornecedor de qualidade de vida.

A REALIDADE DAS RESPOSTAS EXISTENTES



UNIÃO DAS MISERICÓRDIAS
PORTUGUESAS

A REALIDADE DAS RESPOSTAS EXISTENTES

Em todas as respostas existentes, as práticas são muitas vezes orientadas pelos regulamentos e os horários rigidamente disciplinados, que encaram o utente apenas como um recetor de serviços, não promovendo em muitos casos a construção de relações de qualidade, intensas e significativas entre os elementos da instituição e a pessoa cuidada. Não fosse a afetividade e a ternura de muitos dirigentes e colaboradores e as respostas apenas promoveriam cuidados essenciais.

Os **LARES/ERPI** são hoje residências de pessoas com muitos anos, muita experiência e pouca felicidade. O tão falado “envelhecimento ativo e participado” é apenas uma miragem num modelo obrigado em cumprir normas há muito ultrapassadas e que se centra nas equipas e não nos utentes. Veja-se, por exemplo, a obrigatoriedade rígida de fixar e cumprir horários de refeições.

As regras contribuem para a fragilização da identidade do indivíduo e fomentam reações defensivas que aceleram o processo de envelhecimento, uma vez que não salvaguardam a privacidade do indivíduo, não promovem a sua participação no processo de cuidado, nem a opção de escolher, e não valorizam o indivíduo enquanto ser relacional e de afetos, preocupando-se apenas com a tarefa, porque é isso que é avaliado.

Os **LARES/ERPI**, em muitos casos, promovem mesmo a perda gradual dos direitos de cidadania, privacidade e liberdade, onde se impõem horários e práticas grandemente balizados e impostos pelas regras em vigor e pelo pré-conceito erróneo sobre o que é envelhecer.

O modelo existente, de facto, gera pouca privacidade e um tratamento impessoal. O dia-a-dia é monótono e rotineiro e em algumas estruturas escasseiam relações interpessoais socialmente válidas. Os idosos perdem a sua liberdade de escolha e de decisão com a institucionalização.

Paralelamente, quando surgem quer necessidades especializadas e complexas (como a demência com a inevitável cobertura médica, neuro psicológica e de competência comportamental, ou a terminalidade com profundas implicações éticas), que necessitam de clínicas de suporte espiritual e de organização, quer a doença crónica (com necessidade de suporte de saúde, prevenção primária, secundária e terciária e de gestão e continuidade de cuidados), as regras não preveem resposta.

Os **CENTROS DE DIA**, financiados como espaços de encontro de idosos autónomos e independentes, que nunca evoluíram para uma resposta que cumprisse essa funcionalidade junto dessa população, sem tipologia alternativa de apoio à autonomia, sem suporte horário das famílias ou reabilitação física e cognitiva, que necessitam de poder cuidar em horários flexíveis, mas de cobertura alargada, ser possuidores da complexidade técnica para a manutenção e reabilitação física e neurológica, não invalidando as necessidades de pessoas sós e/ou de famílias com necessidade de suporte em horário parcial ou mesmo total. Em muitos casos,

A REALIDADE DAS RESPOSTAS EXISTENTES

transformaram-se nas “antecâmaras” dos lares/ERPI, muitas vezes na esperança de, assim, se obter uma vaga.

Em vez disso, os **CENTROS DE DIA** podem, em articulação com o SAD e a ERPI, proporcionar respostas que se completam e apoiam na qualidade de vida, quer a quem vive em família quer quem com este recurso consegue manter-se em casa.

O **SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO (SAD)**, que em muitos casos não cobre os sete dias por semana, não permite a flexibilidade de serviços a um universo diverso e complexo que vai do muito idoso, com ou sem fragilidade geriátrica, até ao doente estável, passando pelo doente crónico com necessidade de monitorização, controlo clínico e ligação facilitada por telemedicina à especialidade hospitalar, ou pelo dependente físico com necessidade de apoio em AVD ou IAVD ou simplesmente de suporte por tecnologias de apoio, ou ainda para o cidadão com défice cognitivo ligeiro ou fase inicial de demência, necessitando de suporte, supervisão e apoio executivo. Todos eles procurando no SAD a manutenção da sua normal qualidade de vida (convívio, afetos, interações, objetivos, atividades lúdicas) na sua própria casa.

Onde o suporte de saúde das ECCI muitas vezes não passa de uma miragem, onde os cuidados médicos e de enfermagem não são sequer compartilhados se prestados por outros prestadores e que, finalmente, não pode prestar serviços a um cidadão que enviuvou e que, mesmo saudável e autónomo, pede ajuda nas tarefas e alimentação.

As **UNIVERSIDADES OU ACADEMIAS SÉNIOR**, sem visibilidade social e sem conexão óbvia às restantes respostas para o envelhecimento e que deviam ser o complemento permanente dos lares/ERPI, dos centros de dia e dos SAD.

A **REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI)**, que tem problemas conhecidos e objetivos de referenciação, que apresenta ocupações por sazonalidade apenas porque há períodos de férias dos elementos responsáveis pela integração nas vagas, e que conta com um financiamento absolutamente desadequado. Sendo as tipologias ainda adequadas, necessita profunda reavaliação da referenciação por critérios de temporalidade expectável e não da complexidade da intervenção.

Os **CUIDADOS PALIATIVOS/TERMINALIDADE NEC PAL** são a opção inteligente e sensata de intervenção que Portugal continua a ignorar, numa espécie de negação do inevitável. Tudo agravado pela quase inoperacional Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) após a sua separação da RNCCI.

A MUDANÇA DE ESTRATÉGIA



UNIÃO DAS MISERICÓRDIAS
PORTUGUESAS

A MUDANÇA DE ESTRATÉGIA

Os idosos necessitam de qualidade de vida, dignidade e cidadania. Dar vida aos anos! E hoje tudo isso é possível, mesmo com muitos anos e graus de incapacidade e doença e sabendo que há um momento em que os muitos anos ou a perda global de status físico e cognitivo, aliados a evolução de doenças crônicas, origina um quadro de fragilidade geriátrica caracterizada por infecções repetidas, indicadoras de imunidade comprometida, quedas de repetição, episódios seguidos de agravamento sem recuperação total. Esta é reconhecidamente a fase em que as necessidades de manutenção e conforto se sobrepõem às de intervenção mais aguda.

É aqui que mais se fazem sentir as intervenções não programadas e não integradas num plano coerente de cuidados, originando duas realidades extremas e perniciosas:

- O desejo de “libertação” do próprio e das famílias do sofrimento emocional e peso financeiro.
- A intervenção desproporcionada originando doentes vegetativos, desligados do mundo, com graves perdas de massa musculares, anquiloses e muitas vezes úlceras de pressão (UP) num quadro de suporte artificial por sonda nasogástrica (SNG) e traqueostomia (TQT).

É urgente e fundamental uma atuação sensata, equilibrada e conjunta.

É urgente um plano de envelhecimento assumido e partilhado por todos os intervenientes.

É necessário uma visão global e integrada de todas as respostas para o envelhecimento, que inclua uma equipa focal nas urgências de articulação com unidades de longa duração (ULD) e lares/ERPI, conhecendo o terreno e partilhando os planos individuais de cuidados (PIC) de cada pessoa.

É urgente promover a mobilidade funcional do sénior e idoso dentro do leque de respostas para o envelhecimento, em todo o momento e sempre que tal for necessário.

É importante que a adoção do princípio do *Best Value for Your Money* (o melhor cuidado e mais adaptado, ao menor preço) implique reconhecer quem executa com qualidade e abandonar definitivamente uma pseudo cobertura não real.

Novos planos de cuidados eficazes e securizantes => quem faz o quê = com tarefas listadas com responsável nominal e com horário alocado. Que sejam partilhados entre os diferentes cuidadores.

As respostas para o envelhecimento têm de ser mesmo apoiadas pelos dois Ministérios (Segurança Social e Saúde).

Urge a retransformação urgente dos modelos atuais de funcionamento, especificamente no que toca a estrutura orgânica e funcional, quadros de recursos humanos, envolvimento das famílias e pessoas de referência e liberdade dos utentes.

AUTONOMIA VERSUS DEPENDÊNCIA: ENTENDER A DIFERENÇA PARA ALTERAR O QUOTIDIANO

Embora pareçam similares, entender a diferença entre autonomia e independência faz bastante diferença na prática da manutenção da qualidade de vida dos idosos nas respostas sociais.

É que a autonomia é a capacidade de tomar decisões e planejar os seus objetivos. Tem relação direta com a aptidão mental da pessoa. Já a independência é a capacidade de fazer as suas atividades do dia a dia, sem precisar da ajuda de terceiros.

O idoso, portanto, pode ser autônomo e independente, mas também pode ser apenas autônomo ou apenas independente.

Por isso, é conveniente separar bem as necessidades do idoso de acordo com sua capacidade de autonomia e independência, já que só assim se garante o respeito para com a pessoa adulta.

Culturalmente, a perda de independência faz com que, erroneamente, se comece a ver o idoso como um não-adulto e a importância de este poder continuar a decidir é preservar a sua autonomia e quando a pessoa cessa de tomar decisões, ela acomoda-se e, aos poucos, a sua capacidade de escolha fica mesmo comprometida.

Quando há autonomia, é mais fácil para o idoso reestruturar as suas rotinas perante a ocorrência de declínios funcionais e de perdas que resultam em dependência.

O enquadramento legal atual considera pessoas dependentes as que não conseguem praticar autonomamente os atos imprescindíveis à satisfação das necessidades básicas do dia-a-dia, necessitando da ajuda de terceiros.

Assim sendo, as AVD (atividades da vida diária) dizem respeito não só à capacidade de autonomia do indivíduo ao nível dos autocuidados, mas também na participação na sociedade enquanto cidadão de plenos direitos. Isto é, a pessoa deve poder decidir sobre essas atividades, desde a hora do banho, à forma como ele é dado e por quem, passando ainda pelo direito de sair, visitar, viajar ou ir fazer compras, mesmo estando institucionalizado.

É que a qualidade de vida dos idosos é muitíssimo influenciada pela perda da autonomia, porque ficamos dependentes de outrem, perdemos autoestima e ganhamos apatia ou irritabilidade.

Porém, importa termos sempre presente que a dependência não é um estado permanente, é também um processo dinâmico, cuja evolução se pode alterar e até ser prevenida ou reduzida desde que exista um ambiente e acompanhamento adequados.

A dependência é algo que nos acompanha, de alguma forma ou grau, em todas as fases da vida, já a autonomia é a capacidade individual para a realização da nossa vontade própria e esta

deve ser garantida em todas as circunstâncias.

As respostas institucionais do futuro têm de prestar apoio afetivo, social, relacional e comunicacional com os utentes envolvendo as pessoas idosas na participação efetiva do seu próprio cuidado.

A QUALIDADE DE VIDA NÃO SE CONSEGUE SE AS RESPOSTAS PARA O ENVELHECIMENTO FOREM MERAS PRESTADORAS DE TAREFAS

Qualidade de vida é o nível ótimo de funcionamento físico, mental, social e de desempenho, incluindo as relações sociais, percepções da saúde, bom nível de condição física e satisfação com a vida e bem-estar. (Bowling, 1995)

A Direção-Geral da Saúde, no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e citando a OMS, corrobora a dificuldade em definir qualidade de vida visto considerar que se trata de: “(...) um conceito amplo, subjetivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente.”

É que o conceito de qualidade de vida está relacionado com a autoestima e o bem-estar pessoal e abrange aspetos como a capacidade funcional, o nível socioeconómico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com atividades diárias e o ambiente em que se vive.

Assim, devemos privilegiar também as vertentes de natureza material, emocional, social e de saúde, tentando não sobrevalorizar só a saúde ou só a higiene em detrimento dos restantes aspetos.

Como a qualidade de vida é um conceito multidimensional que pressupõe a correlação de diferentes componentes e condicionantes, cuja relevância dependente não só de parâmetros sociais, como individuais, esta não pode ser garantida com um quotidiano de regras rígidas, horários fixos e procedimentos rotineiros, iguais para todos os idosos.

O quotidiano das respostas sociais para o envelhecimento é regido por normas, regras e rotinas bem definidas, pelo que o estímulo à participação dos residentes nessa ação é fundamental para estreitar laços e reforçar o sentimento de pertença.

Todas as respostas para o envelhecimento devem garantir aos idosos a oportunidade de fazer escolhas e de tomar decisões (princípio da autodeterminação) e a expressarem a sua opinião e os seus desejos, participando no seu próprio quotidiano.

A MUDANÇA DE ESTRATÉGIA

Este trabalho coletivo implica desde já uma mudança estrutural organizacional e individual de mentalidade de todos os intervenientes, desde o Estado, às direções, às equipas técnicas, cuidadores, auxiliares e família porque as novas gerações de idosos não vão aceitar uma vivência de simples execução do banho, da refeição, da limpeza do quarto ou da toma de medicação.

O foco na relação com a pessoa cuidada e na sua qualidade de vida enquanto se desempenham as tarefas, ou seja, a alteração das competências profissionais, é que permitirá o desenvolvimento do sentimento de pertença e o estreitamento das relações promovendo a qualidade de vida de todos.

ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL – DA TEORIA À PRÁTICA

Queremos todos experienciar o envelhecimento como uma nova fase e vivido de forma ativa, com a participação contínua nas questões familiares, sociais, culturais, espirituais, económicas e civis, e não apenas centrados na forma como estamos fisicamente.

Usufruir de um envelhecimento ativo e saudável também não depende apenas das questões da saúde, mas, principalmente, das ações, funções, relações e responsabilidades de cada pessoa. Por isso, cada um é um agente importante na promoção do seu próprio envelhecimento.

Para tal é necessário prevenir a doença e a incapacidade, mas também otimizar o funcionamento psicológico e cognitivo, fazer o apoio físico e maximizar a vontade de viver, mantendo a autonomia, o que implica, mesmo, a participação social.

Garantir um envelhecimento ativo à população idosa implica manter a cidadania, com a participação da pessoa na sociedade, na comunidade e no grupo de forma útil, sentindo que continua a fazer parte, intervindo e contribuindo.

Neste sentido, devem ser alterados os modelos orgânicos de funcionamento das respostas para o envelhecimento, a fim de promover e até permitir uma participação ativa, tanto ao nível familiar, como societal.

Os fatores psicológicos são assim muito importantes para o indivíduo conseguir ultrapassar adversidades e adaptar-se.

Se o processo de envelhecimento conduz a alterações na vida quotidiana, impondo uma adaptação, temos que capacitar para a autonomia no sentido de a pessoa manter o controlo individual e a sua capacidade de decisão.

Temos que cuidar para a independência nas atividades diárias e garantir um estilo de vida saudável, cuidando do estado psicológico, da saúde física, das relações sociais, das crenças

pessoais e das características culturais.

No plano cultural, importará favorecer o enriquecimento que resulta do diálogo entre culturas distintas por corresponderem a tempos diferentes e a códigos axiológicos distintos (turismo sénior, por exemplo).

Não obstante, a principal via para garantir um envelhecimento ativo e saudável consiste na adequada preparação pessoal para o período da idade avançada, isto é, deve começar antes.

Neste sentido, é mesmo da maior relevância estratégica a criação de suporte técnico nas respostas sociais, que apoie à compreensão das etapas de vida humana e na gestão das transições mais difíceis, designadamente a passagem à inatividade, mesmo que a pessoa não esteja integrada em nenhuma resposta social.

Lembre-mos que o envelhecimento ativo e saudável está relacionado com a promoção da autonomia e esta assenta em duas premissas: na prevenção do isolamento social e da solidão das pessoas idosas.

É assim fundamental que se invista nas questões que importam para que continuemos a ser humanos:

- A rede de contactos da pessoa
- A sua capacidade funcional
- As suas relações familiares
- As expectativas relativamente ao que se irá passar quando perderem algumas capacidades e passarem a ser eles a necessitarem do apoio da família
- As relações intergeracionais
- A utilização de serviços de saúde
- As respostas sociais
- Os sinais de mudança (o contributo das novas tecnologias na melhoria da qualidade de vida das pessoas mais velhas)

Naturalmente, a mensagem intergeracional para o envelhecimento ativo e saudável deve ser uma constante, antes, durante e depois da velhice e deve ser trabalhada diariamente junto de todos os cidadãos.

Tendo Portugal já definida uma estratégia bem estruturada para o Envelhecimento Ativo e Saudável desde 2017, apostamos aqui num conjunto de temáticas fundamentais para atingir este objetivo e que devem fazer parte das rotinas e atividades das respostas para o envelhecimento:

A MUDANÇA DE ESTRATÉGIA

- Cuidar e vigiar a pressão arterial
- Evitar a obesidade
- Não fumar
- Fazer exercícios, tipo caminhadas. Haverá melhoria do condicionamento cardiorrespiratório, melhora a libido, a memória, liberta tensão e ansiedade, melhora a qualidade do sono
- Praticar um desporto é muito salutar, como lazer, sem competir
- Eliminar o stress, organizando melhor as rotinas, disciplina para haver enervamentos com coisas pequenas
- Praticar a alegria e a tolerância, dividir responsabilidades, viver sem pressa, ser otimista e ter amor próprio
- Declarar “guerra” ao excesso de triglicérideos e colesterol
- Fazer uma ingestão adequada de vitaminas
- Ter uma alimentação quase sempre saudável e fazer um excesso de vez em quando
- Automedicação proibida
- Polimedicação proibida
- Não aderir a dietas da “moda”
- Controlar a glicémia (açúcar no sangue). A diabetes é uma das maiores causas do envelhecimento precoce
- Cautela com bebidas alcoólicas
- Viver a vida dentro das normas sociais, mas não em função total delas, rejeitando “tabus”, ignorando os preconceitos, sendo “autêntico” e não viver em função do que os outros pensam
- Autovalorizarão, evitando sempre que possível, fazer o que não se gosta
- Exercitar a sexualidade
- Ter um “hobby”, dedicando-lhe tempo a ele
- Conviver com outras pessoas, amigos e familiares, evitando o isolamento e a solidão
- Tirar regularmente férias, fugindo da rotina diária
- Repousar de 6 a 8 horas por dia

A MUDANÇA DE ESTRATÉGIA

- Beber no mínimo 1,5 litro de líquidos diariamente
- Fazer pelo menos 3 refeições ao dia – a mais importante é a primeira
- Exercitar um pouco todos dias a mente: leitura, filmes, estudos, escritas, jogos, palavras cruzadas, conversação e interação com outras pessoas
- Ingerir pouco sal
- Não importa a idade, ter sempre algo para fazer, uma obrigação, um trabalho ou um voluntariado
- Opinar, participar e comandar, ter sempre um “ideal” para ser conquistado ou mantido
- Diariamente, os banhos devem ser frios ou mornos – evitar os banhos muito quentes
- A partir dos 50 anos de idade, consultar o médico pelo menos uma vez por ano. Prevenir é o melhor remédio
- Trabalhar como se fosse viver eternamente, mas viver a vida, garantido a qualidade de vida
- Conhecer os autolimites. O “segredo” da vida saudável e feliz depende muito de andar, trabalhar, amar e cuidar-se

Obviamente que o envelhecimento ativo passa sempre pelas reconhecidas etapas:

- Prevenção primária- descrita acima
- Prevenção secundária – a intervenção atempada, competente e eficaz (os episódios intercorrentes ou agudos)
- Prevenção terciária – intervenção reabilitadora pós crítica
- Prevenção quaternária – intervenção adequada sensata e ética em fases avançadas de doença

Nesta extensa “agenda”, o papel das repostas para o envelhecimento deve ser o de promover ações em conformidade, mas também o de ampliar a sua disseminação, reforçando o seu poder de ação no espaço público.

RESPOSTAS RESIDENCIAIS SENIORES DO FUTURO



UNIÃO DAS MISERICÓRDIAS
PORTUGUESAS

RESPOSTAS RESIDENCIAIS SENIORES DO FUTURO

QUAL A ESTRATÉGIA?

- Focarmo-nos na qualidade de vida dos idosos e das suas famílias e nos seus legítimos direitos de cidadania
- Criar uma ideia global e operativa para resolver o problema das respostas para o envelhecimento em Portugal
- Retardar ou evitar a institucionalização, garantindo respostas adequadas à funcionalidade do indivíduo em cada momento da sua vida
- Conceber novos conceitos residenciais direcionados para diferentes estádios de funcionalidade ao longo do processo de envelhecimento
- Consolidar um projeto social nacional que valorize um envelhecimento apoiado e feliz
- Promover uma mudança nos padrões de cultura que caracterizam a área sénior e dos idosos em Portugal

COMO FAZER?

- Assegurar aos indivíduos e famílias a satisfação de todas as necessidades básicas, de saúde e de socialização ao longo do processo de envelhecimento
- Criar respostas para o envelhecimento que efetuem a promoção da saúde e prevenção da doença
- Prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos indivíduos e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar
- Prestar de cuidados de saúde integrados em todas as respostas para o envelhecimento
- Criar respostas para o envelhecimento que priorizem o bem-estar e a autoestima, combatendo o sedentarismo, inatividade e infelicidade
- Criar respostas sociais que desenvolvam a comunicação e as capacidades criativas dos idosos, consubstanciada em valores e atitudes de autonomia e participação na comunidade

AS BASES DO NOVO MODELO ORGÂNICO DE FUNCIONAMENTO DAS RESPOSTAS RESIDENCIAIS INTEGRADAS PARA O ENVELHECIMENTO

A otimização dos espaços, recursos físicos e acessibilidades das respostas é uma via fundamental para favorecer a autonomia e a integração comunitária dos utentes das respostas

para o envelhecimento.

Em documento anexo apresentamos a arquitetura e o ambiente para as Estruturas Sociais Especializadas Integradas, as futuras ex-ERPI, onde são apresentadas soluções arquitetónicas que reúnem um conjunto de características e especificidades que respondem em pleno às ideias operativas de um novo modelo para o envelhecimento.

Estas ideias incluem as vertentes de integração, especialização, articulação e também tecnologia, contemplando um modelo de respostas integradas.

Mas para além da arquitetura e do ambiente, a influência do quotidiano institucional é grande na vida das pessoas e quanto mais as rotinas e as regras da instituição são rígidas, mais as pessoas se sentem sós e, consequentemente, deprimidas.

O atual modelo de “regras rígidas” é imposto pelos inúmeros normativos em vigor, de diversas áreas ministeriais, que vão desde a fixação de horários para refeições à restrição de utentes na cozinha, à proibição da coexistência com animais de estimação, a modelos de fiscalização que apenas contabilizam quantitativamente tarefas, horas e número de recursos humanos executantes, descurando totalmente a qualidade relacional dentro das estruturas residenciais ou o nível de satisfação dos utentes.

O modelo de “regras rígidas” é também muito alimentado pelas próprias famílias, que assumem um controlo autoritário sobre o seu idoso, com a pretensão de achar que podem impedir as suas vontades e exigindo à instituição a sua “guarda” contida dentro da instituição denotando, também, um grande desconhecimento sobre a institucionalização e o processo de envelhecimento.

De facto, para algumas instituições, com o tempo, foram sendo impostos procedimentos que visam, acima de tudo, salvaguardar a própria instituição dos técnicos da segurança social, dos técnicos da ASAE e até das próprias famílias.

O sistema tornou-se centrado na verificação de critérios de salvaguarda para todos os intervenientes e ficou em segundo plano o superior interesse dos idosos.

Não sendo a culpa de ninguém, mas de todo um padrão de cultura complexo que se foi cristalizando com o tempo, é agora obrigação de todos exigir e executar esta mudança.

O QUE PRECISA SER GARANTIDO?

Para que as dimensões física, psíquica, intelectual, espiritual, emocional, cultural e social da vida de cada idoso possam por ele ser desenvolvidas sem limitações dos seus direitos fundamentais à identidade e à autonomia é urgente:

RESPOSTAS RESIDENCIAIS SENIORES DO FUTURO

- Alterar a legislação em vigor em todas as suas áreas ministeriais e organizacionais que envolvam as respostas para o envelhecimento. Esta mudança legislativa deve ser incentivadora de uma cultura radcada na constante preocupação pelo respeito, promoção e defesa dos direitos humanos dos residentes, base fundamental do seu bem-estar e qualidade de vida.
- Disseminar a qualidade de uma cultura de pensamento e ação, ao nível institucional e pessoal sobre o envelhecimento, traduzida na conceção e concretização de boas práticas, a todos os níveis. Junto dos organismos do Estado, das instituições, das famílias e dos utentes.
- As respostas para o envelhecimento têm que estar munidas de meios para promover a saúde e a prevenção da doença e assegurar, de forma constante, os cuidados médicos, de enfermagem e de reabilitação de que os residentes necessitem. Para tal, urge fixar protocolos de funcionamento das respostas também com o Ministério da Saúde de forma a serem assegurados os recursos humanos especializados para a concretização deste objetivo.
- Definir a obrigatoriedade da garantia de acompanhamento dos residentes a apoio psiquiátrico, psicológico, terapia da fala, fisioterapia, terapias de reabilitação, entre tantas outras, de acordo com a avaliação diagnóstica de cada utente. À semelhança do ponto anterior, é igualmente determinante que haja protocolos de funcionamento das respostas também com o Ministério da Saúde.
- A família deve ser obrigatoriamente envolvida e responsabilizada nas respostas para o envelhecimento, tendo um papel muito importante uma vez que, melhor que ninguém, conhece o trajeto e evolução da situação do residente. Sem horários de visita, apenas 2 regras devem existir: a vontade do utente em receber a visita e o facto de não se interromper o sono de nenhum utente.
- A família deve ser trabalhada desde o primeiro momento para participar ativamente no quotidiano da resposta, desde o acompanhamento a consultas, participação na higiene do utente caso seja esta a sua vontade e possibilidade de fazer as refeições com o idoso dentro da resposta residencial, por exemplo.
- O estímulo à participação dos residentes no quotidiano da resposta deve ser instituído enquanto estratégia de funcionamento basilar para estreitar laços e reforçar o sentimento de pertença.
- Os residentes devem ser envolvidos na preparação das refeições quando tiverem esse interesse e capacidade para executar as tarefas relativas a esta atividade. O mesmo se aplica à limpeza dos quartos e espaços interiores e exteriores, por exemplo.
- As respostas residenciais para o envelhecimento devem ter como objetivos principais

uma melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e das suas famílias (assegurando a satisfação de todas as necessidades enquanto se prestam cuidados de ordem física e apoio bio-psico-social personalizados e diferenciados) de modo a contribuir para o seu equilíbrio e felicidade. O objetivo não é alimentar, lavar e tratar.

- O modelo orgânico de funcionamento deve ser ancorado na dignidade da pessoa humana, na preservação da sua autonomia e no direito à participação e desenvolvimento vital enquanto permanecer na resposta.
- O modelo orgânico de funcionamento deve assentar nos princípios da gerontologia moderna e nos direitos humanos como a proteção da vida, o respeito pela autonomia e a liberdade.
- Cada utente é um ser individual, com particularidades humanas únicas e características identitárias, necessidades, hábitos, preferências e desejos que lhe conferem uma singularidade que será, sempre, obrigatoriamente respeitada.
- O modelo orgânico de funcionamento tem de assentar, assim, em princípios fundamentais:
 - a. Os cuidados deverão ser compreendidos e aceites pela pessoa, tanto quanto possível, sendo a mesma envolvida na sua realização de modo a promover a sua autonomia e sentimento de utilidade.
 - b. O dever de todos os funcionários e familiares de respeitar as particularidades, hábitos, gostos e preferências da pessoa, preservando a sua privacidade que nunca deverá ser violada.
 - c. A promoção da verticalidade da pessoa, tanto quanto possível, se não houver contraindicação clínica.
 - d. Abertura da estrutura social para o exterior, sempre em interação com a comunidade, família e pessoas significativas.
- A atuação dos profissionais na prática cuidativa deve ser sempre inspiração humanista e ética, através de ferramentas e formas concretas de colocar em prática vários princípios fundamentais , como por exemplo:
 - a. O respeito pelo domicílio, quarto e espaço da pessoa.
 - b. Anunciar-se antes de entrar no domicílio, quarto e espaço da pessoa, evitando abordagens surpresa.
 - c. Negociação dos cuidados, pedindo autorização à pessoa para a sua realização.
 - d. Respeito pelo sono dos residentes com regras flexíveis de adaptação às necessidades

da pessoa, evitando acordá-la.

- e. Utilização de instrumentos e técnicas adequadas que evitem o risco de lesões músculo-esqueléticas, tanto na pessoa cuidada como no cuidador profissional.
- f. Contenções só medicamente justificadas e devidamente formalizadas.
- g. Prevalência e foco na interação e relação entre as pessoas (colaboradores-residentes; residentes-residentes, residentes-família, residentes-outras pessoas significativas).
- h. Cuidado centrado na pessoa e na relação com a pessoa e nunca na tarefa em si.

Esta mudança de modelo orgânico de funcionamento e de metodologia de cuidados, apenas será possível com um enorme investimento nos recursos humanos das respostas para o envelhecimento, criando uma nova dimensão dos recursos humanos, especialmente nas respostas residenciais para idosos.

Porque os recursos humanos são a base do serviço prestado: as qualidades dos cuidados prestados estão intimamente ligadas à qualidade humana daqueles que os prestam.

Assim, para além das capacidades técnicas e académicas, devem ser valorizadas as características pessoais como a sensibilidade, afetividade, idoneidade, humanismo, abertura e disponibilidade para interagir com o outro, pondo fim ao mito que “toda a gente consegue cuidar de idosos”.

Importa então reformular estruturalmente as equipas das respostas para o envelhecimento:

- Todo o processo de seleção dos colaboradores, remunerados ou voluntários, deverá ser orientado para o objetivo de escolher aqueles que, pela sua capacidade técnica e qualidade humana, assegurem o respeito pelos direitos dos residentes e o seu bem-estar.
- Reconhecer o cuidador formal/profissional eliminando a denominação das categorias redutoras de “ajudantes de lar”, “ajudantes de ação direta” ou “ajudante familiar”, alterando a equipa central para “cuidadores formais ou profissionais”.
- Garantir formação e capacitação imediata de todos os colaboradores para a mudança e novo modelo: saber executar a tarefa é tão importante como entender e avaliar o impacto que ela terá na pessoa.
- As respostas devem ter equipas multidisciplinares que integrem obrigatoriamente médicos, psicólogos, nutricionistas e técnicos de motricidade ou reabilitação. No caso dos profissionais de saúde, estes podem ser assegurados diretamente pelo SNS ou em sede de contratualização.
- A equipa de cuidadores profissionais, com formação e devidamente capacitada, a qual garante o bem-estar diário de todos os utentes, através da sua integração social, da

promoção das suas relações interpessoais e/ou familiares e do fomento de um envelhecimento ativo, saudável e feliz tem de ser bem remunerada .

- Financiamento maciço para desenhar uma estratégia nacional que alcance a criação e recapacitação destas equipas, para um impulso acelerado, que faça expandir e reconceituar os cuidados em casa e também nos novos modelos de cuidados residenciais integrados.

MODELO INTEGRADO DE RESPOSTAS RESIDENCIAIS



UNIÃO DAS MISERICÓRDIAS
PORTUGUESAS

MODELO INTEGRADO DE RESPOSTAS RESIDENCIAIS AS RESPOSTAS



MODELO INTEGRADO DE RESPOSTAS RESIDENCIAIS

CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

Promover o conceito de Independent Living

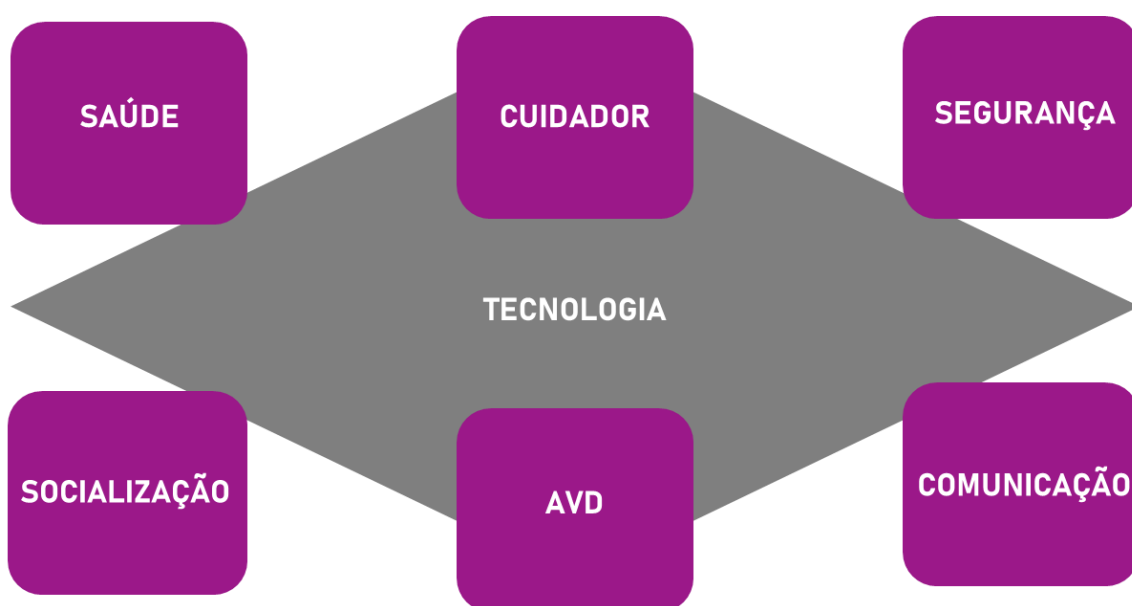


Cuidados domiciliários

O serviço de apoio domiciliário (SAD) permite a permanência das pessoas no seu meio natural de vida, com os seus afetos e pertences, com possibilidade de novos relacionamentos por via dos cuidadores formais e informais. O SAD requer mesmo que a flexibilidade da intervenção deva ser uma possibilidade na gestão dos cuidados à pessoa mediante a natureza dos tipos de cuidados domiciliários:

- Os cuidados quotidianos, “the care”, cujo objetivo está centrado nas atividades que garantem alguma autonomia e que são essenciais ao funcionamento humano como: beber, comer, lavar-se, evacuar, mobilizar-se. A prestação deste tipo de cuidados possibilita o desenvolvimento da pessoa, mantendo a sua autoimagem e permitindo a relação com tudo e com todos.
- Os cuidados de reparação, “the cure”, ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida e que têm como objetivo combater as fragilidades físicas e psicológicas, isto é, atacar as suas causas (adaptado de COLLIÉRE, 1989).

6 VERTENTES DE APOIO COADJUVADAS COM TECNOLOGIA



MODELO INTEGRADO DE RESPOSTAS RESIDENCIAIS

CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

Após avaliação do utente e de acordo com as suas necessidades:

SAÚDE

- Consultas e atos médicos específicos no contexto do utente
- Atuação na componente reabilitativa

SEGURANÇA

- Diagnóstico das condições habitacionais
- Serviços de manutenção e adaptação da residência (oficina domiciliária)
- Sistemas de vigilância inteligente

SOCIALIZAÇÃO

- Socialização efetiva da pessoa considerando as redes de suporte social (formais e informais)
- Criação de oportunidades de participação social

COMUNICAÇÃO

- Rede de comunicação fechada, acessível e simplificada a utilizadores autorizados e aos demais intervenientes do processo de SAD
- Agilização e facilitação da comunicação com órgãos e estruturas governamentais ou da comunidade

CUIDADOR

- Informação, integração em rede e capacitação ao cuidador
- Segurança e controlo do próprio cuidador
- Descanso do cuidador
- Serviços dedicados ao cuidador em si
- Promover a saúde dos cuidadores (unidades móveis de saúde)

AVD

- Cuidados básicos
- Tratamento de roupas (lavandaria)
- Higiene habitacional
- Atividades instrumentais da vida quotidiana como aquisição ou apoio na aquisição de bens

MODELO INTEGRADO DE RESPOSTAS RESIDENCIAIS CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

e serviços

TECNOLOGIA

O uso da tecnologia para manter os utentes ativos, integrados e independentes, compensando declínios, mantendo capacidades funcionais associadas à idade e restabelecendo a autonomia.

MODELO AVANÇADO DE SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

A União das Misericórdias Portuguesas (UMP) apresentou um modelo avançado de serviço de apoio domiciliário (MAiSAD), que prevê uma resposta integrada e permanente aos idosos, com soluções ao nível da saúde, socialização, segurança, comunicação, atividades de vida diária, apoio aos cuidadores informais e uso de tecnologia no domicílio. O modelo avançado de SAD, desenvolvido em parceria com as Universidades de Coimbra, Porto e Lusófona.

O ponto de partida deste trabalho foi conhecer a realidade específica das Misericórdias, através de um inquérito lançado em novembro de 2019 (atualizado em janeiro de 2020). Os dados apurados junto de 312 Misericórdias revelaram uma realidade que já muitos conhecem: idosos dependentes (58% com dependência parcial ou total), falta de retaguarda familiar e necessidade de acompanhamento permanente no domicílio, sem limitações de horário.

A juntar a estes elementos, foi possível apurar outros dados que vieram comprovar a atual desadequação entre os serviços prestados e as necessidades dos utentes, onde se destaca a taxa de ocupação (79%) inferior à capacidade máxima e um elevado número de utentes de SAD que recorre a outros serviços prestados fora da rede das Misericórdias (70%).

Para a equipa a coordenar o estudo, a necessidade de implementar um modelo avançado de SAD decorre dessa desadequação e da urgência em rever as políticas de envelhecimento. A nova geração de idosos, nascida após a segunda guerra mundial, procura serviços diferenciados que vão de encontro às suas necessidades básicas, mas também de lazer, socialização e manutenção da qualidade de vida enquanto recurso ativo na sociedade.

Serviços que nem sempre encontram no universo das Misericórdias, como revela o estudo da UMP. Cerca de 70% dos utentes de SAD recorre a serviços de acompanhamento noturno (55%) e ao final do dia (9%), enfermagem (18%), fisioterapia (9%) e acompanhamento a consultas (9%), assegurados por prestadores públicos e privados.

Estas limitações de horário e oferta disponível, assim como a rigidez do atual modelo, que exige a contratualização mínima de dois serviços para aceder à comparticipação da Segurança Social, instam, nalguns casos, as famílias a optar pela institucionalização numa estrutura residencial quando não há condições de habitação ou meios para contratar um cuidador permanente.

MODELO INTEGRADO DE RESPOSTAS RESIDENCIAIS

CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

A solução apresentada pela UMP, em colaboração com os parceiros das universidades, passa pela construção de um “modelo único e pluridimensional” que permite flexibilizar a resposta no terreno, com uma oferta alargada de serviços orientados em sete eixos: saúde, segurança, socialização, comunicação, cuidador informal e tecnologia.

Em complementaridade, estes sete vetores permitem adiar o agravamento de doenças crónicas e dependências (saúde), prevenir situações de risco e riscos de queda (segurança), garantir a participação ativa na sociedade (socialização), a manutenção de uma rede de apoio alargada (comunicação), a satisfação das necessidades básicas (AVD) e a capacitação dos cuidadores (cuidador informal), com dispositivos tecnológicos no domicílio (tecnologia).

Depois de aferidas as principais necessidades, o modelo pressupõe a prestação de cuidados centrados no utente através da monitorização de sinais vitais, reabilitação e atos médicos, diagnóstico de situações de risco, formação contínua, participação em atividades culturais, redes de voluntariado, formação a cuidadores e dispositivos de vigilância e apoio remoto.

Esta diferenciação de serviços vai permitir ir ao encontro das exigências identificadas junto dos utentes, que decorrem da necessidade de um maior acompanhamento perante a progressiva perda de autonomia.

Este projeto foi desenvolvido no âmbito do projeto de Capacitação da UMP, financiado pelo POISE. O próximo passo consiste na implementação do estudo junto de um grupo restrito de Misericórdias, de modo a avaliar os principais obstáculos e benefícios do “modelo preventivo” (tradicional) e “reativo” (avançado).

MODELO INTEGRADO DE RESPOSTAS RESIDENCIAIS

RESIDÊNCIAS APOIADAS/CASAS PARTILHADAS

Promover o conceito de Independent Living



Residências
Apoiadas/Casas
Partilhadas

Estes modelos de apoio sénior têm por objetivo valorizar os critérios de diferenciação dos próprios utentes, isto é, um conjunto de pessoas devidamente selecionado, que reside num mesmo apartamento ou casa de acordo com os interesses comuns que os próprios escolheram.

Têm um carácter residencial grupal, recomendando-se uma dimensão reduzida em capacidade de utentes (5 a 8 utentes máximo).

Estes modelos residenciais são apoiados pelo SAD, evitam o isolamento, facilitam a socialização e promovem o projeto gerontológico grupal, seja por se tratar de um grupo de amigos, um grupo com profissões similares, um grupo com a mesma origem geográfica.

Estes modelos são completamente inovadores, diferenciando-se por completo da atual oferta de mercado em Portugal e devem permitir uma total flexibilidade ao nível dos recursos humanos, isto é, grupos autónomos apoiados só pelo SAD e grupos mais dependentes devem permitir 1 ou 2 cuidadores em permanência se necessário.

Fala-se de uma casa partilhada ou de um apartamento apoiado, que funciona como uma “aldeia global”, cujo padrão cultural é coincidente entre moradores.

Proporcionam privacidade total aos seus utilizadores na medida em que reconhecem as características próprias e únicas de cada pessoa, especificamente o seu grau de autonomia ou o seu grau de dependência.

O modelo apresenta vários fatores de inovação dado que estas **RESIDÊNCIAS APOIADAS** possuem todo o tipo de serviços de apoio em permanência, desde os cuidados de saúde, serviços de alimentação, entre outros.

O conceito imobiliário é simples, limitando-se ao custo da renda e do valor dos serviços domiciliários, que pode ser partilhado pelos utentes.

A experiência e resultados das “Repúblicas Seniores” são bem conhecidas, comprovadas que estão as suas vantagens para combater a pobreza e o isolamento urbano.

Toda a estrutura de funcionamento envolve a família dos residentes, bem como o seu relacionamento com a comunidade exterior.

MODELO INTEGRADO DE RESPOSTAS RESIDENCIAIS

LARES/ESTRUTURAS SOCIAIS DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS INTEGRADOS

Promover o conceito de Independent Living



Lares/Estruturas
Sociais de Cuidados
Especializados
Integrados (ESCEI)

Os **LARES/ESTRUTURAS SOCIAIS DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS INTEGRADOS (ESCEI)**, que designamos os **LARES DO FUTURO**, são alojamentos coletivos, temporários ou permanentes, para pessoas idosas em situação de risco de perda da sua independência ou autonomia total, resultantes da reestruturação dos atuais lares/ERPI ou de novas construções.

Destinam-se essencialmente a indivíduos com algum grau de dependência e cuja resposta de apoio em SAD ou residência apoiada já não se coaduna com as suas necessidades.

Esta resposta deve ser pensada acoplada às repostas anteriores, aumentando o seu significado social em termos de adequação e integração, podendo ser adaptada e direcionada em todo o momento para as necessidades funcionais dos indivíduos.

Os lares/ESCEI têm que integrar espaços no edificado que sejam específicos para estas vertentes, como sejam os cuidados de saúde a pessoas com dependência, a manutenção e reabilitação da população com demências, a manutenção da autonomia das pessoas com dependência menor, a capacitação para uma vida social ativa dos mais independentes funcionalmente.

Devem funcionar num edificado que, embora tenha diferentes dimensões na abordagem ao envelhecimento, não deixa de ser uno e indivisível e passível de responder às necessidades em todo o momento do processo de envelhecimento.

Para tal, é urgente a edificação de estruturas piloto com Gerontecnologia aplicada a todas estas vertentes incluídas na sua estrutura edificada, que garantam unidades autónomas, mas confluentes, pré-preparadas para a evolução da pessoa nos diferentes estágios da sua idade funcional.

Devem integrar tecnologias para a qualidade de vida das pessoas idosas, tendo em vista o desenvolvimento de um ambiente tecnológico capaz de subsidiar a qualidade de vida dos utentes e dos seus respetivos círculos sociais nos seus aspetos físicos, cognitivos e culturais, proporcionando autonomia, conforto, segurança e saúde.

Devem ser um modelo repensado em termos de arquitetura e de ambiente, capacitando a adaptação dos espaços já existentes.

Devem responder às necessidades atuais através de unidades autónomas com espaços de utilização comuns para:

MODELO INTEGRADO DE RESPOSTAS RESIDENCIAIS LARES/ESTRUTURAS SOCIAIS DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS INTEGRADOS

- Dependência
- Doença crónica
- Demência
- NecPal

Devem conter área de isolamento para agitação e perturbação, quer nos recursos humanos, quer na organização, quer na prestação dos cuidados.

Devem ter equipas com unidades interdisciplinares e comunicantes entre si e para as demais respostas para o envelhecimento do exterior.

As equipas constituem-se com as disciplinas essenciais da gerontologia e da geriatria, cobrindo a correlação social e familiar, a autorrealização, as áreas clínicas, terapêuticas de cuidados e de gestão organizacional . Na realidade, e dentro do plano de longa duração em Portugal, tal deve também refletir-se no enquadramento destas unidades e dos seus utilizadores, bem como nas unidades de longa duração da RNCCI.

O método de trabalho em equipa é o promotor de competências específicas e de articulação e sinergia do trabalho final.

O plano individual de cuidados assegura a continuidade de cuidados ao longo de todo o processo de envelhecimento, desde o primeiro apoio em SAD até ao momento atual.

RESPOSTAS RESIDENCIAIS SENIORES DO FUTURO

CENTROS DE DIA E ACADEMIAS SÉNIOR

Importa centrar estas duas respostas sociais nos aspetos de suporte e integração social e, nas pessoas idosas especificamente, no desenvolvimento e manutenção da sua capacidade funcional.

Ambas devem poder responder à necessidade sentida pelas pessoas idosas e suas famílias em encontrar um espaço onde sejam garantidos cuidados e serviços adequados às primeiras, durante o período diurno, mantendo, contudo, a ligação destas com o seu meio familiar e social, numa lógica de envelhecer em casa, retardando desta forma a institucionalização.

Devem procurar, para além de contribuir para a manutenção da pessoa idosa no seu meio social e familiar, promover a sua valorização pessoal, a partilha de conhecimentos e experiências pessoais, proporcionando apoio nas necessidades pessoais básicas e socioculturais, sempre em articulação com as demais respostas para o envelhecimento.

Os Centros de Dia devem ter áreas de interação e estimulação, áreas de manutenção física e reabilitação de manutenção e áreas de neuro estimulação.

É imperioso que funcionem com horário alargado e flexível e em ação complementar com as Academias Sénior.

Os recursos humanos devem conter na “base” uma equipa multidisciplinar, que pode prestar serviços especializados às diferentes respostas do envelhecimento.

Na sua arquitetura devem ser previstas:

- Salas de trabalho
- Sala de neuro estimulação
- Espaços comuns
- Espaço higiene com capacidade de duche SOS e troca de roupa e fraldas
- Espaço para repouso com possibilidade de sesta

RESPOSTAS RESIDENCIAIS SENIORES DO FUTURO

O FUNCIONAMENTO



ÁREAS BASILARES PARA A EFETIVA MUDANÇA SOCIAL



UNIÃO DAS MISERICÓRDIAS
PORTUGUESAS

ÁREAS BASILARES PARA A EFETIVA MUDANÇA SOCIAL

Só há mudança social se alterarmos as estruturas básicas que compõem um grupo social ou uma sociedade.

Uma alteração nas respostas do envelhecimento em Portugal só será efetivamente mudança:

- Se for um fenómeno coletivo e afete as condições ou as formas de vida.
- Se for uma mudança da estrutura, de modo a ser possível observar uma modificação da totalidade ou de certos componentes da organização social.
- Se a identificarmos no tempo. Se se puder dizer que é a partir deste ponto de referência que houve mudança e o que é que mudou.

Toda a mudança social tem de dar provas duma certa permanência; as transformações observadas não devem ser efémeras ou superficiais.

Importa assim reforçar a inter-relação entre o plano social e o plano cultural, sendo a mudança social a da transformação inerente às relações entre as pessoas (articulação entre ministérios, articulação entre sectores, processo de licenciamento e fiscalização e recursos humanos) e a mudança cultural a que envolve meios materiais, técnicos, digitais, ideias inovadoras, usos e costumes.

Esta mudança só poderá ser isto mesmo.

ARTICULAÇÃO ENTRE MINISTÉRIOS, ARTICULAÇÃO ENTRE SETORES

São indiscutíveis as vantagens da abordagem interministerial nas políticas públicas.

Em Portugal observa-se que as políticas públicas permanecem com uma abordagem predominantemente setorial, onde cada Ministério trabalha, com pouca ou mesmo nenhuma articulação com outros Ministérios, órgãos e entidades.

É obrigatória a articulação entre os vários Ministérios que participam no processo, possibilitando maior eficiência dos recursos e a transparência decorrente de um trabalho feito por várias instituições.

Esta abordagem interministerial privilegia o interesse público e este deve fazer prevalecer o interesse coletivo no desenho e implantação de políticas públicas como esta.

A realidade é una e indivisível e a abordagem que contempla vários aspetos possibilita uma visão mais completa, portanto com maiores possibilidades de acerto e consequente sucesso.

O trabalho intersectorial, que pressupõe articulação entre órgãos e pessoas, é hoje muito facilitado pelas tecnologias que possibilitam a descentralização das tarefas, coordenação em rede e a participação de todos os atores.

A atual sectorialização das políticas públicas favorece a existência de “feudos” dentro da administração pública, onde cada parte age quase isoladamente, sem acesso a informações, dados, atividades de outros setores. E, o mais grave, não há soma de esforços para a efetiva solução de problemas.

A formulação e implantação de políticas públicas de forma integrada e intersectorial pode minimizar muitos problemas verificados na administração pública atualmente.

A transformação do processo de elaboração, execução e acompanhamento das políticas públicas é uma necessidade e é um passo importante na mudança, mas não suficiente. Para haver transformação e atender a sociedade como um todo, os participantes de todo o processo devem representar condições de igualdade, bem como os diversos segmentos da sociedade.

É necessário promover projetos de cooperação entre as instituições que prestam respostas sociais e de saúde permanentes (apoio domiciliário, centro de dia, estruturas residenciais, casas de acolhimento para crianças e jovens, casas abrigo, cuidados continuados integrados, hospitais, clínicas de reabilitação) e as instituições de saúde públicas ou privadas (centros de saúde, hospitais, clínicas) que possibilitem aumentar a resposta (partilha de conhecimentos, de recursos e melhoria da resposta).

A situação de pandemia que se vive atualmente veio pôr a descoberto a necessidade de se inovar nos modelos de cuidados integrados de apoio social/saúde.

A maior e melhor articulação de cuidados e serviços melhora a resposta social e diminui a sobrecarga dos serviços de saúde, nomeadamente com diminuição da ida às urgências hospitalares por situações agudas, melhorar a adesão terapêutica e a administração de fármacos em ambulatório, controlar melhor doenças crónicas como hipertensão, diabetes, osteoartrose, obesidade, etc.

O LICENCIAMENTO DAS RESPOSTAS PARA O ENVELHECIMENTO

O licenciamento terá que ser um regime simplificado de instalação e funcionamento cujo o objetivo é o de tornar mais fácil a abertura das respostas sociais através da eliminação de licenças, autorizações, validações, autenticações, certificações, comunicações, registos e outros atos permissivos, substituindo-os por um reforço da fiscalização sobre essas atividades e um agravamento do regime sancionatório, nomeadamente através do agravamento do montante das coimas e de novos critérios para a aplicação de sanções acessórias, que podem ser de interdição do exercício da atividade ou de encerramento do estabelecimento por um período até dois anos.

Esta prática existe já noutros países europeus e regista-se o trabalho que o atual governo está a

promover nesse sentido.

Este licenciamento pode funcionar através de balcões digitais ou portais do Estado. Estes balcões e portais seriam o ponto de contacto entre a instituição e a administração pública. Com esta iniciativa, a instituição em vez de ter de esperar pelas licenças para a abertura da resposta, terá apenas de comunicar nesse mesmo portal, economizando tempo e esforço de todos.

OS RECURSOS HUMANOS

As instituições são confrontadas repetidas vezes com dificuldades de recrutamento e contratação de recursos humanos qualificados.

Muito especialmente no setor da saúde verificam-se picos de grande necessidade a que não conseguem responder sem o reforço das equipas e dos meios proporcionais às necessidades do momento. Os profissionais ficam limitados nos seus desempenhos, havendo necessidade de recorrer a reforços externos.

Torna-se indispensável criar um mecanismo de apoio que acomode e financie estas contratações excecionais porque as novas respostas para o envelhecimento precisam de mais recursos humanos.

As instituições são frequentemente envolvidas em projetos e programas que na linha da frente têm de dar resposta a inúmeros desafios e nos quais os seus técnicos e quadros são expostos a desempenhos extremos, colocando em risco a sua atividade diária. Para estas situações há que reforçar equipas, substituir pessoas e acrescentar saber e valor ao serviço que é prestado.

Os profissionais do setor social e da saúde são ainda sujeitos a grande pressão física, emocional e psicológica, pelo que a sua atividade deve ser protegida com mecanismos de apoio no reforço de equipas ou substituição temporária de recursos humanos.

CONSTRUÇÃO E REQUALIFICAÇÃO DE ESTRUTURAS SOCIAIS RESIDENCIAIS

Está amplamente identificada a necessidade urgente de retransformar as estruturas residenciais para idosos existentes em estruturas que possam responder às necessidades imediatas da população envelhecida.

Também urge preparar esta adaptação, para já, numa resposta adaptada, consistente e, acima de tudo, integrada nas suas diferentes vertentes de apoio ao envelhecimento.

Estas estruturas têm que integrar espaços no edificado que sejam específicos para estas vertentes, como sejam:

ÁREAS BASILARES PARA A EFETIVA MUDANÇA SOCIAL

- Os cuidados de saúde a pessoas com dependência
- A manutenção e reabilitação da população com demências
- A manutenção da autonomia das pessoas com dependência menor
- A capacitação para uma vida social ativa dos mais independentes funcionalmente
- E também um espaço para os cuidados paliativos

O edificado tem diferentes dimensões na abordagem ao envelhecimento, mas não deixa de ser uno, indivisível e passível de responder às necessidades em todo o momento do processo de envelhecimento.

Para tal, é urgente a edificação de estruturas piloto com Gerontecnologia aplicada a todas estas vertentes incluídas na sua estrutura edificada, que garantam unidades autónomas, mas confluentes, pré-preparadas para a evolução da pessoa nos diferentes estágios da sua idade funcional.

É indispensável a inclusão de tecnologias para a qualidade de vida, tendo em vista o desenvolvimento de um ambiente tecnológico capaz de subsidiar a qualidade de vida dos idosos e dos seus respetivos círculos sociais nos seus aspetos físicos, cognitivos e culturais, proporcionando autonomia, conforto, segurança e saúde.

A MUDANÇA NOS FATORES AMBIENTAIS

AQUISIÇÃO DE VEÍCULOS ELÉTRICOS PARA OS SAD

Medida fundamental para fazer face aos elevados custos que as instituições apresentam com os combustíveis fósseis, garantindo assim uma maior sustentabilidade quer da resposta social quer da própria instituição.

Por outro lado, com a introdução de veículos de eficiência ambiental, contribui-se para a redução das emissões de gases com efeitos de estufa (GEE), diminuindo a emissão de CO₂ e a poluição atmosférica, bem como os níveis de ruído, contribuindo para a melhoria de qualidade de vida nos centros urbanos.

Fomenta-se assim a mobilidade sustentável que diretamente tem em conta a problemática das alterações climáticas, quer na vertente da mitigação, quer na vertente da adaptação.

DIMINUIÇÃO DOS CUSTOS ENERGÉTICOS – ENERGIAS ALTERNATIVAS NÃO POLUENTES

O solar fotovoltaico, por exemplo, constitui uma tecnologia muito interessante no aproveitamento dos recursos endógenos para produção de energia elétrica de forma descentralizada e para autoconsumo.

Devido ao elevado número de horas de sol em Portugal, existe um elevado potencial e a sua utilização tem vindo a evoluir favoravelmente ao longo dos anos.

A fatura energética nos equipamentos com respostas sociais, principalmente as de carácter residencial permanente, têm um elevado peso nos seus custos de funcionamento pelo que a sua redução, através da colocação de painéis fotovoltaicos, permitiria obter menores encargos com a referida fatura, bem como contribuiria sobremaneira para ajudar a reduzir as fontes de poluição e o conseqüente impacto na segurança humana e ambiental das comunidades.

Neste âmbito temos também o aquecimento de águas quentes sanitárias (AQS) com recurso a painéis solares.

Estas e outras fontes renováveis de captação de energia podem ser usadas também no processo de climatização de espaços, que pode ser apoiado com recurso a aquecimento de circuitos de água quente ou pela energia produzida pelos próprios painéis fotovoltaicos.

A TRANSIÇÃO DIGITAL

As instituições têm que ser mais sustentáveis do ponto de vista económico e financeiro, mas também ecológico.

O Programa do XXII Governo Constitucional considera a transição digital um dos instrumentos essenciais da estratégia de desenvolvimento do país.

Para tanto, urge incentivar a adoção de ferramentas e instrumentos mais modernos, ecológicos e menos dispendiosos que digitalizem todo o universo de atividade das entidades de economia social.

Importa adquirir hardware e software que efetivem a digitalização de documentos, bem como capacitar e formar os recursos humanos com vista a esta operacionalização, sendo uma ação que está em alinhamento com os objetivos políticos que irão nortear os investimentos da União Europeia no período de programação 2021-2027, de acordo com o novo quadro da Política de Coesão.

A economia circular implica gerir de modo sustentável os recursos disponíveis, reduzindo os consumos e os resíduos gerados resultantes do crescimento económico. A desmaterialização de processos é uma forma de contribuir para este crescimento ambientalmente sustentável.

Apresentam-se como áreas prementes a abordar neste processo de desmaterialização e automatização:

- Sistemas de gestão de processos, atividades e tarefas

ÁREAS BASILARES PARA A EFETIVA MUDANÇA SOCIAL

- Sistemas de gestão de processo clínico
- Sistemas de videoconsulta/teleconsulta
- Sistemas de gestão de documental/digitalização de processos
- Sistemas de gestão de logística
- Sistemas de gestão e controlo de acessos
- Sistemas interativos de lazer/ocupação - meios de interação entre pessoas/utentes com recurso às novas tecnologias (rede social, jogos, casino social, etc).

Esta implementação de registos digitais nas entidades de economia social e de informação em plataformas digitais poderá:

- Melhorar a eficácia e eficiência das respostas sociais
- Melhorar a comunicação entre instituições e entre estas e as equipas
- Constituir bases de dados
- Facilitar a comunicação e a informação
- Melhorar a monitorização de utentes (quantidade de água ingerida, diurese, medicação diária e de SOS, quedas, pressão arterial, peso)
- Melhorar a gestão de stocks e diminuição de desperdícios
- Melhorar a comunicação entre equipas
- Rentabilizar recursos humanos
- Diminuir custos
- Reduzir os tempos associados a registos
- Melhorar a organização dos serviços e planejar
- Melhorar a supervisão de tarefas inerentes aos documentos
- Criação de arquivos digitais centralizados
- Dotar as IPSS de instrumentos de gestão com dados atualizados e fidedignos e de KPI que permitam aumentar o conhecimento da instituição e que auxiliem na tomada de decisões
- Dotar as IPSS de automatismos de gestão de acessos que permitam a introdução de sistemas de ativação não tátil.

Este processo aplica-se também à implementação de processos inovadores de apoio e

monitorização de utentes em suas casas para retardar ou evitar a institucionalização, sendo necessário adquirir e implementar a utilização destas interfaces (software e hardware) nos serviços de apoio domiciliário.

A monitorização de utentes, controlo de eventuais quedas, serviços de apoio aos cuidadores informais (apoio psicológico ou esclarecimento de dúvidas) estão agora a uma chamada de distância.

O protocolo de exercícios e de reabilitação pode estar no tablet individual de cada utente, para ser realizado em casa.

A monitorização dos cuidados técnicos prestados em casa, observações relevantes, alimentação adequada, entre outros, pode ser registada e avaliada quase que simultaneamente, permitindo às técnicas modificar rotinas no momento da visita e não em visitas posteriores.

As *assistive living technologies* (ALT) já fazem parte do presente e os mais recentes desenvolvimentos tecnológicos tem o potencial de reduzir a dependência dos idosos em geral e nomeadamente daqueles que sofrem de alguma forma de demência, atrasando a sua progressão e também a institucionalização.

As ALT fornecem tecnologias capazes de melhorar a qualidade de vida, a autonomia e segurança dos idosos e utilizam sensores, dispositivos e sistemas de comunicação destinados a prestarem, a partir de uma localização remota, *Assisted Living Services* (ALS) na casa de idosos ou de pessoas incapacitadas.

A disseminação destas tecnologias pelos milhares de utentes em SAD vai permitir o desenvolvimento do Modelo de *Ambient/Active Assisted Living* (AAL) que explora as potencialidades de dispositivos tecnológicos assim como de novas formas de interação para uma vivência independente e em comunidade, contribuindo para que se evite/adie a institucionalização.

Casas mais inteligentes, dispositivos móveis para monitorizar o estado de saúde ou a localização dos indivíduos, sensores concebidos para medir parâmetros bioquímicos, de movimento e sinais vitais e robótica destinada a gerir a toma de medicação, ingestão e preparação de alimentos são exemplos de soluções tecnológicas deste cariz.

A tecnologia como fator de segurança (*security*) não só contra a intrusão pura e simples, mas também enquanto monitorização inteligente.

O recurso a diferentes sensores é um meio para complementar os sistemas de cuidados de saúde e os de vigilância inteligente, de forma a obter uma visão mais detalhada da mobilidade diária do indivíduo na sua casa, enquanto realiza as suas tarefas diárias.

Os dados recolhidos a partir de sensores de baixo custo, como sensores de presença, ocupação

e utilização, podem ser utilizados para fornecer evidências sobre os hábitos diários de mobilidade dos idosos que vivem sozinhos em casa e detetar, desta forma, mudanças nas suas rotinas.

É também primordial implementar protocolos de reabilitação no domicílio.

Assim, esta transição digital deve ser ampliada para:

A aquisição de software *“user friendly”* que possibilite aos utentes ligarem autonomamente para os seus familiares sem a necessidade de apoio.

Adaptação e de consultórios para:

- a. Articulação com o centro de saúde da área da instituição (lar ou estruturas residenciais), possibilitando a existência de um computador ligado à rede do SNS e com o software “SClínico”, para registo dos dados clínicos dos utentes, preferencialmente por médicos do SNS ou por prestadores de serviço das instituições, mas de forma a que os dados e registos estão disponíveis na rede do SNS para consulta em caso de urgência hospitalar ou internamento em unidade de saúde.
- b. Adaptação de consultório para serviço de telemedicina, que possibilite consultas por videochamada (médicas, de enfermagem, psicologia, nutrição ou outras) em situações de privacidade do utente.

A atual pandemia veio trazer novos desafios e obrigar a novas rotinas de comunicação e de trabalho. Estas rotinas vão manter-se e incluem:

- Visitas digitais de familiares
- Reuniões técnicas
- Novas formas/rotinas de trabalho

Inclui-se assim a necessidade de adquirir:

- Computadores fixos ou portáteis, tablets, sistemas de rede WiFi móvel, servidores para armazenamento de informação
- Software específico, ou apoio ao desenvolvimento de novo software de registo de informação, devendo-se valorizar projetos de aquisição conjunta de várias instituições do mesmo software, para melhor uniformizar procedimentos e registos. No caso de desenvolvimento de novo software, a propriedade final do mesmo deverá ser cedida ao MTSSS, e possibilitar a utilização aberta e universal das instituições dos MTSSS
- Serviços específicos para apoio ao desenvolvimento de software de registo
- Serviços associados à garantia da proteção de dados

ÁREAS BASILARES PARA A EFETIVA MUDANÇA SOCIAL

Serviços de rede WiFi, routers, sistemas wireless... que permitam às instituições ter rede wireless em todo o seu espaço.

REDE SOCIAL DE ATOS MÉDICOS ONLINE OU VIDEOCONSULTAS

É urgente combater surtos de Covid-19 nos equipamentos sociais, evitando deslocações e aglomerações nos serviços de saúde.

Este serviço permite gerir melhor a saúde dos utentes, de forma segura, simples e intuitiva, sem necessidade de deslocações aos hospitais e clínicas, permitindo:

- Fazer consultas de seguimento à distância com o médico - videoconsulta
- Fazer uma videoconsulta urgente com um médico
- Avaliação de resultados de exames
- Esclarecimento de dúvidas
- Consulta de rotina
- Registrar dados e medições de saúde pessoais, que permitem acompanhar de forma integrada a evolução da situação clínica do utente
- Para situações urgentes, como por exemplo os sintomas de Covid-19

Esta forma de medicina online permite aceder rapidamente a um médico, facilitando os contactos com o médico assistente e substitui algumas deslocações ao hospital ou clínica. No dia e hora previamente agendados, a videoconsulta pode ser feita em qualquer lado através de:

- Telemóvel – smartphone ou tablet
- Computador

MODERNIZAÇÃO DO EQUIPAMENTO DE APOIO

Impera reforçar a capacidade das entidades de economia social ao nível da prestação de cuidados de saúde.

Nos lares residenciais são recorrentes alguns problemas de saúde crónicos associados ao envelhecimento da maioria dos seus utentes, e que carecem de equipamentos específicos que possibilitem:

- Manter controlados problemas de saúde crónicos como a hipertensão arterial, diabetes, asma/insuficiências respiratórias
- Evitar a instalação da síndrome de fragilidade, controlando o peso e os níveis de hidratação

ÁREAS BASILARES PARA A EFETIVA MUDANÇA SOCIAL

- Evitar quedas
- Evitar o surgimento de escaras
- Promover a reabilitação e a manutenção de níveis funcionais e de autonomia física
- Evitar saídas não autorizadas

É urgente e necessário adquirir equipamento que possibilite a melhoria do estado de saúde e a prevenção de lesões ou quedas, reabilitação e administração correta de fármacos nas estruturas residenciais, centros de dia, lares residenciais, nomeadamente:

- Camas articuladas elétricas e colchões anti escaras (gel, ar, viscoelásticos, dinâmicos)
- Corrimões e barras de apoio a banho e barras para camas
- Oxímetros (de pulso, de dedo) e termómetros infravermelhos
- Esfigmomanómetros
- Monitores de sinais vitais (pressão arterial + oximetria + ECG)
- DAE- Desfibradores automáticos externos
- Material de reabilitação física e de reabilitação respiratória
- Balanças com bio impedância para monitorização do nível de água/hidratação
- Talheres adaptados para pessoas com mobilidade reduzida
- Material de administração de fármacos de rotina/ambulatório, tais como câmaras expansoras, trituradores de medicamentos e caixas de medicamentos semanais

ABRIR HORIZONTES E INOVAR

(D)EFICIÊNCIA AOS 65

(nova resposta social no âmbito da reabilitação, ajustada à realidade da deficiência e que integra o processo de envelhecimento para pessoas com deficiência com mais de 65 anos de idade)

O envelhecimento da população com deficiência é uma preocupação. Sabemos que as pessoas com deficiência vivem hoje até idades avançadas e com mais qualidade de vida, sobrevivendo em alguns casos aos seus progenitores/cuidadores familiares.

As instituições que prestam cuidados às pessoas com deficiência em idade avançada enfrentam vários desafios e preocupações, sendo o maior de todos o facto de os lares residenciais e centros de atividades ocupacionais (CAO) não estarem pensados para responder ao

envelhecimento da pessoa com deficiência.

A problemática do envelhecimento das pessoas com deficiência decorre da insuficiência e/ou ausência de respostas ajustadas às novas realidades.

É assim imperativo que sejam revistos e adaptados os equipamentos existentes, tendo presente as práticas da inclusão e integração, com o intuito de poder prestar serviços e criar respostas específicas a esta população.

Estando os Lares Residenciais já programados no seu edificado para o funcionamento em unidades com número limitado de utentes, importa agora financiar a adaptação de uma dessas alas para as pessoas com deficiência e com mais de 65 anos que neles residem.

Efetiva-se assim a criação de uma resposta única e muito necessária e que será uma referência para o acompanhamento e acolhimento terapêutico e especializado de pessoas idosas e com deficiência.

Importa assim apoiar a reabilitação de Lares Residenciais para uma nova resposta social, ajustada à realidade da deficiência e que integra o processo de envelhecimento, para pessoas com deficiência com mais de 65 anos de idade.

TURISMO SOCIAL SÉNIOR COM SUPORTE DE SAÚDE

As pessoas idosas apresentam razões para viajar e entender as suas motivações de viagem implica conhecer bem o fenómeno do envelhecimento.

Em Portugal, as entidades da Economia Social são, assim, as mais bem preparadas para suportar uma Rede de Estruturas para Turismo Social Sénior com Suporte de Saúde.

Portugal deve agora acrescentar oportunidades também para os seniores e idosos portugueses de todos os segmentos económicos e com as diferentes cormobilidades.

Devem ser desenvolvidos programas de natureza eminentemente social, no segmento do turismo social, tipologia de turismo que tem como grande objetivo a igualdade de oportunidade de férias, quaisquer que sejam os rendimentos familiares.

Estes programas têm acompanhamento e segurança, num ambiente socializante, saudável, com aumento da autoestima, benefícios para a saúde física e mental e o bem-estar dos idosos.

A discriminação positiva da participação no Turismo Social viabiliza o acesso ao turismo de certos segmentos de seniores numa lógica de mistura e inclusão social, e que pode envolver turistas com incapacidades várias ao nível da saúde.

Assim, importa financiar a reabilitação de edifícios existentes, equipados com todas as condições e equipamentos próprios de uma residência para seniores, incluindo alas específicas para quem precise de maior assistência ao nível da saúde, que incluirão cuidados médicos e de

enfermagem, fisioterapia e reabilitação e que, podendo receber residentes temporários, adaptará a cada visitante o programa específico de turismo, lazer ou reabilitação temporária, de acordo com as suas necessidades de saúde.

Alguns podem especializar-se em segmentos específicos de cuidados de saúde para utentes com frequência de hemodiálise ou tratamento oncológico (por exemplo) e que, de outra maneira, jamais poderiam ter períodos de férias e lazer.

FINANCIAMENTO



UNIÃO DAS MISERICÓRDIAS
PORTUGUESAS

Cuidar dos idosos e cuidar bem, assegurando-lhes cidadania e dignidade, vai naturalmente traduzir-se num aumento da despesa pública. Por isso, o financiamento é uma questão central.

Mas, sem qualquer rodeio, essa é uma inevitabilidade qualquer que seja o modelo que venha a ser proposto e adotado, desde logo, porque a responsabilidade constitucional da proteção aos idosos cabe ao Estado, mas também por todas as razões que são conhecidas, a começar no valor baixo das reformas e a acabar na incapacidade e disponibilidade financeira das famílias.

Aliás, quando ouvimos algumas propostas de criar uma rede pública de lares não podemos deixar de sorrir porque sabemos bem, quer o que essa rede pública custaria em termos financeiros, quer o que representaria em sede de qualidade. Todos sabemos de experiências, mesmo dentro da União Europeia, em que algumas redes públicas conduziram a que os lares se transformassem em verdadeiros “deslugares” para acolher idosos.

Por isso, comungamos com António Guterres, quando afirmou que, em sede de respostas sociais da área direta da cooperação, o Estado deveria, em matéria de envelhecimento, comparticipar com um mínimo de 50% do custo real das respostas e desejavelmente com 60%.

É inevitável que a comparticipação tenha sempre por base o custo real da resposta e não, como tem acontecido, que o Estado negocie com o setor aumentos sobre valores anteriores que acabam por não ter qualquer correspondência com a realidade.

Esta prática errada que conduziu, por exemplo em 2018 (último ano em relação ao qual temos valores seguros), a que a comparticipação se fixasse em cerca de 38% do custo das respostas sociais. São esses valores que estão a colocar em causa a sustentabilidade financeira de todo o setor e, nomeadamente, a impossibilitar remunerações condignas aos trabalhadores através da criação de uma verdadeira e equilibrada tabela salarial.

E mesmo considerando o esforço que foi feito pelo Estado durante a pandemia, a verdade é que se mantém essa tendência regressiva de que a Rede Nacional de Cuidados Continuados é o exemplo mais evidente.

Na verdade, quando colocamos a questão do financiamento, é fundamental que nos centremos custo real das respostas em detrimento das percentagens dos parceiros da cooperação, desde logo porque a percentagem da comparticipação pública pode variar com o tipo de resposta (diferenciação positiva, custo da interioridade, diferenciação em função da complexidade da resposta, etc.) ou mesmo a responsabilidade pelos serviços prestados (por exemplo, quem assegura a presença dos médicos no lar? o Estado – um valor; a instituição – outro valor).

Entendemos, por isso, que o modelo que propomos a seguir, conjuga dois momentos que se completam. Num primeiro momento estamos claramente a falar em investimento, em SAD, na modernização dos lares, na transição ambiental, na transição digital, nos recursos humanos, em informação para a gestão, etc.

Num segundo momento, esse investimento conduzir-nos-á a todos a maior gestão e eficácia. Primeiro, numa eficácia imaterial, porventura a mais importante, que se traduz na qualidade e no índice de felicidade dos idosos. Depois num aumento da razoabilidade da despesa pública, o que conduz inevitavelmente a uma poupança futura.

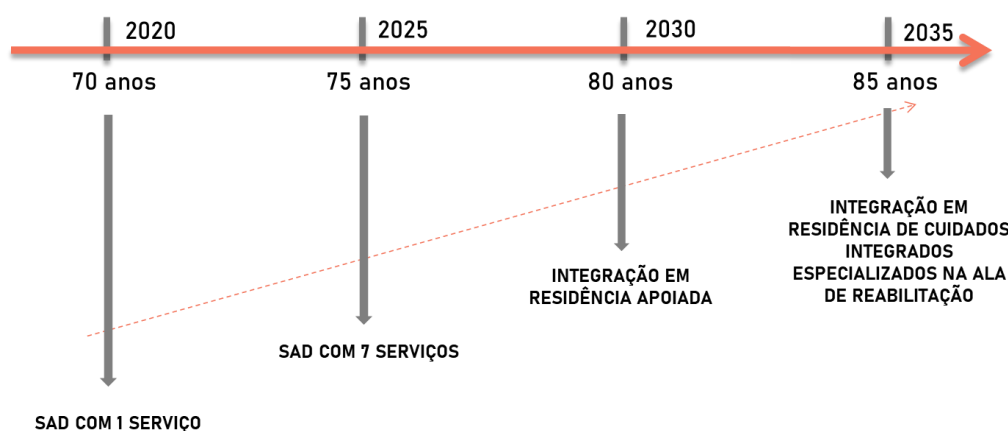
Por isso, defendemos também um financiamento a 'long term care', ou seja, no sentido da continuidade dos cuidados ao longo do processo de envelhecimento da pessoa. É uma forma de proteger as pessoas e famílias contra o medo do futuro no que respeita a conseguirem ou não suportar os custos dos cuidados que vão necessitar.

Os custos associados ao cidadão "seguem-no" à medida que as suas necessidades funcionais se alteram, dando controlo e segurança, devendo cobrir os custos dos serviços de cuidados, desde ajuda com as atividades diárias normais, como comer, tomar banho e limpar a casa, até a supervisão devido à demência. Este financiamento deve garantir diferentes tipos de cuidados numa variedade de configurações:

- Cuidados qualificados de SAD e que podem ou não ser prestados numa base diária
- Integração numa residência apoiada/partilhada com ou sem os serviços de SAD
- Frequência de um centro de dia ou convívio
- Integração numa Residência de Cuidados Especializados Integrados numa ala de autonomia, numa ala de reabilitação, numa ala para reabilitação de demências ou numa ala de cuidados paliativos

Em cada momento das suas necessidades funcionais, o utente é sinalizado com a tipologia de cuidados que está a receber no momento.

EXEMPLO DE LONG TERM CARE (LTC) ATÉ AOS 85 ANOS



O Estado deve definir anualmente o valor base para cada resposta especializada bem como as regras de comparticipação familiar para cada tipologia

A OPORTUNIDADE



UNIÃO DAS MISERICÓRDIAS
PORTUGUESAS

Resulta de tudo quanto foi dito a necessidade urgente da articulação entre Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSS) e Ministério da Saúde em sede de envelhecimento, assumindo a sua responsabilidade num processo que envolve, sempre, os cuidados de saúde.

É necessário que o Estado assuma os custos reais numa perspetiva anual de comparticipação, desejavelmente na fasquia dos 60% desses custos, sendo que todos concordamos que é inaceitável que o apoio a este tipo de respostas, mesmo em 2020, tenha sido de cerca de 400 euros.

É fundamental que se reconheçam, se valorizem e se preservem, também no envelhecimento, a específica natureza e objetivos de cada um dos setores e que, sem excluir nenhum deles, se tenha em atenção aquilo que os diferencia, designadamente, distinguindo com clareza o setor público e o setor da economia social, por natureza não lucrativos, do setor privado lucrativo.

Muitos vêm preconizando a criação de um Ministério dos Assuntos Sociais na esperança de que *top to bottom* se avance na articulação. E que neste contexto, no caso particular dos idosos, se avance para uma Secretaria de Estado do Envelhecimento. Sem prescindir dessa possibilidade, visto o peso que a área da saúde teria nesse ministério, consideramos prematura uma opção deste tipo. Somos dos que encontramos virtualidades na permanência do setor na área específica da solidariedade social.

As respostas para o envelhecimento só o serão efetivamente se assentarem numa visão global e integrada, com um plano de cuidados partilhado e que acompanhem a pessoa desde o momento que ela precise.

A este plano deve presidir o princípio do *Best Value For Money*, isto é, quem faz o quê, a que preço, com que qualidade e conforto para o idoso e, mais importante, com que resultados.

Com tarefas programadas, com responsáveis indicados e com horários alocados, tudo apoiado por tecnologia simples e partilhada.

As respostas para o envelhecimento têm que poder acolher durante determinado período pessoas com autonomia, sempre em articulação para soluções de co-housing e casas partilhadas, tendo sempre por base o apoio domiciliário.

As respostas para o envelhecimento têm que prefigurar unidades ou alas equiparadas às atuais unidades de longa duração da RNCCI e alas e unidades dedicadas às demências que, neste momento, são completamente ignoradas pelo Estado enquanto resposta social.

Temos que assistir ao reforço efetivo de recursos de saúde, de recursos materiais e de recursos tecnológicos adequados. Temos que assegurar remunerações condignas que reflitam também as expectativas da sociedade portuguesa em relação à importância deste tipo de

trabalho. Tudo sem perder de vista a importância do conceito de proximidade e de relação com a comunidade que foi decisivo na presente pandemia para controlar o combate ao vírus.

As respostas residenciais para o envelhecimento não são só novas em termos arquitetónicos, mas também em sede de transição digital, em termos ambientais e, sobretudo, em sede de recursos humanos para que possamos efetivar mesmo o LAR DO FUTURO.

A resposta onde gerontólogo, médico, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas e nutricionistas, com abundante formação certificada, trabalham para uma cooperação que é avaliada (para o bem e para o mal) todos os anos, pelos seus resultados efetivos.

Nesta resposta do futuro, a informação flui e existe um financiamento adequado que assegura uma discriminação positiva para os territórios de baixa densidade e para quem assegure qualidade acima da média.

Esta resposta está informatizada numa articulação cooperante com a Segurança Social e cumpre os programas ambientais, privilegiam-se as energias alternativas (da mobilidade aos fotovoltaicos).

Nestas respostas integradas especializadas, asseguram a dignidade das pessoas com demências, daquelas com cormobilidades, mas também daquelas sem qualquer suporte familiar ou mesmo das que precisam recuperar de uma cirurgia. Cabem todos porque a resposta se adequa ao utente ao longo do processo.

O novo normal não pode ser fazer de conta que tudo vai ficar como antes, deixando de lado, uma vez mais, os nossos idosos. A pandemia gerou uma oportunidade. Não podemos a nenhum título perdê-la.

BIBLIOGRAFIA



UNIÃO DAS MISERICÓRDIAS
PORTUGUESAS

- Afonso, R. M. (2011). Reminiscência como técnica de intervenção psicológica em pessoas idosas. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Araújo, L., Gomez, V., Teixeira, C., & Ribeiro, Ó. (2011). Programa de Terapia de Remotivação em idosos institucionalizados: estudo piloto. Revista de Enfermagem Referência. III Série, nº 5, Dez.
- Baltes, P. B. & Mayer, K. U. (2001). The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100. New York: Cambridge University Press
- Baltes, P. & Smith, J. (2004). Lifespan psychology: From development contextualism of the young old the dilemmas of the fourth age. Gerontology.
- Barroso, V. L. (2006). Órfãos Geriatras: Sentimentos de Solidão e Depressividade face ao Envelhecimento- Estudo Comparativo entre Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados. Lisboa.
- Carlson, M. C. (2009). Evidence for Neurocognitive Plasticity in At-Risk Older Adults: The Experience Corps Program. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences. Volume 64, A Issue .
- Cavanaugh, J. C. & Blanchard-Fields. F. (2006). Adult Development and aging. (5ªed.) Australia: Wadsworth
- Chiang, K., Chu, H., Chang, H., Chung, M., Chen, C., Chiou, H., & Chou, K. (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. International Journal of Geriatric Psychiatry.
- Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: myths and realities. Eur J Ageing, June.
- Epinay, C. L. (1991). Vieillir ou la vie à inventer. Paris: L'Harmattan
- Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025, Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial, (Despacho n.º12427/2016)
- Fees, B. S., Martin, P., & Poon, L.W. (1999). A model of loneliness in older adults, Journal of Gerontology: Psychological Sciences.
- Fernandes, A. A. (1997). Velhice e Sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal. Oeiras: Celta Editora.
- Fischer, G. N. (1994). Psicologia Social do Ambiente. Lisboa: Instituto Piaget.
- Fonseca, A. M. (2005). Desenvolvimento humano e envelhecimento. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2006). O envelhecimento: Uma abordagem psicológica (2ª ed.).

- Humanitude – compreender a velhice, cuidar dos Homens velhos GINESTE, Yves.; PELLISSIER, Jêrome., 2008. Lisboa: Instituto Piaget.
- Humanitude - um imperativo do nosso tempo, SALGUEIRO, Nídia, 2015. Coimbra. Instituto Gineste Marescotti L'animation des personnes âgées en institution.
- Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Gierveld, J. J. (1989). Program Overview: Personal relationships, social support and loneliness. Journal of Social and Personal Relationships.
- Guedes, J. (2012). Viver num lar de idosos. Porto: Coisas de Ler.
- Guillemard, A.M. (1972). La retraite, une mort sociale. Paris: Mouton.
- Guillemard, A.M. (2002). De la retraite mort sociale à la retraite solidaire: la retraite une mort sociale. Gérontologie et société.
- Goffman, E. (1961). Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. New York: Anchor Books.
- Jon-Giverld, J., & Raadschelders, J. (1982). Types of loneliness. In L. A. Peapla, D. Perlman (eds.), Loneliness a source book of current theory, research and therapy. New York: John Wiley, 8 sons.
- Lehning, A.J. (2011). City Governments and Aging in Place: Community Desig, Transportation and Housing Innovation Adoption. The Gerontologist.
- Marques, S. (2011). Discriminação da Terceira Idade. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. Temas em Psicologia, Vol.14.
- Neto, F. (2014). Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-6) in older adults. Eur J Ageing.
- Nogueira, E. J., Lima, L. J., Martins, L. A., & Moura, É. R. (2009). Rede de relações sociais e apoio emocional: pesquisa com idosos, Iniciação Científica CESUMAR, V.1, nº 1.
- Papália, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2006). Desenvolvimento: Humano. (8º ed.). Porto Alegre: Artimed.
- Pais, J. M. (2006). Nos Rastos da Solidão, Deambulações Sociológicas. Lisboa: Âmbar.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. Inc. Paul, C.& Fonseca, A. (coords), Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climpsi.

- Paúl, C. (2012). Tendências Atuais e Desenvolvimentos Futuros da Gerontologia. Inc.
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (coord), Manual da Gerontologia (1-15). Lisboa-Porto: Lidel
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (2009). Predicting loneliness in old people living in the community. Reviews in Clinical Gerontology.
- Pimentel, L. M. (2001). O lugar do Idosa na Família: Contextos e Trajetórias.Coimbra: Quarteto Editora.
- Schaie, W. & Willis, S. (2003). Psicologia de la edad adulta y la vejez (5ª ed). Madrid: Pearson/Prentice Hall.
- Sequeira, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes. Coimbra: Quarteto Editora.
- Singly, F. & Mallon, I. (2000). A proteção de si no lar de idosos. In François de Singly - Livres Juntos, O individualismo na onda comum (pp. 241-262). Lisboa: Dom Quixote.
- Vicente, A., Alvarez, D. L., Cadete, M. H., Quintela, M.J., Lopes, M. & Cordeiro, P. (2005). Manual de Boas Práticas - Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P.
- Wiles, J.L., Leibling, A., Guberman, N., Reeve, J. & Allen, R. E. S (2011). The Deaning of “Agein in Place” to Older People. The Gerontologist.

WEBSITES & REDES SOCIAIS

- humanitude.pt, O website da Humanitude em Portugal
- agevillagepro.com, O website dos Institutos Gineste-Marescotti
- <https://sbgg.org.br/>, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

ANEXOS



UNIÃO DAS MISERICÓRDIAS
PORTUGUESAS

ANEXO 1:

PLANO INDIVIDUAL

DE CUIDADOS:

MODELO CENTRADO

NA PESSOA



PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS: MODELO CENTRADO NA PESSOA

A doença crónica implica gestão e continuidade das intervenções. A pessoa que recebe cuidados, independentemente da tipologia, momento ou temporalidade, merece um método implementado a nível nacional que garanta coerência e promova a eficiência global do sistema, assegurando o melhor cuidado ao melhor custo em cada etapa.

A inexistência de um plano de cuidados integrados na doença crónica, e em qualquer processo de prestação de cuidados, produz resultados desarticulados, ineficientes e sem coerência temporal.

É pois fundamental implementar a nível nacional um **PLANO INDIVIDUAL DE CONTINUIDADE DE CUIDADOS**, partilhado pela equipa prestadora em cada momento, transversal ao percurso de vida da pessoa e instrumento de continuidade de todas as intervenções.

Um processo de continuidade baseado no plano individual de cuidados, simples e eficiente, permite partilhar, ao longo do percurso de cada utente, a listagem de problemas, análise e intervenções. Além de registar e fornecer dados para uma gestão individual, também agrega informação sobre a realidade institucional e nacional.

PRESSUPOSTOS

- Respeito pela dignidade e necessidades da pessoa como um todo
- Respeito pelos direitos da pessoa com doença crónica ou necessidade de cuidados
- Compreensão da história de vida da pessoa, dos seus valores, espiritualidade, gostos e preferências
- Validação e empatia
- Integração da família

OBJETIVOS

- Promover a continuidade de cuidados
- Assegurar uma articulação eficaz e eficiente entre os vários níveis de apoio e na circulação entre eles (apoio informal, serviço de apoio domiciliário, institucionalização/internamento em ERPI, cuidados continuados ou hospital)
- Garantir o melhor cuidado, com maior eficiência, ou seja, o melhor valor pelo menor dinheiro

PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS: MODELO CENTRADO NA PESSOA

- Garantir a eficiência de alocação de recursos e de satisfação das necessidades
- Fornecer informação homologada, parametrizada e comparável para avaliação das necessidades individuais, gestão micro ao nível do utente e da instituição e também gestão macro a nível regional e nacional

IMPORTÂNCIA DA TÉCNICA DE PIC

A metodologia de trabalho recorre principalmente a competências (os recursos técnicos e MCD são aqui acessórios) e deve também assegurar a autonomia técnica de cada disciplina, promover a sinergia dos recursos, desenvolvendo permanentemente a eficiência da equipa interdisciplinar. As várias disciplinas definem em comum os objetivos, partilham as competências na elaboração do plano de trabalho e avaliam em equipa os resultados.

ORGANIZAÇÃO DO PIC

O PIC deve seguir uma metodologia e formato igual em todo o País e em todos os momentos. Deve ser sucinto, mas elucidativo. O primeiro passo é a identificação individual, incluindo a área bio psico social.

Para avaliação clínica funcional e cognitiva, estandardizada e científica, através de escalas homologadas e nacionais, sugerimos:

- Funcional - Katz (AVD) e Lawton (IAVD)
- Cognitiva - MMS Mocca
- Ambiente bio psico social/meio, família, social, ambiental, residencial (Gijón)
- Problemas de saúde (ICD)
- Problemas bio psico sociais (ICPC)

LISTA DE PROBLEMAS

- A lista de problemas deve ser sintética e abrangente com os problemas codificados e não em texto livre
- Utilização das escalas homologadas e nacionais para este efeito: problemas de saúde (ICD) e problemas bio psico sociais (ICPC)

PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS: MODELO CENTRADO NA PESSOA

OBJETIVOS

- Objetivos devem ser realistas, mensuráveis e coerentes
- Os objetivos devem ser discriminados por necessidade

PLANO DE INTERVENÇÃO

- Estabelece objetivos realistas, mensuráveis, coerentes
- Organiza o trabalho de cada técnico e a programação da equipa

AVALIAÇÃO

- Atualiza a situação de cada problema e a sua evolução
- Avalia o atingimento dos objetivos
- Equaciona a adaptação à evolução

RESPONSABILIDADE DOS RESULTADOS

- O gestor do plano deve ser reconhecido por todos e eventuais mudanças devem ser comunicadas de imediato às equipas
- O gestor deve ser selecionado de acordo com a intervenção mais relevante no momento

O plano individual de continuidade de cuidados deve ser utilizado por todas as equipas que sigam os utentes em diferentes momentos. Para tal, deve estar acessível em meio informático, através de código de cada equipa. Pode ainda ser articulado com PIC de outras valências.

Para apoiar o setor no trabalho que desenvolvem diariamente, a UMP elaborou modelos de PIC aplicáveis a diversas respostas sociais (lares, SAD e outros). Esses instrumentos de trabalho estão disponíveis para consulta em www.ump.pt

ANEXO 2:

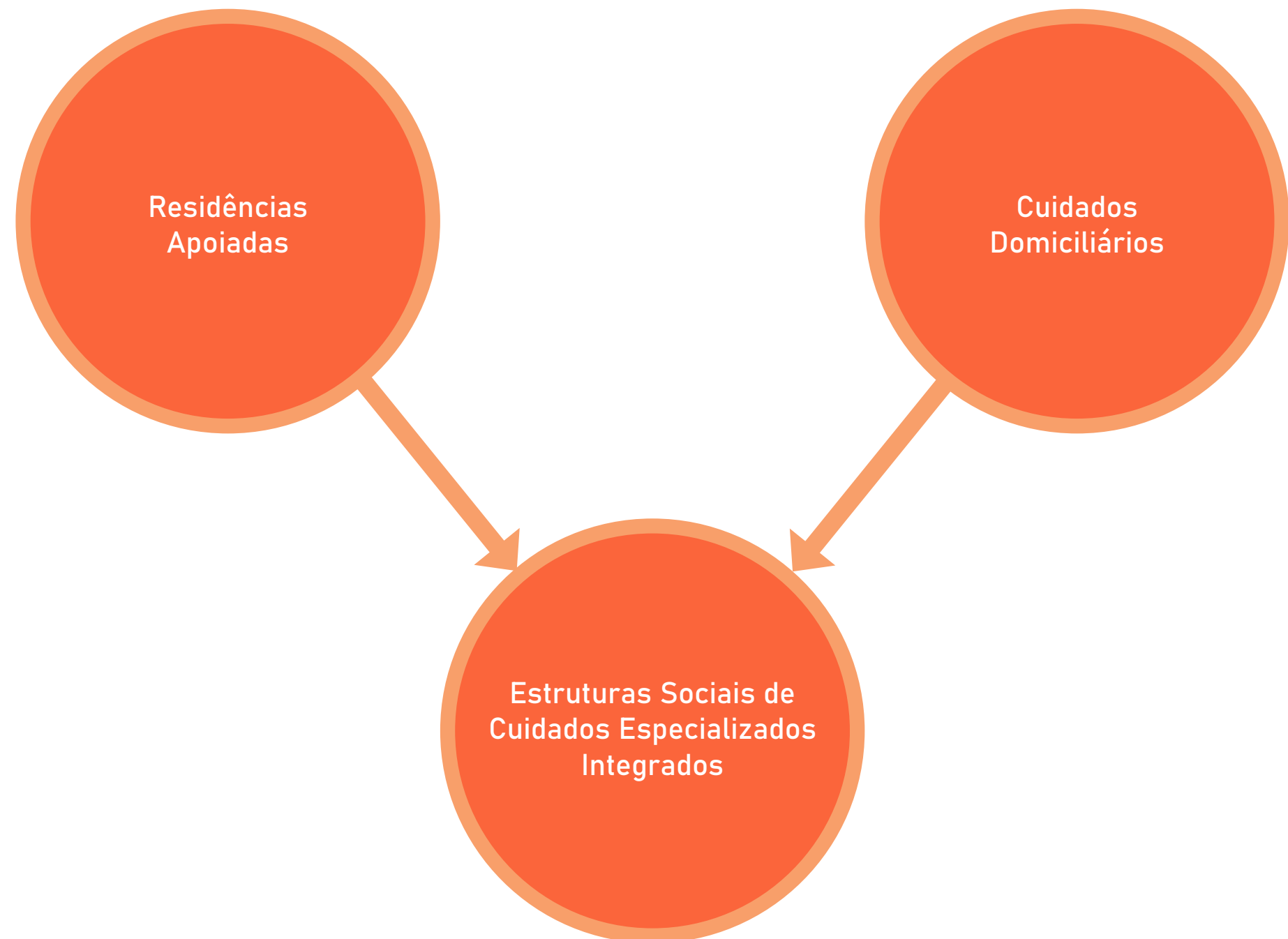
O LAR DO FUTURO



RESPOSTAS RESIDENCIAIS SENIORES DO FUTURO

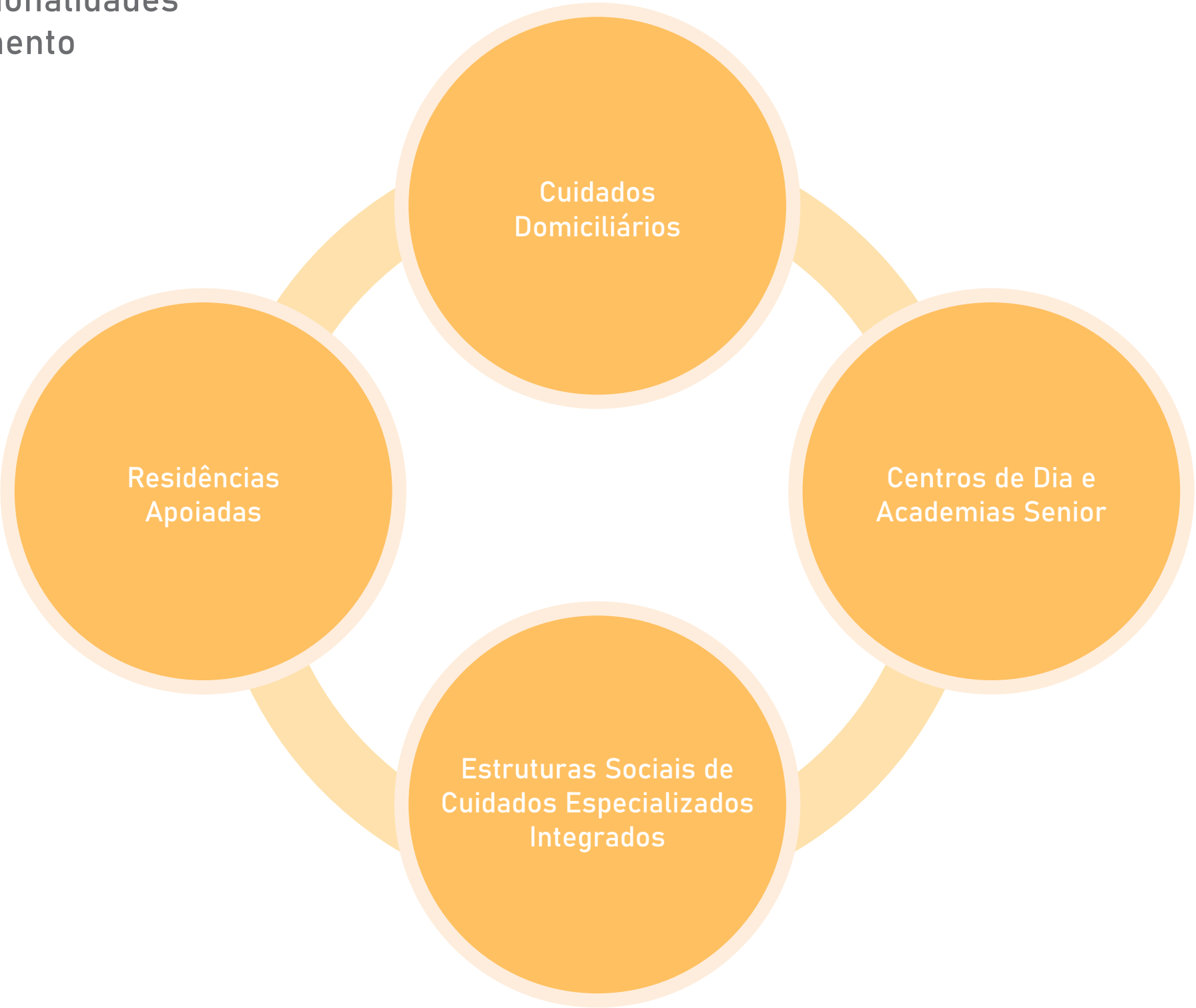
A Arquitectura e o ambiente nas Estruturas Sociais Especializadas Integradas

O presente estudo foca-se nas Estruturas Sociais de Cuidados Especializados Integrados, que são alojamentos coletivos, temporários ou permanentes, para pessoas idosas em situação de risco de perda da sua independência ou autonomia total, onde a resposta de apoio em SAD (Serviços de Assistência Domiciliária) ou Residência Apoiada já não são respostas suficientes.



"LONG TERM CARE"

Diferentes momentos/níveis de funcionalidades
ao longo do processo de envelhecimento



Capacitação para uma vida social
activa dos mais dependentes
funcionalmente

Espaço para terminalidade e
necessidades paliativas

Manutenção e reabilitação de
população com demência

Cuidados de Saúde a pessoas
com dependência

Manutenção de autonomia de
pessoas com dependência menor



Estruturas Sociais de
Cuidados Especializados
Integrados

OBJECTIVO

Solução arquitectónica que reúne um conjunto de características e especificidades que responda às ideias operativas do novo modelo para o envelhecimento.

Integração



- Respostas de diferentes áreas de cuidados no acompanhamento do processo de envelhecimento

Especialização



- Criação de respostas para o bem-estar, vida activa e dinâmica física e mental do idoso nas diferentes fases de envelhecimento

Articulação



- Unidades autónomas mas confluentes, pré-preparadas para a evolução da pessoa nos diferentes momentos/níveis da sua idade funcional

Tecnologia



- Implementação de processos de apoio e monitorização de utentes
- Desmaterialização e simplificação de redes de comunicação, gestão e suporte entre cuidadores e familiares





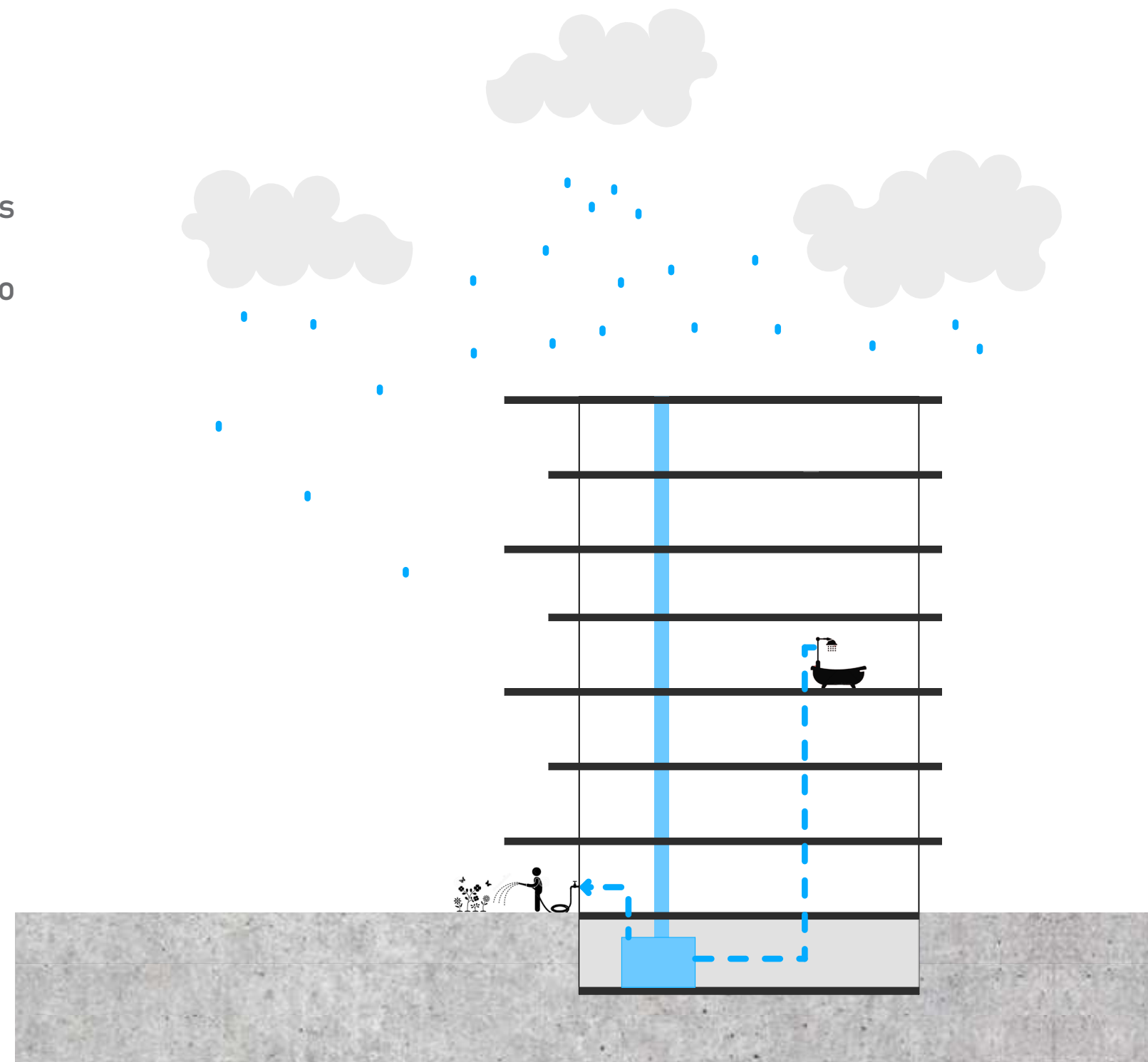
VANTAGENS

- Diminuição da utilização do recurso hídrico potável
- Redução da dependência das reservas de água subterrânea
- Redução do consumo de água da rede pública e encargos associados
- Redução dos custos de exploração dos sistemas de abastecimento de água

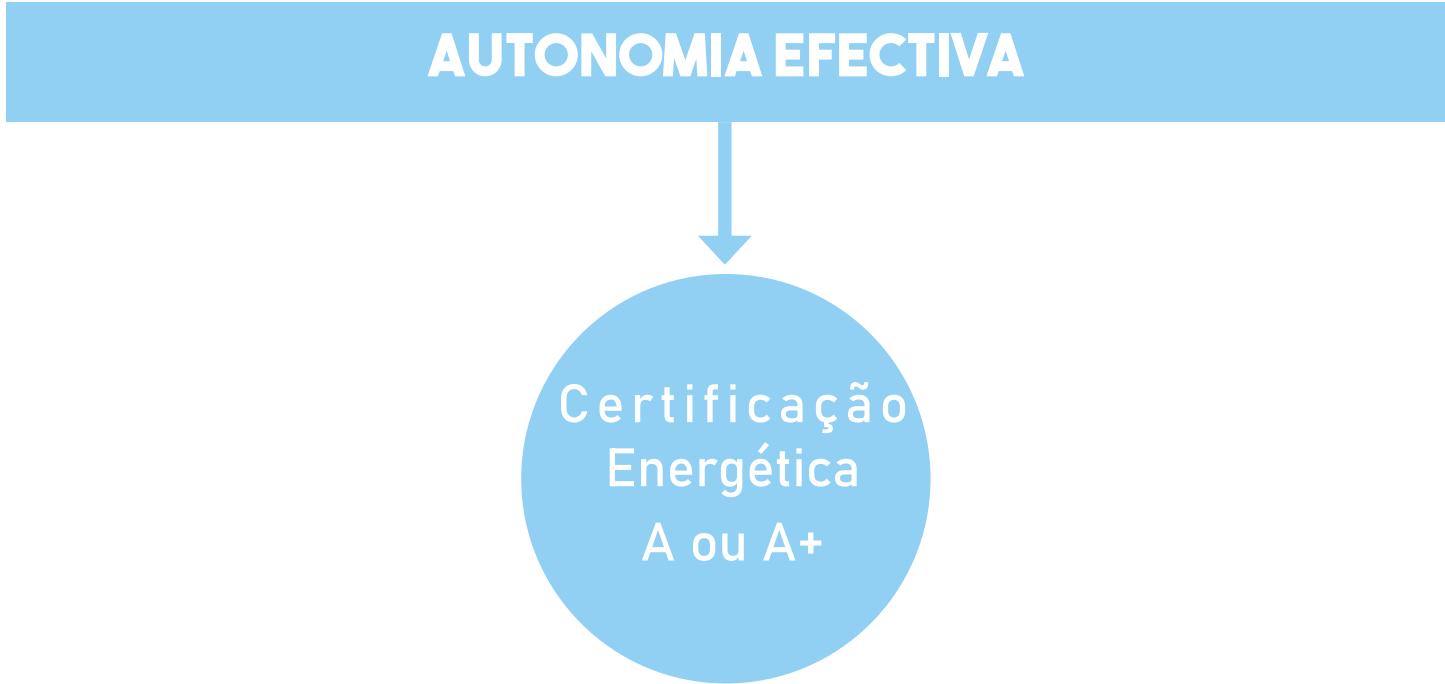
UTILIZAÇÃO

- Descargas sanitárias
- Lavagem de roupas, pavimentos, hortas e jardins
- Arrefecimento de telhados, equipamentos e máquinas
- Reposição de água evaporada de piscinas

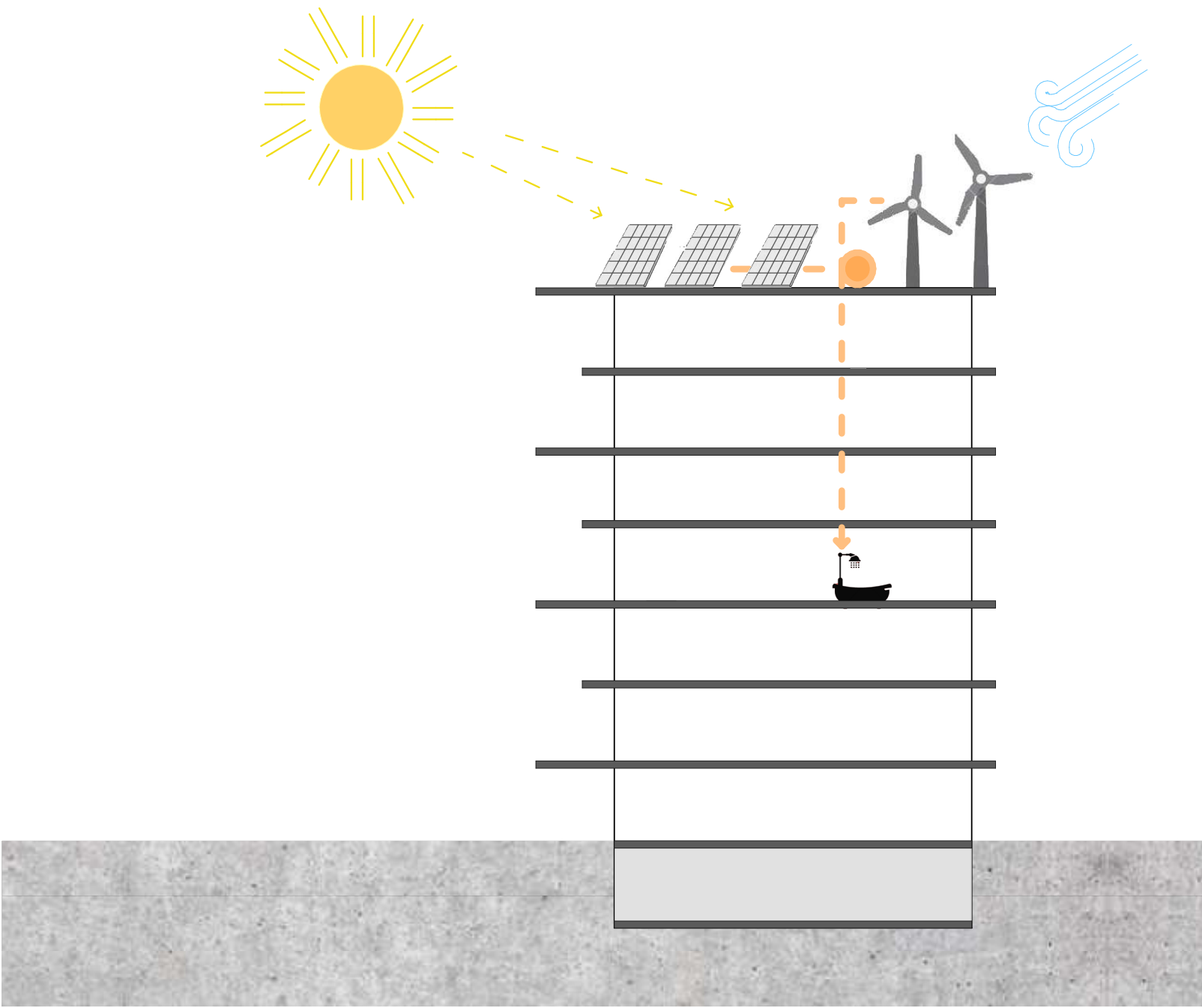
RECOLHA DE ÁGUAS PLUVIAIS



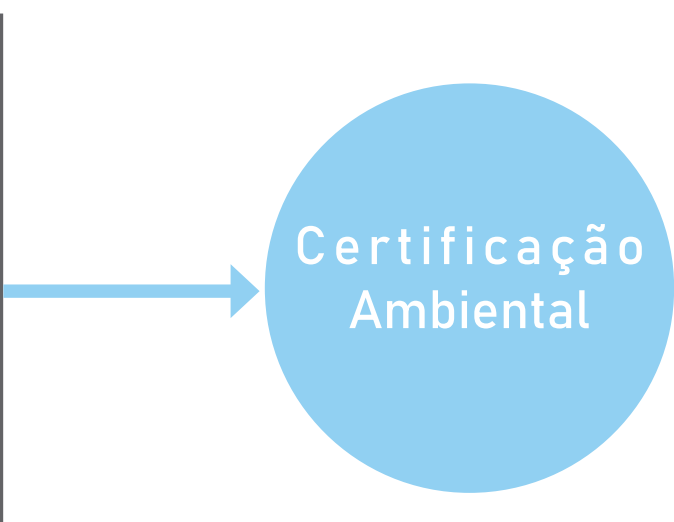
- SOL** Utilização de Paineis Solares e Fotovoltaicos
- VENTO** Energia Eólica potenciada pela construção em altura
- TERRA** Bombas de calor geotérmicas



EFICIÊNCIA ENERGÉTICA



- Boa orientação solar
- Iluminação natural
- Ventilação natural
- Sistema térmico otimizado
- Sistemas de produção de energia

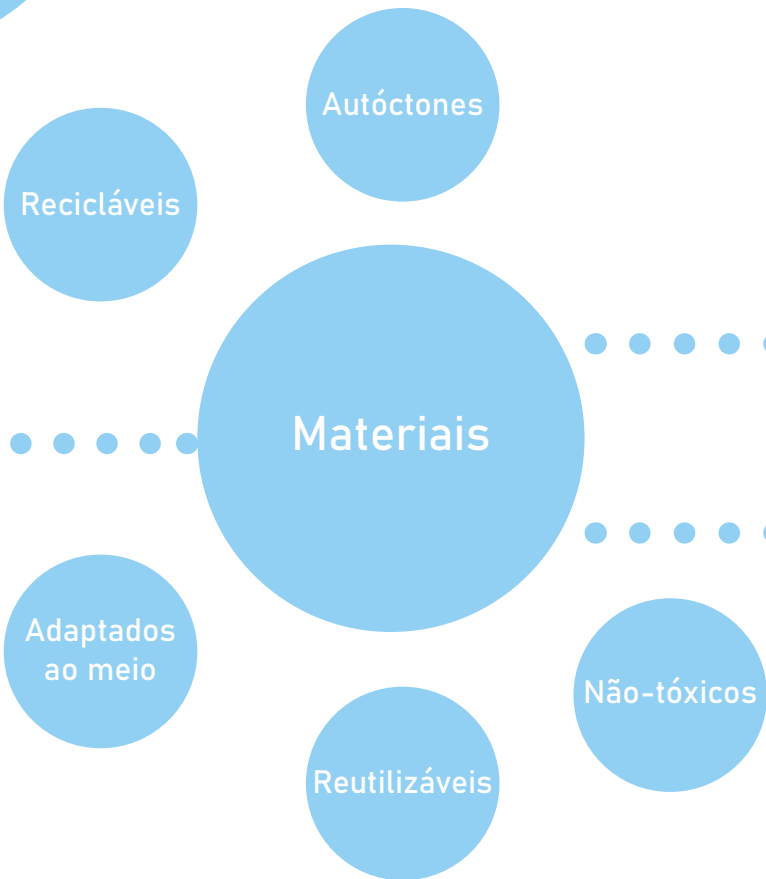


CONFORTO AMBIENTAL E MATERIAIS

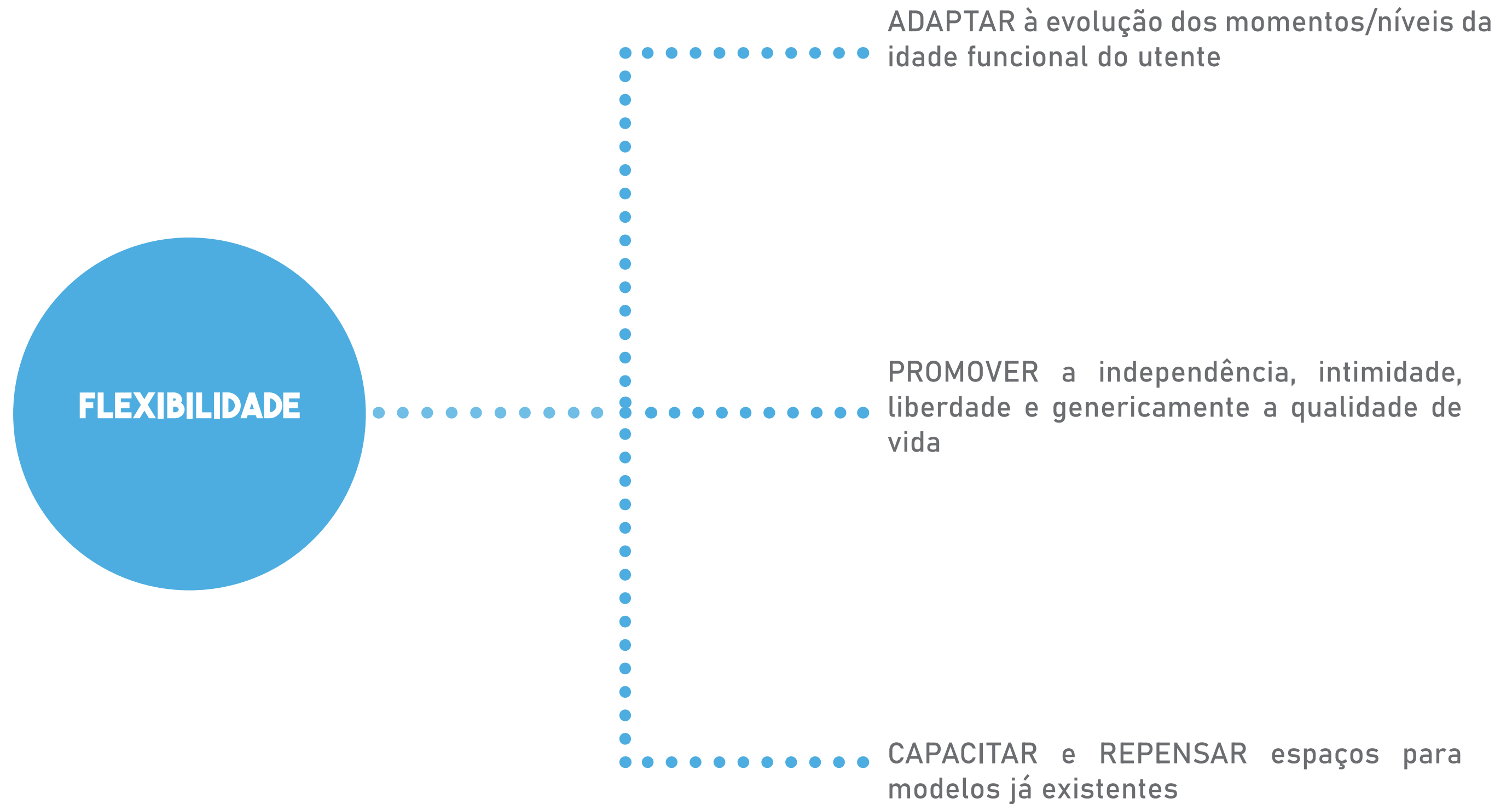
- Empregabilidade da população local
- Redução de gastos/ poluição no transporte

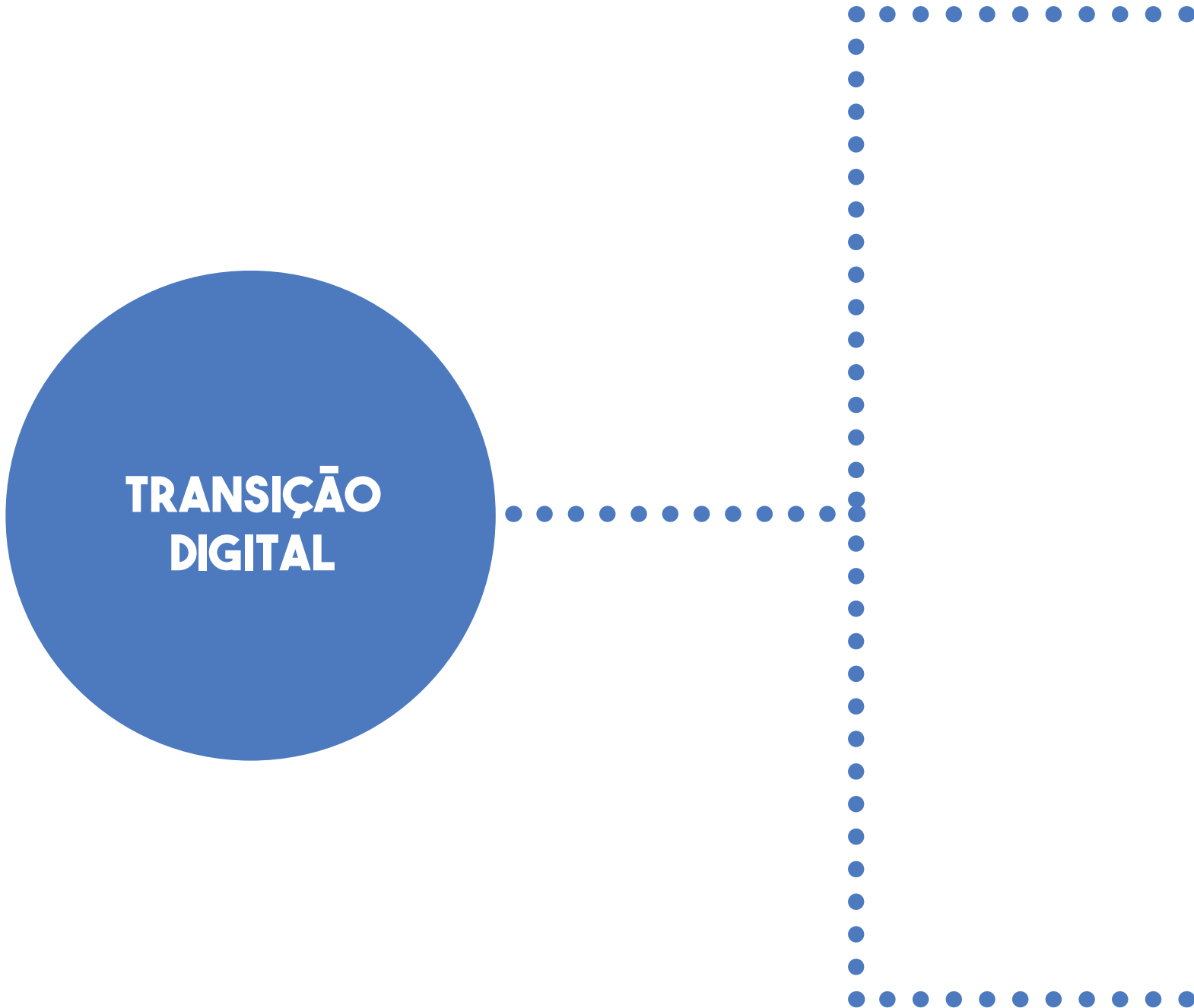


Bom comportamento térmico
Melhorias na qualidade do a
interior



Projecto Reversível de
Baixo Impacto Ambiental





TRANSIÇÃO DIGITAL

PRÍNCÍPIOS ORIENTADORES

- Proporcionar maior conforto, segurança e custos menores
- Garantir manutenção do edifício de forma automatizada
- Implementar tecnologia ao serviço e à disponibilidade dos utentes
- Criação de base de informação para apoio à Gestão nas tomadas de decisão

BENEFÍCIOS

- Desempenho e funcionalidade otimizados para o edifício
- Eficiência energética e operacional maximizada
- Aumento de segurança e proteção para proporcionar mais conforto aos utentes
- Retorno do investimento aprimorado ao longo da vida útil do edifício
- Monitoramento e controle automatizados por meio de uma única plataforma gerenciável
- Obtenção de informação para uma gestão mais eficiente

DOMÓTICA E INFORMÁTICA

ATIVIDADES AUTOMATIZADAS

- Controlo de aquecimento, ventilação e ar-condicionado
- Máquinas, electrodomésticos e áudio
- Fibra Óptica
- Telecomandos, acessos por telemóvel e internet
- Painéis Tácteis de visualização
- Alteração de luminosidade, temperatura e humidade
- Controlo automático de cortinas e estores
- Controlo automático de renovação de ar interior
- Controlo automático de iluminação

ATIVIDADES ESPECIALIZADAS

- "Assisted Living Technologies"
- Sensores de movimento/temperatura para controlo e monitorização.
- Associação de painéis com informação de utentes e especificidades médicas, com vantagens para utentes e cuidadores/funcionários
- Software de gestão de dados e pessoal
- Aplicações disponíveis para atividades e dia-a-dia dos utentes
- Tele-Medicina e Tele-Consulta, comunicação entre pares e entre utentes



NECESSIDADES
FUNCIONAIS

PROGRAMA
TEMÁTICO

ACOMPANHAMENTO
TÉCNICO

ACESSIBILIDADES

Áreas específicas:

- Espaços para terminalidade e necessidades paliativas
- Espaços para alteração de comportamentos complexos

Áreas adaptáveis:

- Dependências leves/moderadas
- Demências
- Reabilitação

- Ginásio/Fisioterapia
- Cabeleireiro
- Podologia
- Espaço de Recolhimento
- Espaços Verdes
- Salas de Leitura
- Espaços Multifunções adaptáveis
- Salas de Estimulação

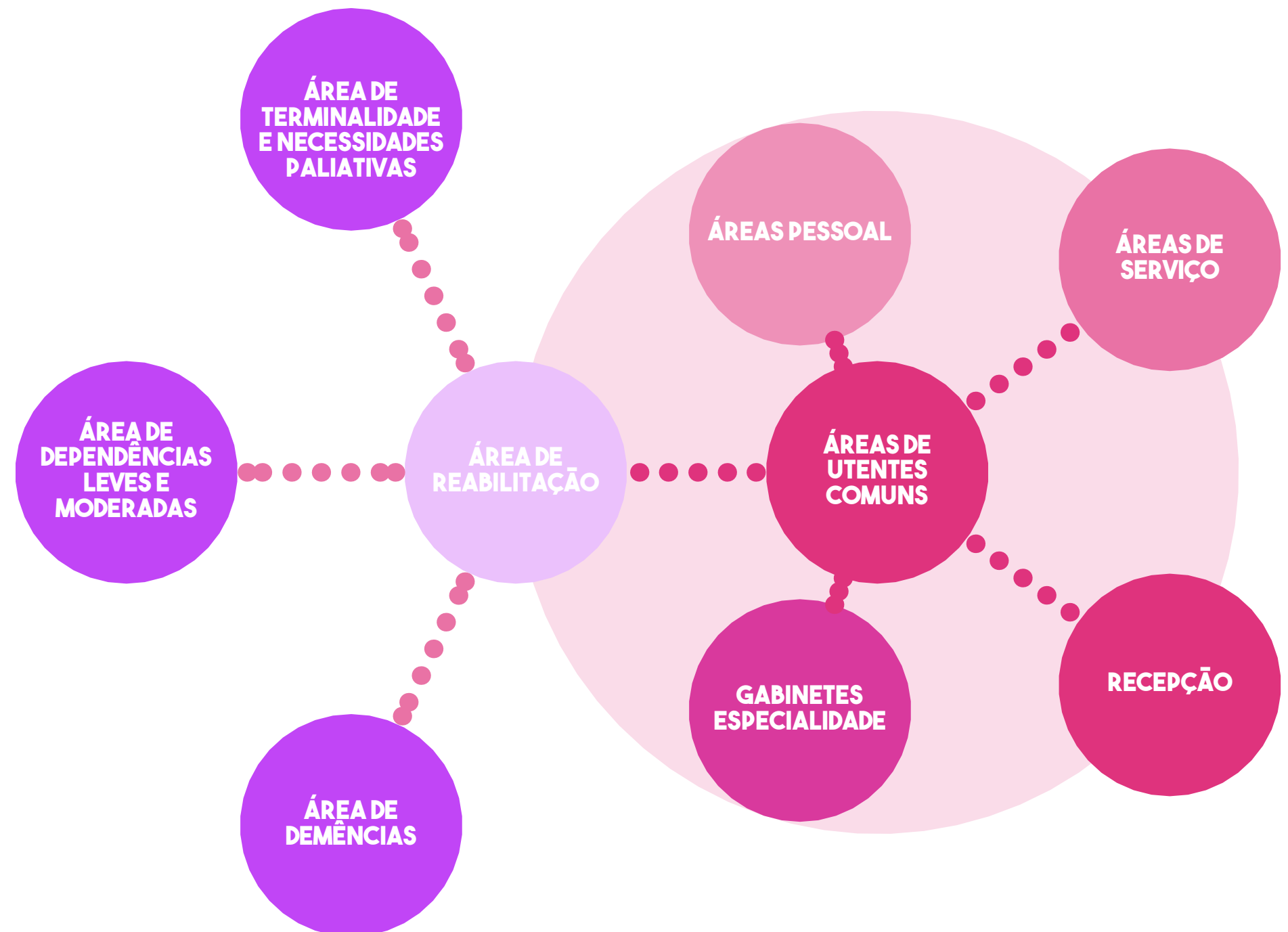
- Gabinetes de Especialidades
- Medicina
- Fisiatria
- Psiquiatria e Psicologia
- Terapeuta da Fala
- Serviços de Enfermagem
- Fisioterapia
- Enfermagem
- Nutrição

- Assegurada a acessibilidade a pessoas de mobilidade reduzida
- Piso Antiderrapante
- Arestas de mesas e balcões tratadas
- Iluminação Controlada
- Guardas e corrimões acessíveis
- Puxadores, torneiras adequados
- Ajudas nas I.S., balneários, entradas

PROGRAMA

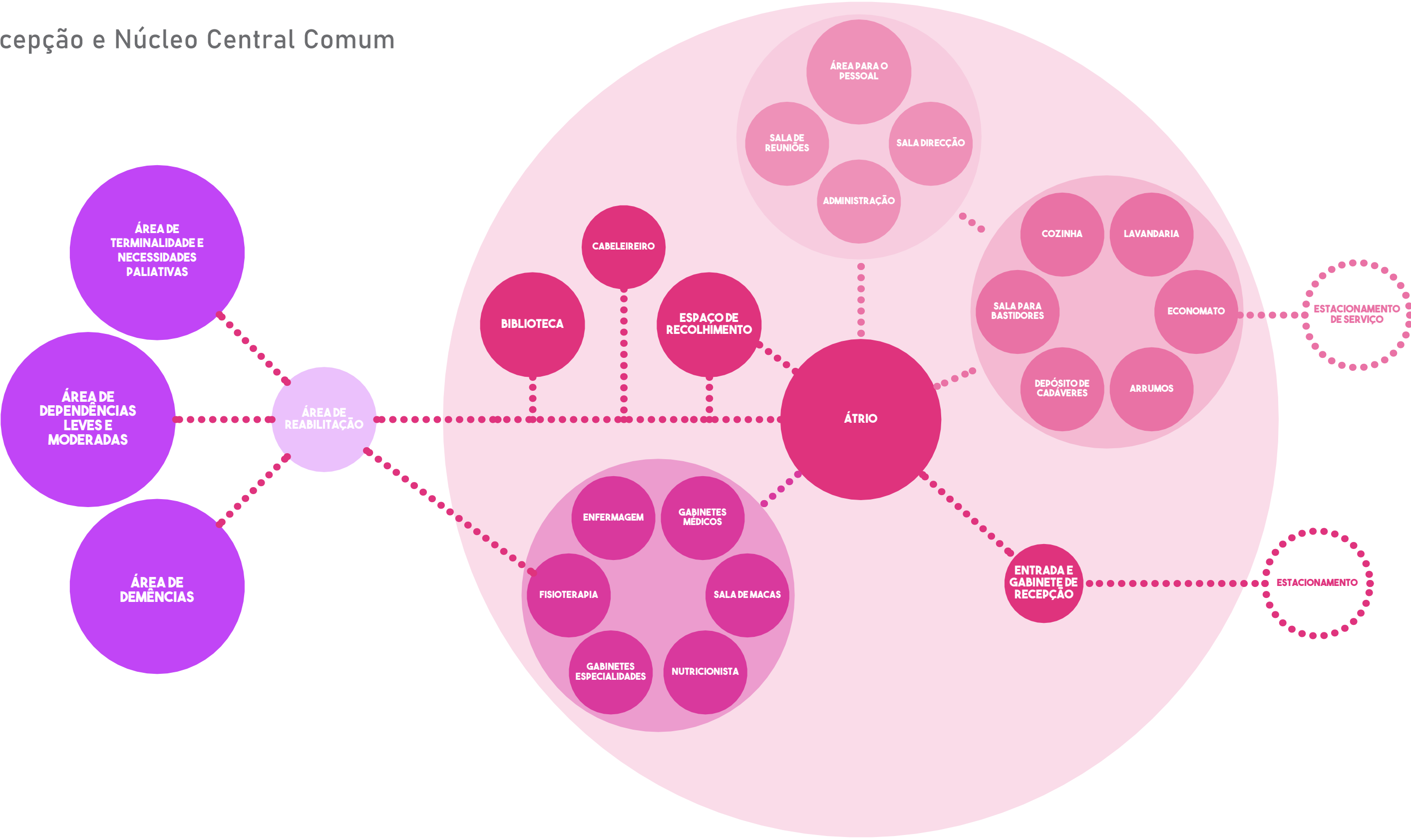
Diferentes unidades de resposta especializada para cada momento/nível de funcionalidade do processo de envelhecimento

Articulação ao torno de um núcleo central comum



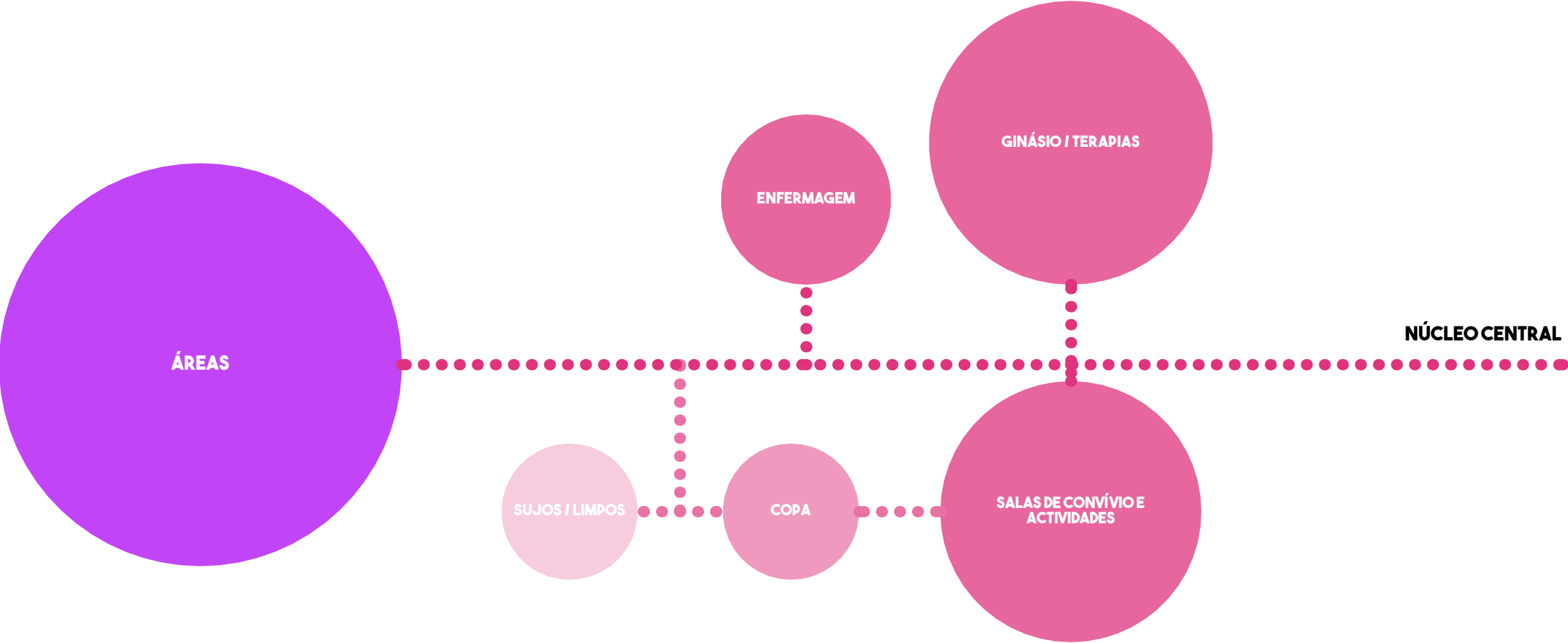
PROGRAMA

Recepção e Núcleo Central Comum



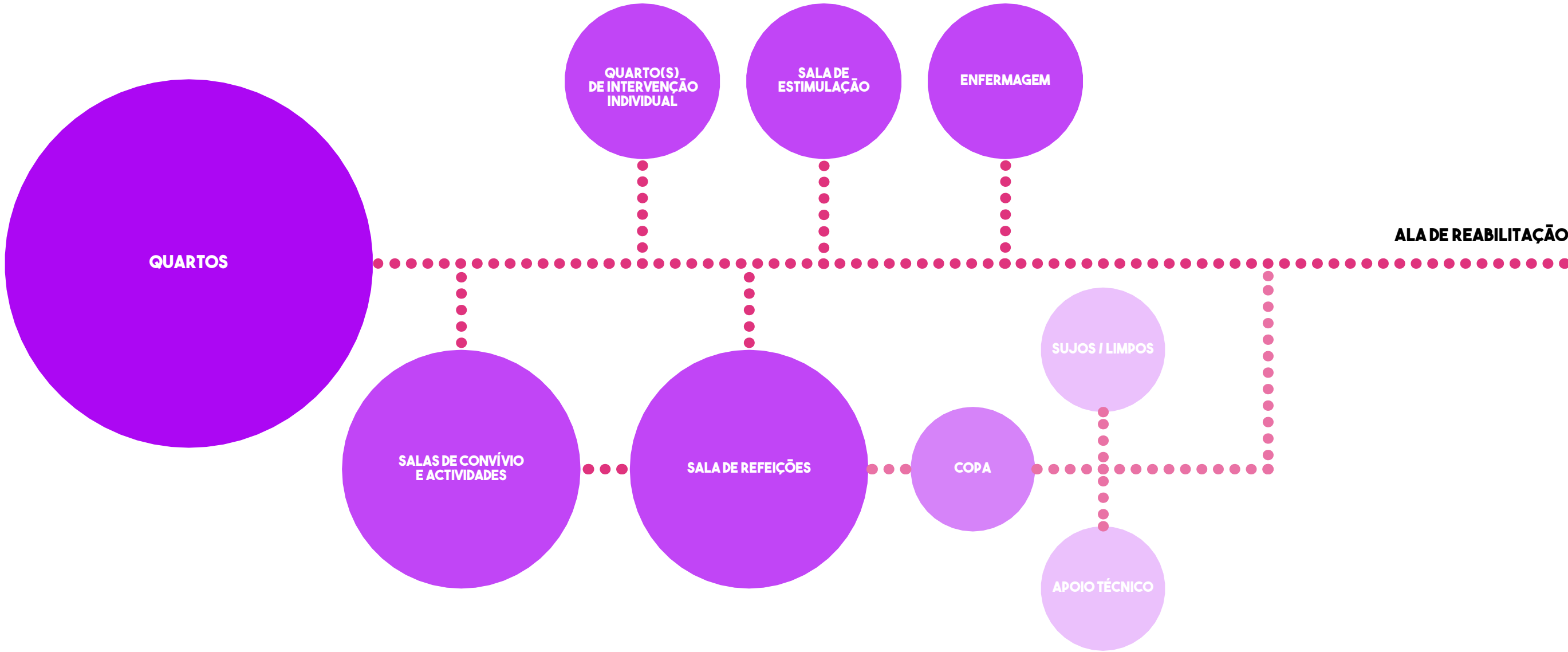
PROGRAMA

Área de Reabilitação



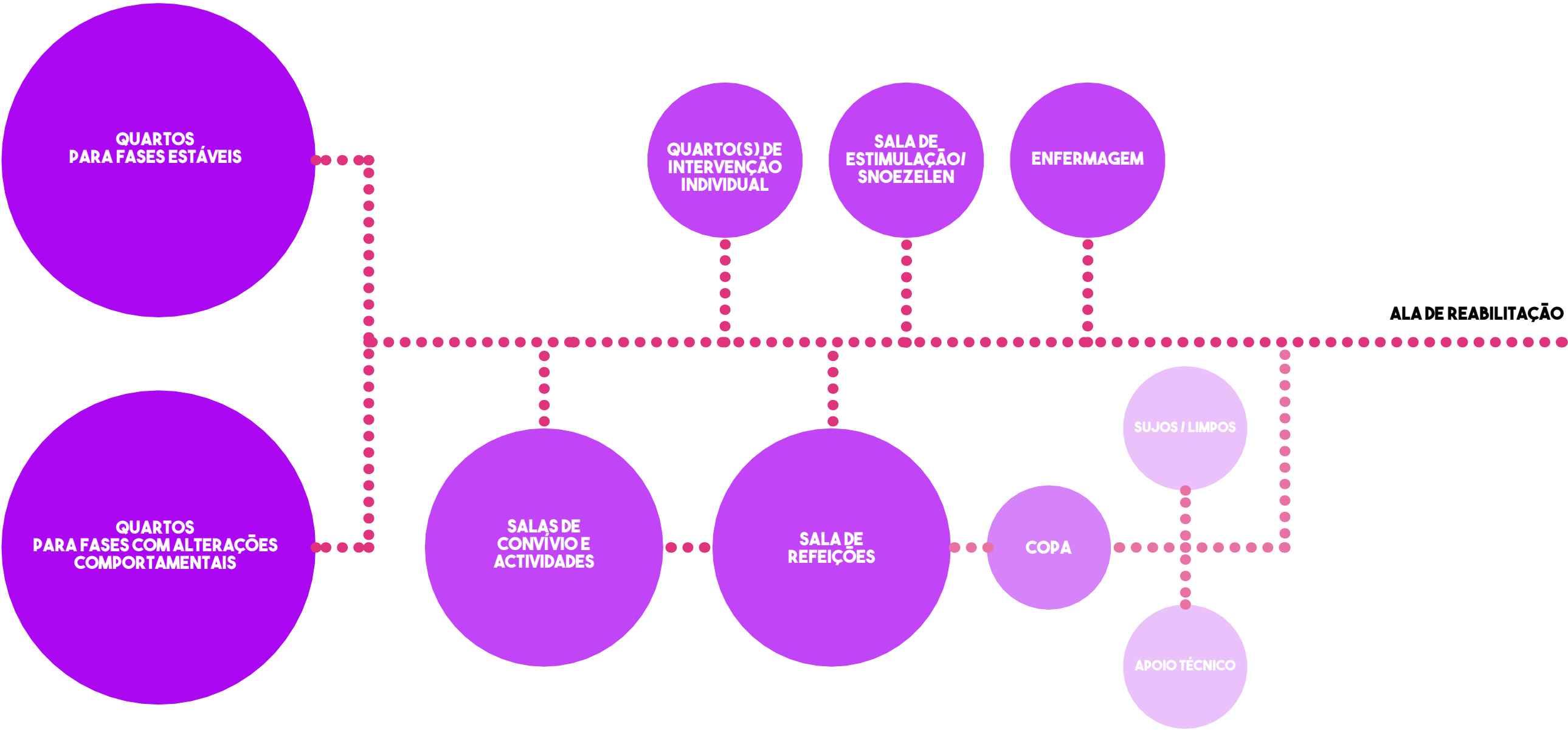
PROGRAMA

Área de Dependências Leves e Moderadas



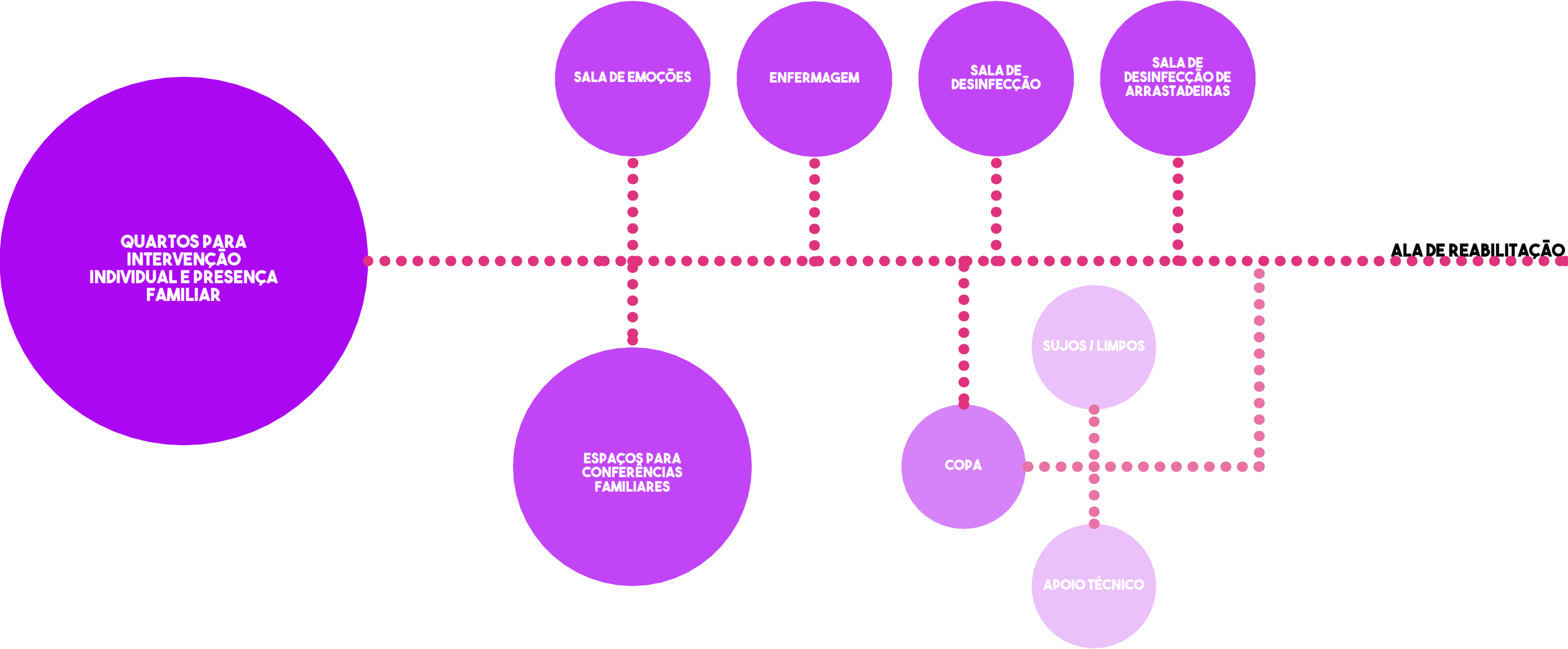
PROGRAMA

Área de Demências



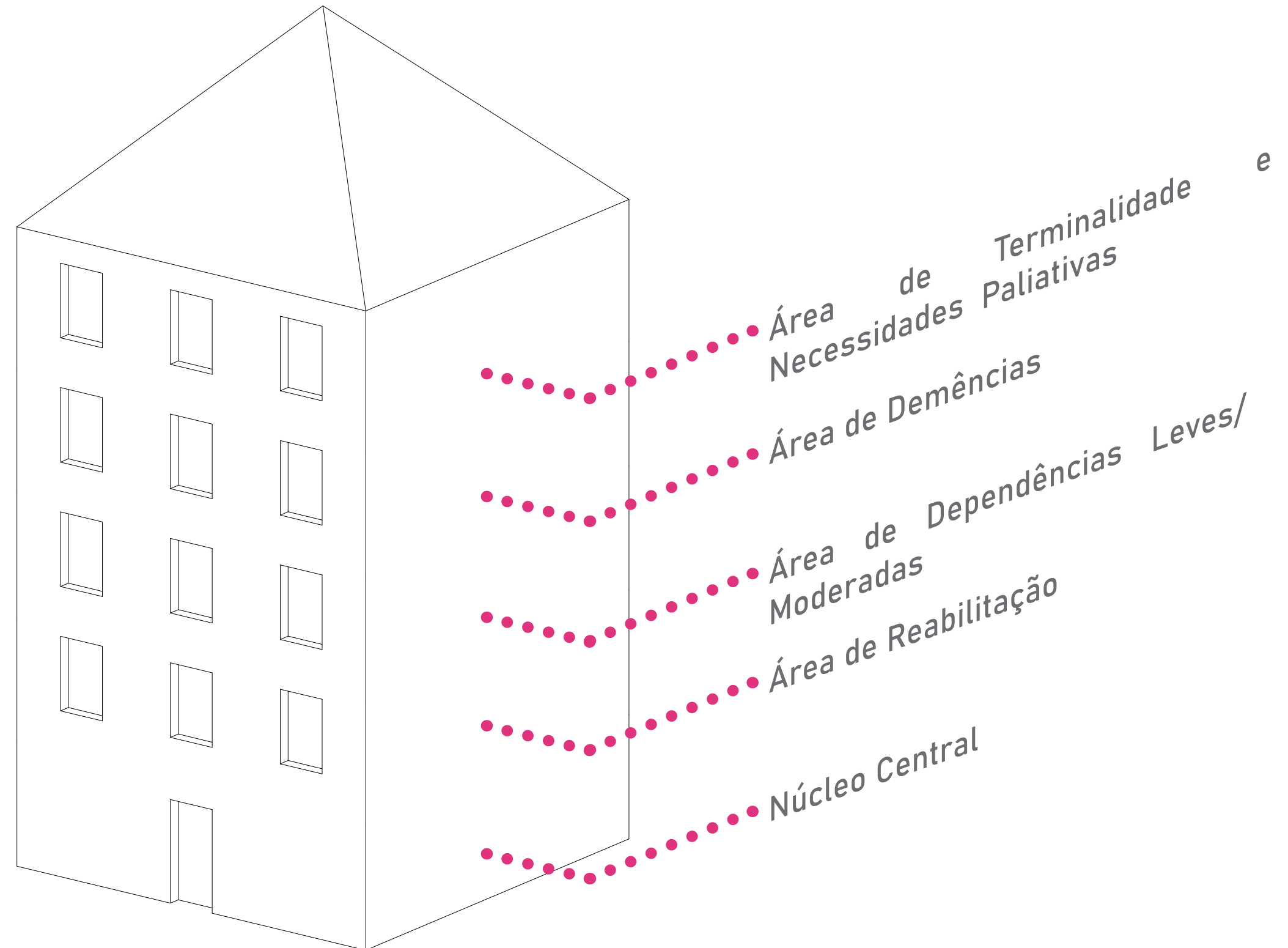
PROGRAMA

Área de terminalidade e necessidades paliativas



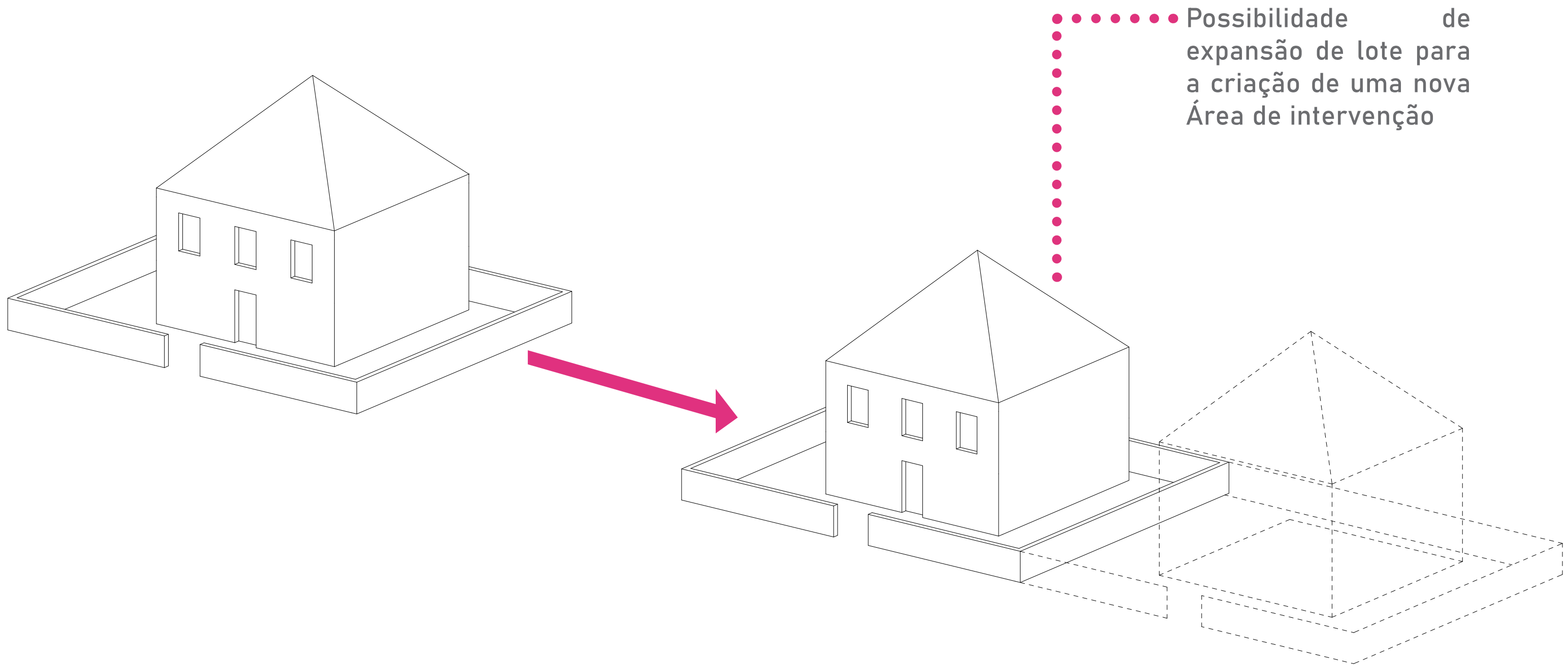
EXPANSÃO/ADAPTAÇÃO

Organização Vertical



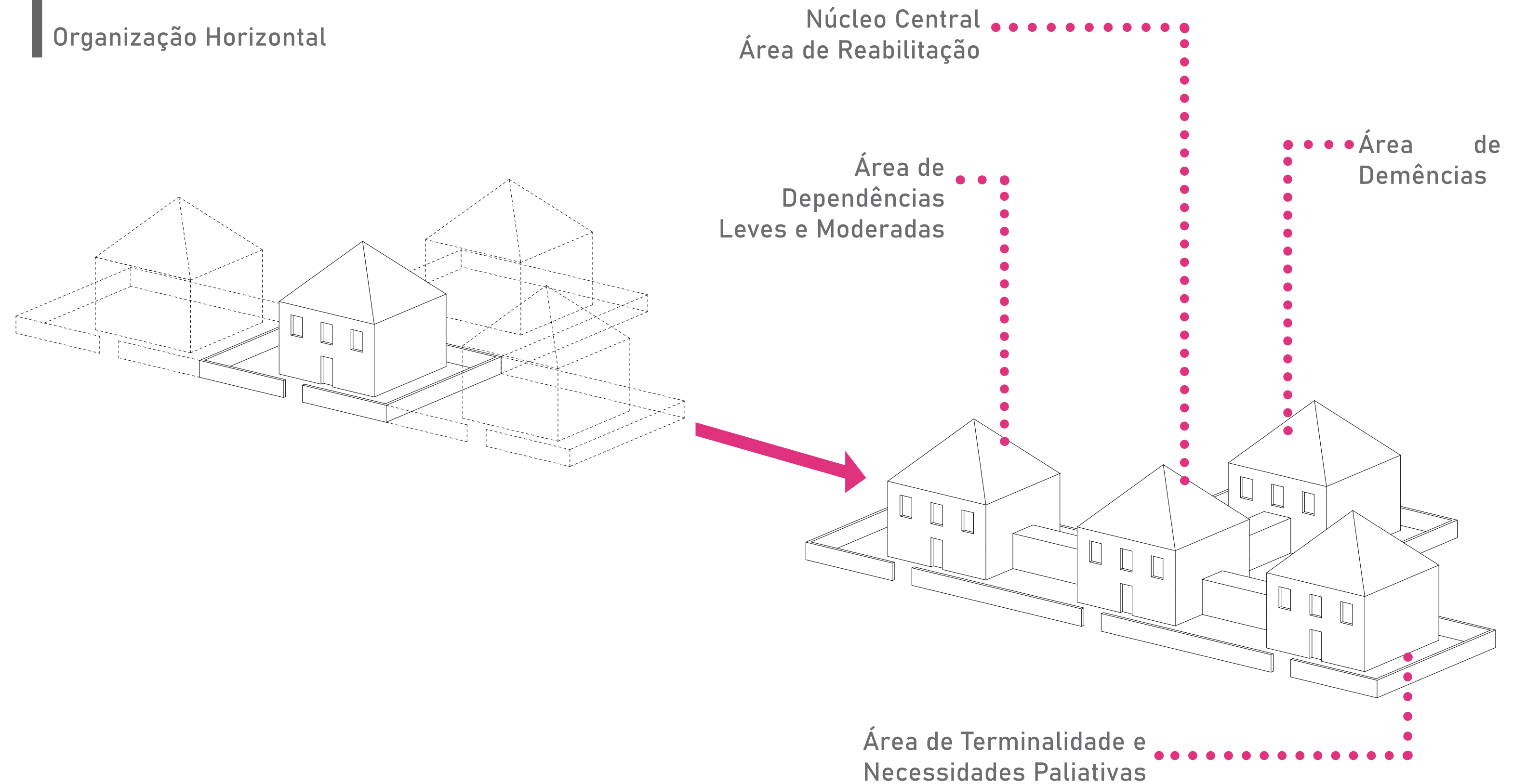
EXPANSÃO/ADAPTAÇÃO

Organização Horizontal



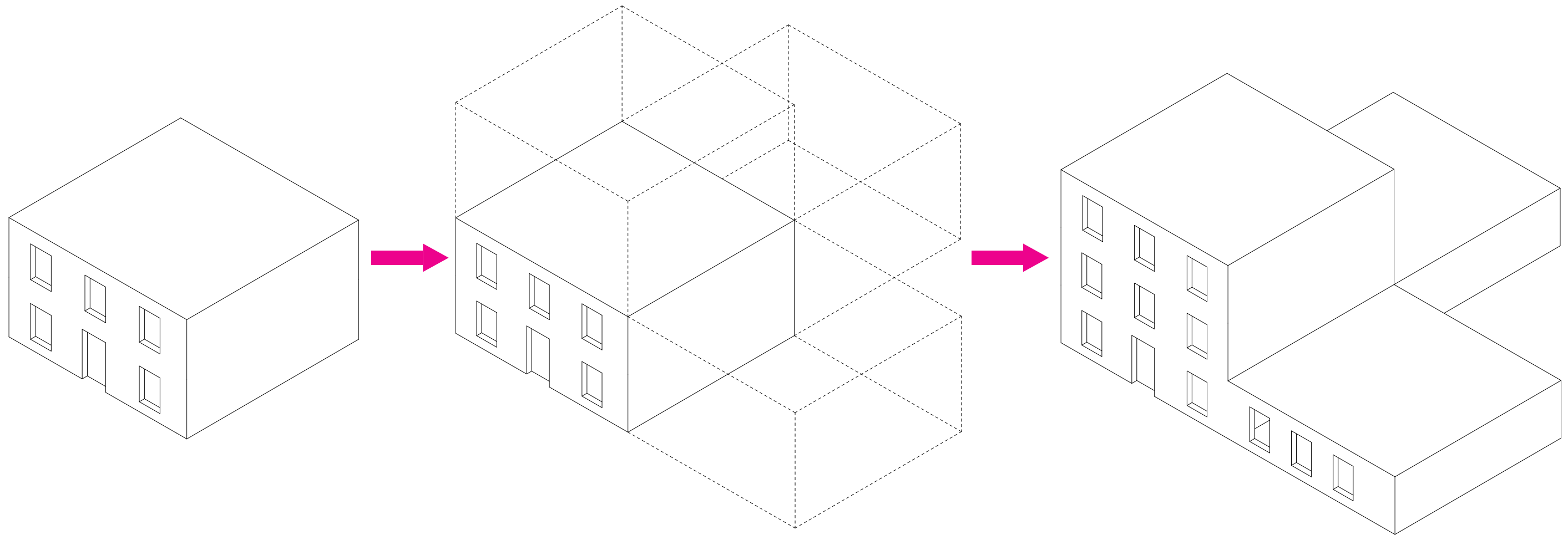
EXPANSÃO/ADAPTAÇÃO

Organização Horizontal



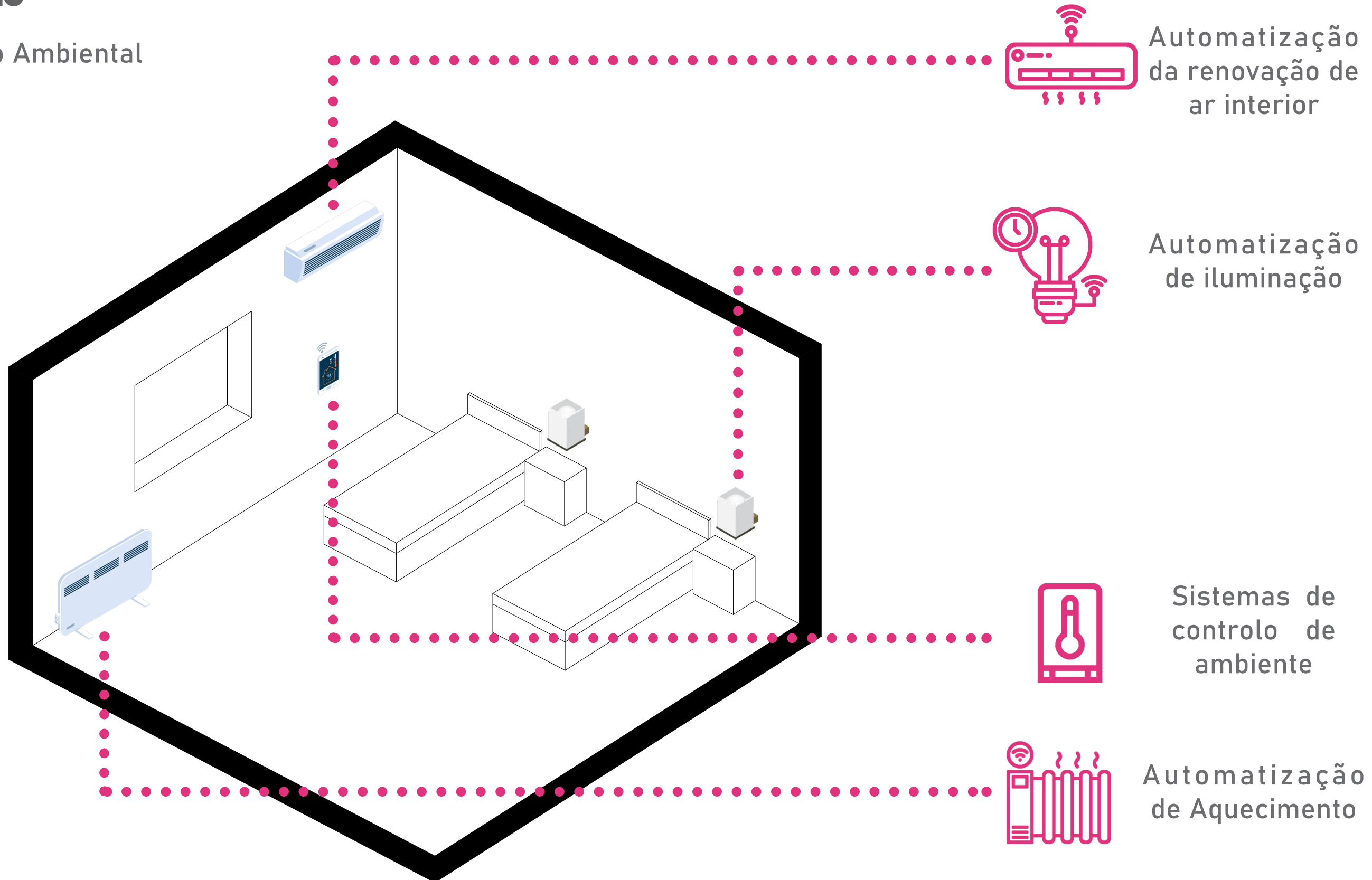
EXPANSÃO/ADAPTAÇÃO

Organização Mista



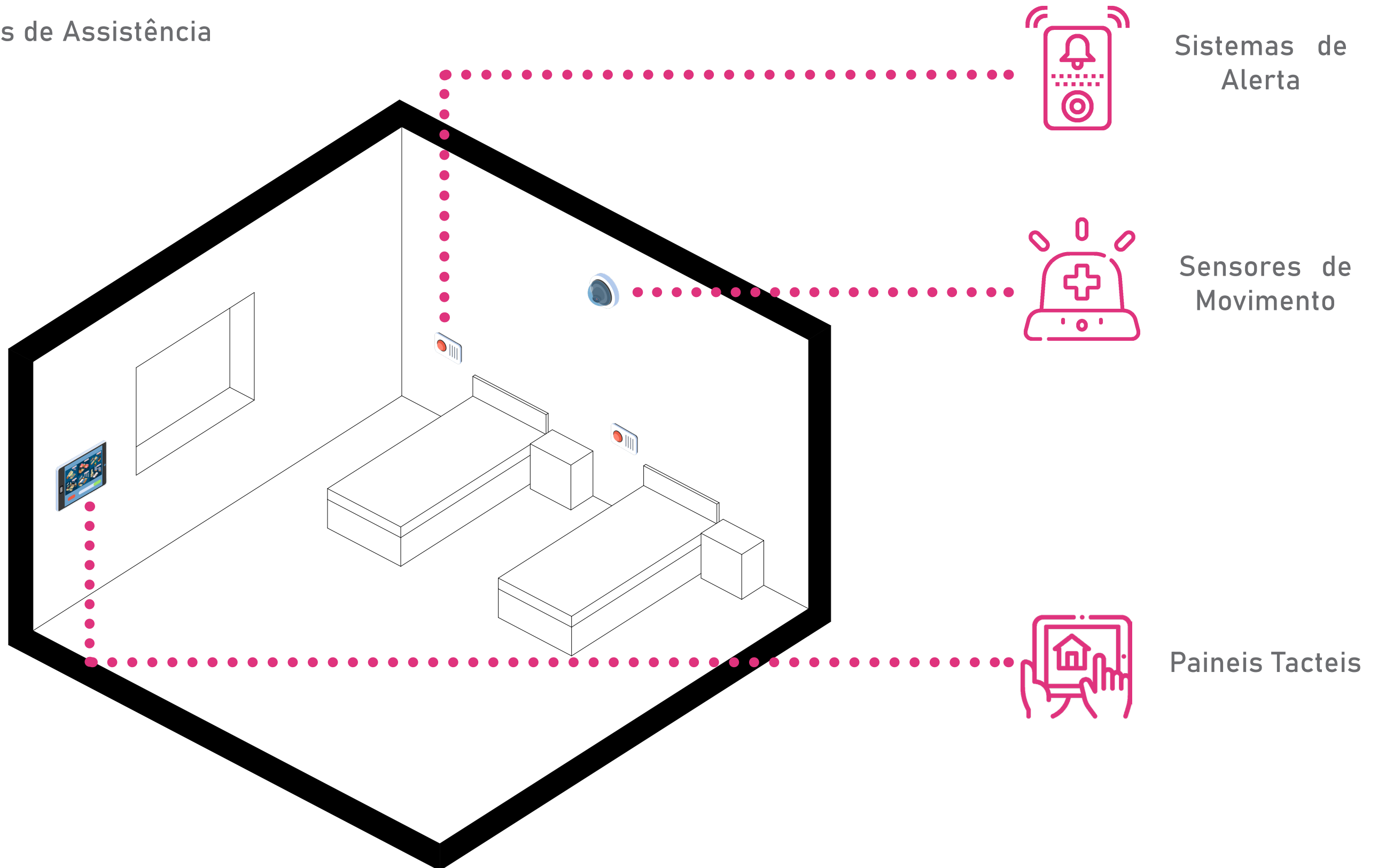
INTERVENÇÕES

Quartos - Controlo Ambiental



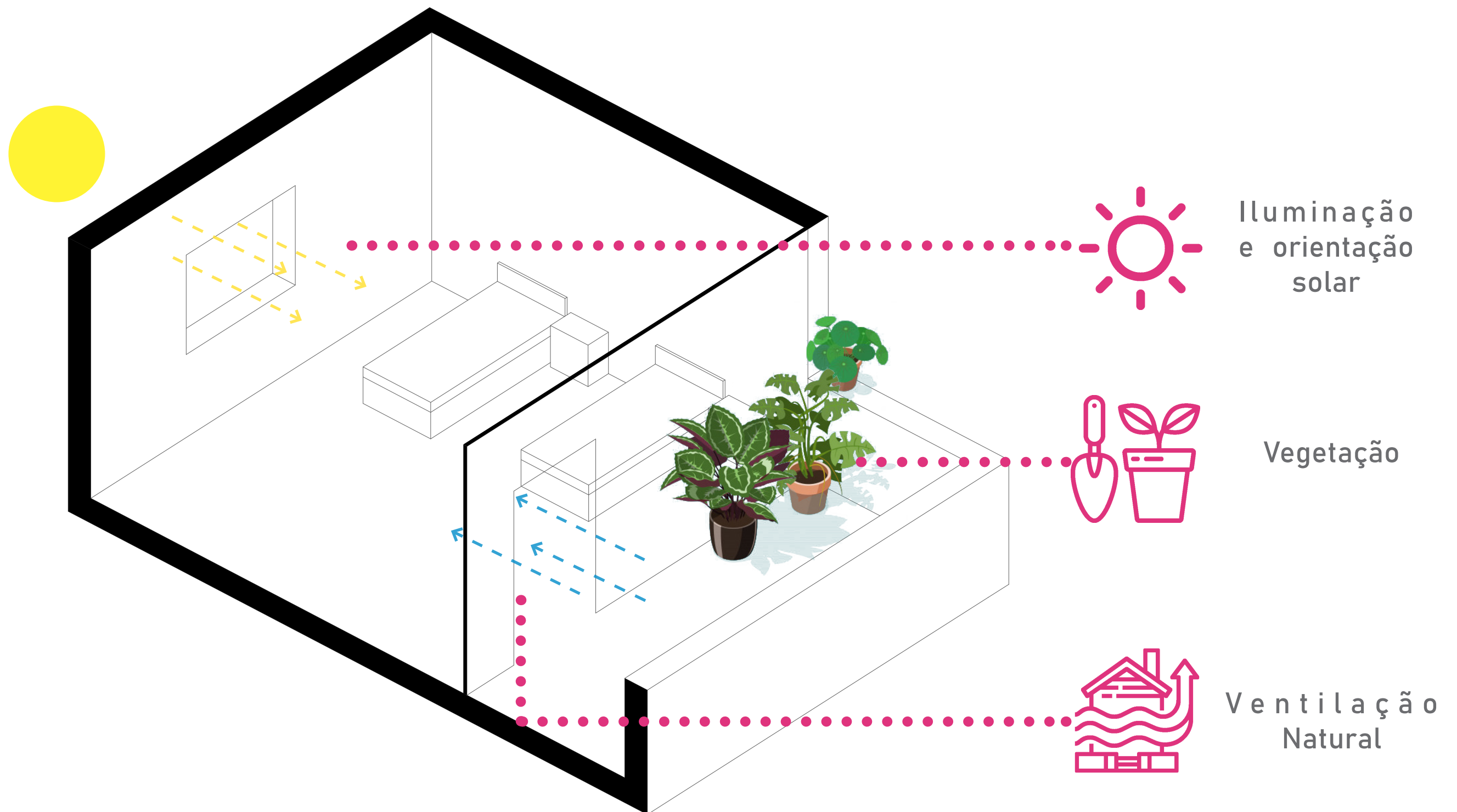
INTERVENÇÕES

Quartos - Sistemas de Assistência



INTERVENÇÕES

Quartos - Conforto Ambiental



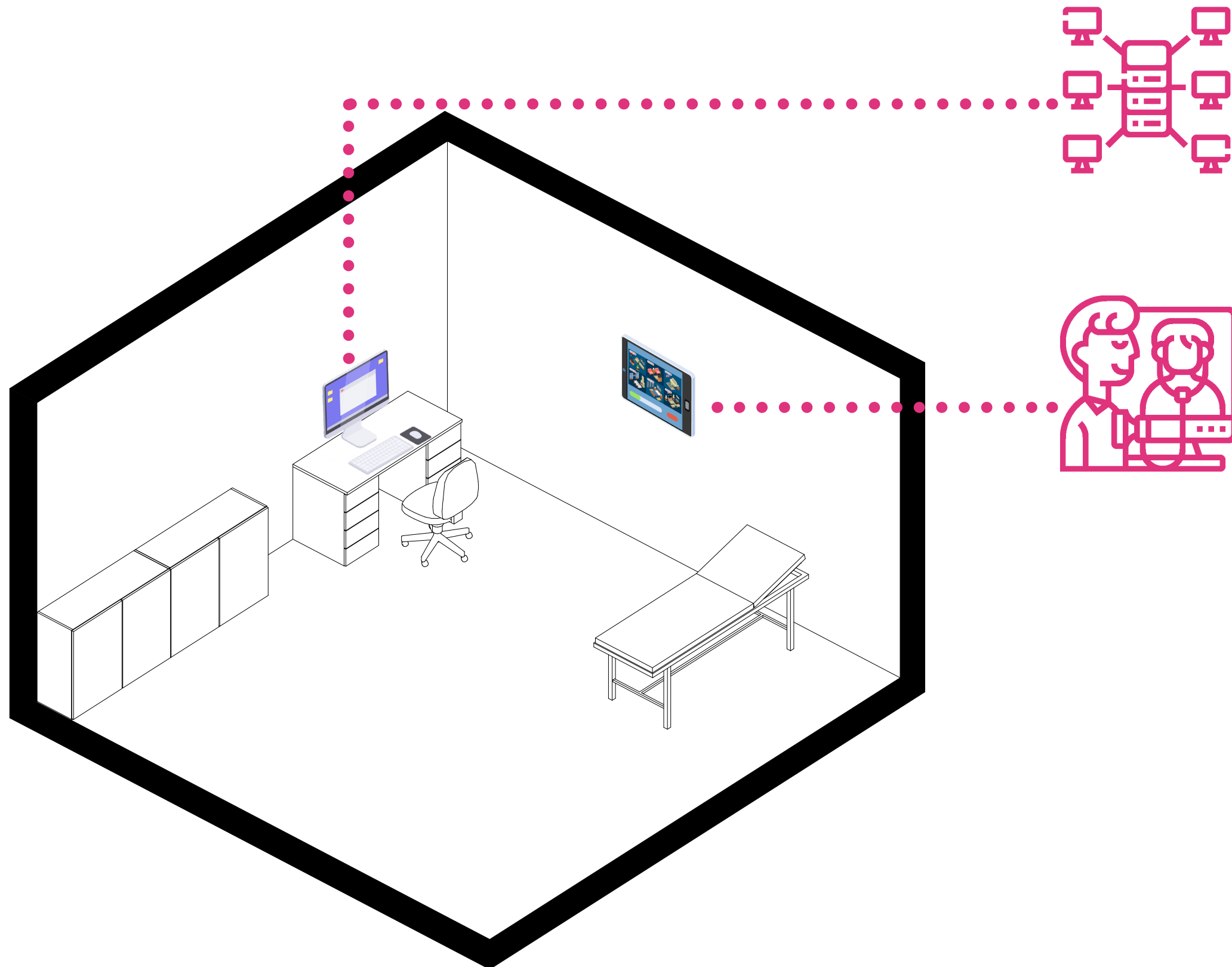
INTERVENÇÕES

Quartos



INTERVENÇÕES

Gabinetes Médicos

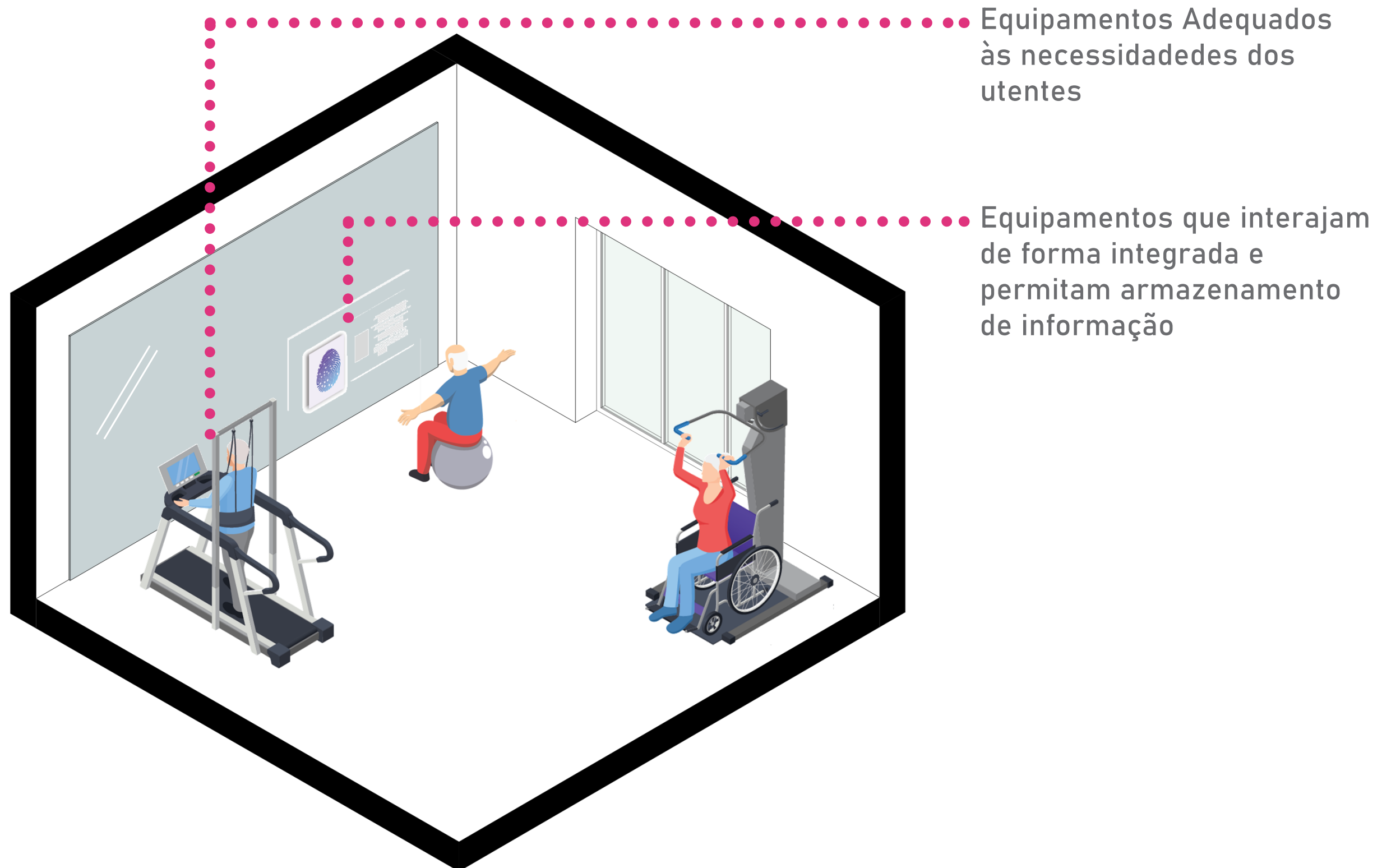


Software de gestão
e integração de
dados

Tele-Medicina e
Tele-Consulta

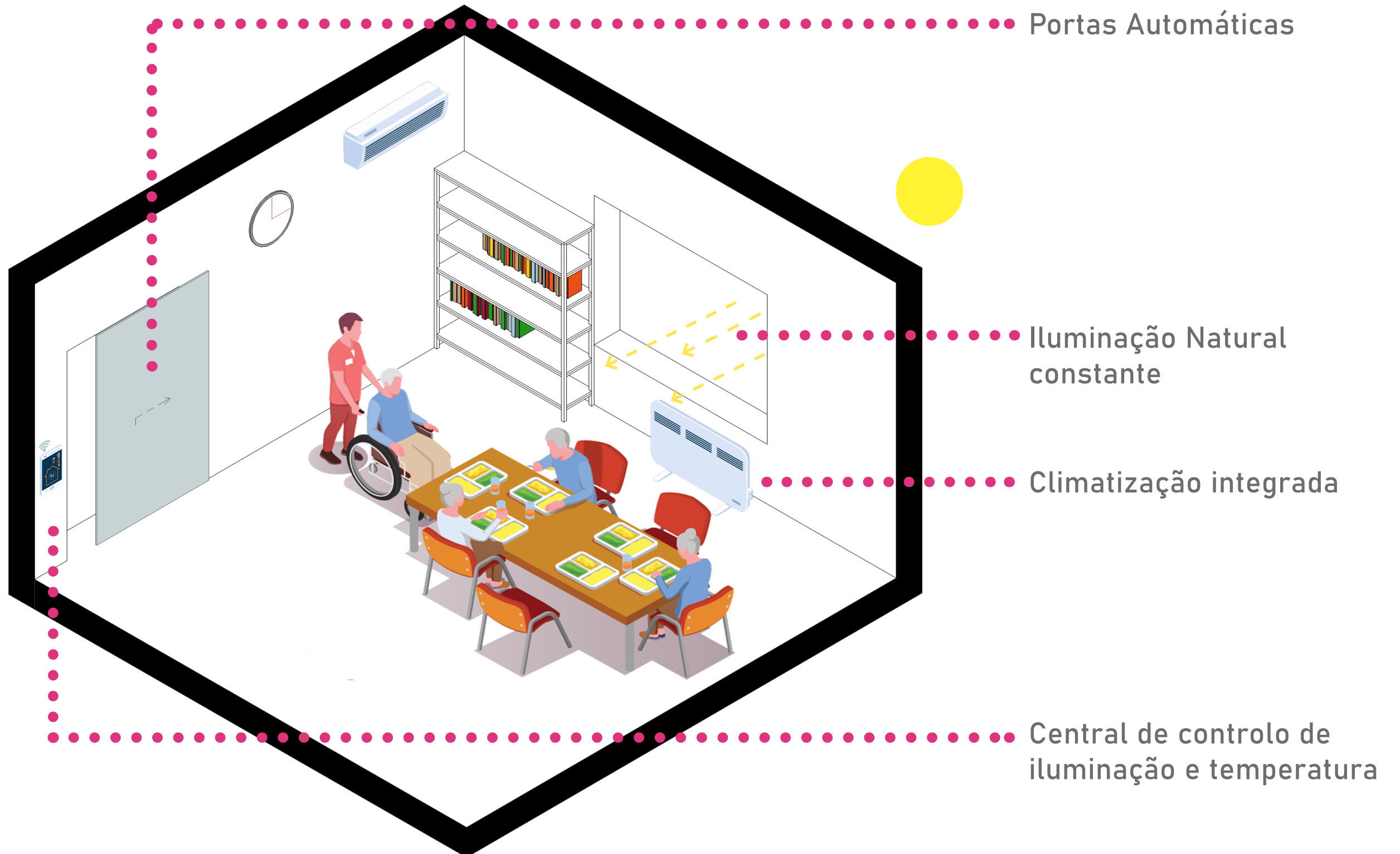
INTERVENÇÕES

Zonas Comuns - Ginásio



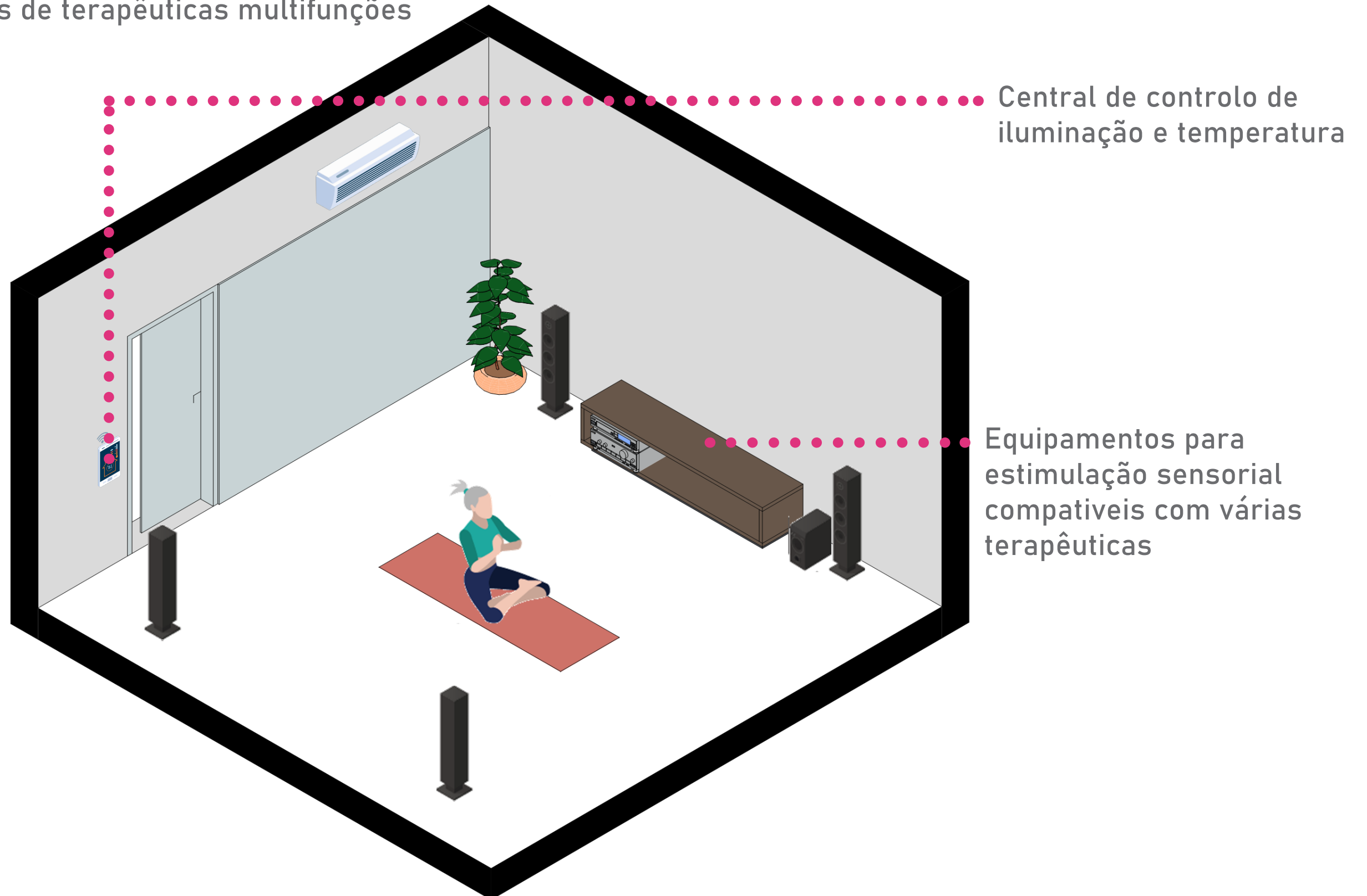
INTERVENÇÕES

Zonas Comuns - Refeitório / Convívio



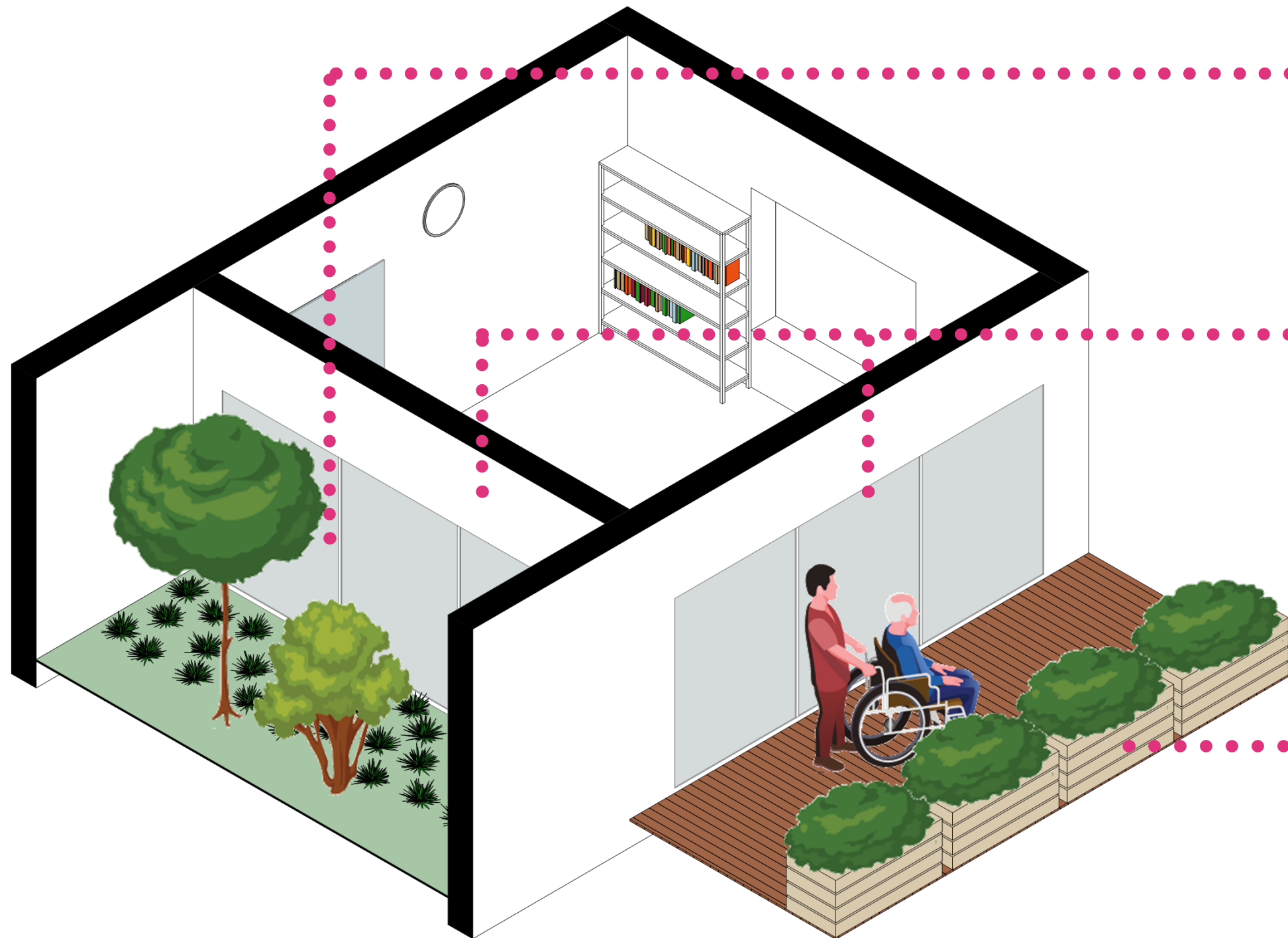
INTERVENÇÕES

Zonas Comuns - Salas de terapêuticas multifunções



INTERVENÇÕES

Zonas Comuns - Exteriores



Jardins interiores para doentes mais fragilizados

Zonas comuns interiores em contacto directo com áreas verdes exteriores para estimular a sua procura e diminuir a sensação de clausura

Varandas com vegetação ou pequenas hortas para estimulação de contacto diário com o exterior

A Arquitectura e o ambiente nas Estruturas Sociais Especializadas Integradas

FIM



UNIÃO DAS MISERICÓRDIAS
PORTUGUESAS