



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# GESTÃO DE CASO E ENVELHECIMENTO

Contributos para a prática gerontológica

Célia Regina Lindo Marques





Instituto Politécnico  
de Viana do Castelo

**Célia Regina Lindo Marques**

**GESTÃO DE CASO E ENVELHECIMENTO:  
Contributos para a prática gerontológica**

**Curso de Mestrado**  
Gerontologia Social

**Dissertação efetuada sob a orientação de**

Professora Doutora Alice Bastos  
Doutora Ana Teresa Ferreira

Fevereiro de 2019



## AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos são muitos...

Chegar a este momento só foi possível com o apoio de muitas pessoas:

À Professora Doutora Alice Bastos, que sempre acreditou em mim, agradeço a orientação pautada por um elevado e rigoroso conhecimento científico, uma visão crítica e oportuna, com grande dedicação ....

À Doutora Ana Teresa Ferreira agradeço o apoio incondicional e motivação que contribuiu para tornar este trabalho uma aventura avassaladora, as múltiplas oportunidades de aprendizagem em particular aprender a focar a atenção na perspetiva do entrevistado aquando da análise das entrevistas...

À Professora Doutora Isabel Amorim pela ajuda preciosa no estabelecimento dos contactos na RNCCI...

O meu profundo e sentido agradecimento às minhas colegas de trabalho da ETAP, pela força e coragem que me inculcaram e por cuidarem dos meus alunos nas minhas ausências...

Às minhas colegas de Mestrado, pela amizade e companheirismo; foi uma experiência inesquecível voltar a ser aluna com colegas que podiam ser minhas filhas...

A todos os meus entrevistados que me permitiram aceder a uma visão diferente da Gestão de Caso no cruzamento dos serviços da saúde e do social.....

Por fim...

Agradeço à minha mãe, ao meu marido e aos meus queridos filhos ANTÓNIO e MARIANA, que entenderam os meus momentos de ausência e afastamento e se mostraram pacientes e colaborativos.



## RESUMO

Com o envelhecimento, a probabilidade de vulnerabilidade e fragilidade aumenta nas pessoas idosas. Os Cuidados Continuados Integrados cruzam o sistema de saúde com o sistema de apoio social. A Gestão de Caso assume-se internacionalmente como uma modalidade de intervenção com eficácia ao nível da prestação de serviços integrados. É pertinente considerarmos o modelo de Gestão de Caso na Gerontologia Social como ferramenta de intervenção gerontológica, que procura fornecer serviços ajustados e personalizados de acordo com as necessidades das pessoas idosas, de forma atempada e adequada, privilegiando as suas preferências e apoiando a família. Assim, pretende-se no presente estudo explorar a Gestão de Caso na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCCI). Em concreto, será analisada a situação de alta na Rede. Em termos metodológicos, numa primeira fase, a informação foi recolhida através da análise de *websites* de empresas prestadoras de serviços gerontológicos. Posteriormente, foram escutados atores do meio académico, administração em saúde e direção técnica de Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). Houve, ainda, lugar a entrevistas a um utilizador de serviços da RNCCI e um representante da Associação Nacional de Gerontólogos (ANG), de forma a melhor compreender a problemática em estudo. As entrevistas foram transcritas e analisadas no sentido de se identificar temas relevantes no domínio. Os resultados sugerem que, no contexto e situação explorada, a Gestão de Caso é utilizada na RNCCI. O modelo deste caso em concreto sugere uma aproximação ao “*Clinical (rehabilitation, direct care)*”, enquanto a pessoa idosa se encontra internada, sendo que, a intervenção do gestor de caso termina com a alta da Rede. Os resultados sugerem, também, que as famílias e as pessoas idosas sentem necessidade da continuidade do apoio quando regressam ao domicílio, o que justifica a Gestão de Caso no domicílio dentro do mesmo modelo, mas contínuo e prolongado. Além disso, os resultados sugerem que as especificidades do perfil do gerontólogo, associado à sua formação multidisciplinar de carácter bio-psico-social, constituem uma mais-valia para uma intervenção de base comunitária assente na Gestão de Caso. Considerando os achados deste estudo exploratório, recomenda-se prosseguir com a investigação no domínio, dando voz àqueles que se encontram diretamente envolvidos no processo, em particular as pessoas idosas e as suas famílias, bem como os profissionais da Gerontologia.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Gestão de Caso; Modelos de Intervenção; Prática Gerontológica; Gerontologia Social.

**Fevereiro de 2019**





## **ABSTRACT**

With aging, the likelihood of vulnerability and fragility increases in older people. Integrated care crosses the health system with the social support system. Case management is assumed internationally as an effective intervention in integrated services. It is relevant to consider Case Management in Social Gerontology as an intervention tool that seeks to provide tailored services according to the needs of the elderly, in a timely and appropriate manner, prioritizing their preferences and supporting the family. We intend, in the present study, to explore case management in the Network of Integrated Continuous Care (NICC). Particularly, the medical release situation in the Network will be analyzed. In the first phase, the information was collected through the analysis of websites of companies that provide gerontological services. Subsequently, actors from the academic environment, health administration and technical direction of an Integrated Continuous Care Unit were listened to. There were also interviews with service users and representatives of the National Association of Gerontologists (NAG). The interviews were transcribed and analyzed in order to identify the main thematic areas. The results suggest that, in the context and explored situation, case management is used in the NICC. The model found suggests an approach to "Clinical (rehabilitation, direct care)" while the elderly person is hospitalized. The intervention of the case manager ends with the discharge of the NICC. The results also suggest that families and older people feel the need for continued support from a case manager. This study suggests that the most appropriate case management model, which would meet the needs assumed by the respondents, would be a continuous and a long-term one, a community-based case management model. In addition, results suggest that the specifications of the gerontologist profile, combined with its multidisciplinary bio-psycho-social character, are a benefit for a community-based intervention based on case management. Considering the findings of this exploratory study, it is recommended to continue research in the field, giving voice to those who are directly involved in the process, particularly the elderly and their families, as well as gerontologists.

**Keywords:** Aging; Case Management; Intervention Models; Gerontological Practice; Social Gerontology.

**February 2019**



## ÍNDICE GERAL

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	IV
<b>RESUMO</b> .....	VI
<b>ABSTRACT</b> .....	VIII
<b>ÍNDICE GERAL</b> .....	X
<b>ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS</b> .....	XII
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	7
1. O envelhecimento e a prestação dos serviços .....	9
1.1. O que é o envelhecimento? .....	10
1.2. Uma visão proativa do envelhecimento: modelos de EBS .....	14
2. Os serviços de saúde e apoio social .....	17
2.1. Os serviços nos EUA, Canadá e Europa .....	17
2.2. O caso de Portugal .....	23
3. A gestão de caso: um modelo de prestação de serviços .....	33
3.1. Objetivos e características da Gestão de Caso .....	33
3.2. A Gestão de Caso e os resultados da investigação .....	40
3.3. Caso específico: o Programa PRISMA .....	44
Síntese .....	52
<b>CAPÍTULO II – MÉTODO</b> .....	59
1. Plano de investigação e participantes .....	61
2. Recolha e procedimentos de análise de dados .....	63
<b>CAPÍTULO III – RESULTADOS</b> .....	67
Fase 1 – Exploração de terreno .....	69
Fase 2 – Escutar os utilizadores dos serviços: o caso do Senhor X .....	77
Fase 3 – Dar voz aos gerontólogos .....	81
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	91
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	103
<b>ANEXOS</b>	



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Serviços prestados no âmbito de Projetos de Apoio a Idosos .....	25
Tabela 2 – Etapas de intervenção na Gestão de Caso .....	35
Tabela 3 – Modelos de Gestão de Caso .....	36
Tabela 4 - Modelos de Gestão de Caso .....	38
Tabela 5 – Etapas de intervenção na Gestão de Caso .....	39
Tabela 6 – Questões e objetivos para a construção do guião da entrevista .....	65
Tabela 7 – Pesquisa 1 – Termos-chave: serviços gerontológicos; empresas; norte .....	70
Tabela 8 – Pesquisa 2 – Termos-chave: unidade hospitalar; apoio domiciliário; norte .....	71
Tabela 9 – Pesquisa 3 – Termos-chave: serviço de apoio domiciliário; norte .....	72
Tabela 10 – Áreas temáticas da entrevista .....	81
Tabela 11 - Temas e subtemas da análise da entrevista .....	82

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - O <i>continuum</i> dos serviços para as pessoas idosas .....	18
---	----



## INTRODUÇÃO

---





O envelhecimento da população, em particular nos países desenvolvidos, é um facto incontornável e um dos principais fenómenos do século XXI, como se pode constatar pela análise dos indicadores demográficos publicados pelas Nações Unidas (United Nations, 2017). A percentagem de pessoas com 60+ anos tem aumentado nos últimos anos e estima-se que em 2050 esse valor atinja 35% na Europa e 28% na América do Norte. Em Portugal, a realidade não é diferente e em 2017 o número de pessoas com 60+ anos representava 28% da população total, ou seja, mais de um quarto da população. As projeções do INE estimam que entre 2015 e 2080, o Índice de Envelhecimento em Portugal aumente de 147 para 317, ou seja, duplique. Este fenómeno é resultado dos avanços na medicina e da melhoria das condições de vida das populações, a par da diminuição da mortalidade e da fecundidade (United Nations, 2017). Durante décadas, a humanidade empenhou-se em criar condições para prolongar a vida, mas agora debate-se com outra questão: o que fazer com estas vidas longas? Perante esta nova realidade, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) e os decisores políticos têm procurado implementar políticas que promovam a inclusão dos mais velhos em todos os setores da vida em sociedade, combatendo estereótipos e adotando medidas que possibilitem envelhecer com qualidade de vida e bem-estar.

É também neste contexto, que o conhecimento acerca do envelhecimento ganha cada vez mais expressão e consistência. No decorrer do século XX surgem várias teorias acerca do envelhecimento, analisando a sua dimensão biológica, psicológica e social, numa perspetiva *life-span* e *life course*. Segundo Whitbourne (2005), na perspetiva *life-span*, o envelhecimento é um processo contínuo ao longo da vida, desde a infância à idade adulta avançada. De acordo com a mesma autora, a perspetiva *life course* destaca a influência dos acontecimentos de vida e dos papéis no processo de desenvolvimento e a forma como se refletem no envelhecimento.

O processo de envelhecimento é muito heterogéneo e influenciado pelos fatores genéticos, ambientais e individuais, pelo que, com a idade, as diferenças inter e intra individuais acentuam-se (Baltes & Baltes, 1990). Estas diferenças pressupõem diferentes formas de viver a saúde, a doença, a dependência, a autonomia ou a participação social. As pessoas que vivem em diferentes realidades e espaços, envelhecem igualmente, mas as suas vivências, estratégias de adaptação e recursos são distintos. Estas vidas longas acentuam cada vez mais a responsabilidade e as dificuldades das famílias na prestação de cuidados. De facto, o número de filhos é cada vez menor, o número de gerações é maior, a coabitação física entre gerações é menos frequente e a participação das mulheres no mercado de trabalho é maior, pelo que

conciliar a vida familiar e a profissional, quando é necessário cuidar dos filhos e dos familiares idosos, pode revelar-se uma tarefa muito difícil, com implicações na qualidade de vida do cuidador e na sua produtividade (Gil, 2009; Royo, 2009; Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes, 2010). Todos estes fatores irão condicionar progressivamente a capacidade de resposta das famílias aos seus familiares idosos, de modo particular àqueles que desejam envelhecer no seu próprio local (*aging in place*), o maior número de anos possível.

Em resposta a estas necessidades, que irão acentuar-se à medida que a população envelhece, surgem serviços de apoio e suporte às pessoas idosas e suas famílias. Estes serviços devem ser dotados de flexibilidade suficiente para se ajustarem às necessidades dos utilizadores, que se alteram continuamente e variam de idoso para idoso.

Em Portugal, as respostas sociais de apoio aos idosos, previstas pela Segurança Social, são promovidas por organizações com e sem fins lucrativos (Carta Social, 2016). Na Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES) estão disponíveis serviços destinados à população idosa no domicílio ou em espaços definidos. Por seu turno, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) engloba uma diversidade de serviços de saúde e apoio social em regime de internamento e no domicílio com o objetivo de ajudar as pessoas em situação de dependência com alta hospitalar ou sinalizadas pelo Centro de Saúde, a recuperar ou manter a sua autonomia, maximizando a qualidade de vida e permitindo o regresso a casa (ISS, 2018). Além disso, o Estado desenvolve, também, Programas e Iniciativas de apoio à população idosa, muitos dos quais são promovidas pelas autarquias. Este conjunto de cuidados e de serviços não são integrados a partir de uma única entidade, encontrando-se dispersos por diferentes entidades e organizações, o que dificulta a pesquisa e o acesso aos mesmos. Aceder à resposta mais ajustada em função das necessidades, dos custos e da proximidade, articulando com cuidados de curta ou longa duração, seria a forma mais eficaz de prestar os serviços, rentabilizar os recursos existentes e proporcionar condições para as pessoas mais velhas envelhecerem em sua casa.

Neste contexto, é pertinente considerar a Gestão de Caso (GC) na integração de cuidados e prestação de serviços a pessoas idosas que desejam permanecer nas suas casas. A Gestão de Caso é um modelo de intervenção orientado para prestação de serviços, com origem nos EUA, no âmbito do setor da saúde, expandindo-se para outros países, nomeadamente o Canadá e países europeus. Este modelo procura articular serviços de saúde e de apoio social, de forma a colmatar as necessidades e os desejos dos utilizadores, ajustando os serviços às modificações

que o envelhecimento provoca (Viscarret, 2007). A construção de um plano de intervenção para cada cliente é assente nos seus pontos fortes e nas suas capacidades e os utilizadores são envolvidos neste processo (Martins & Fernandes, 2010). Para desenhar o plano de cuidados, o gestor de caso tem de proceder a uma avaliação diagnóstica das necessidades do cliente/utilizador do serviço e possuir informação detalhada dos recursos disponíveis na comunidade, de forma a articular os serviços necessários (Ross, Curry & Goodwin, 2011). Por exemplo, a Gestão de Caso é utilizada no programa PRISMA (*Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie*), implementado em 1988 no Quebec, Canadá, o qual assenta num modelo de coordenação de cuidados integrados para pessoas idosas, com o objetivo de articular os cuidados prestados em unidades de saúde, estruturas residenciais ou na comunidade. Este programa agrega organizações prestadoras de serviços sociais e de saúde a pessoas idosas, de natureza pública e privada, com e sem fins lucrativos. Em França, o PRISMA foi implementado a partir de 2008, no âmbito do Plano Nacional Alzheimer, com base na experiência do Canadá (Corvol, Moutel & Somme, 2012). O PRISMA fornece evidências de que a integração de cuidados para os idosos é benéfica, na medida em que reduz a incidência do declínio funcional e melhora os sentimentos de empoderamento e satisfação com os cuidados prestados (Stewart, Georgiou & Westbrook, 2013). A investigação realizada também demonstrou benefícios para o sistema de saúde, nomeadamente, a utilização mais adequada dos serviços médicos de urgência e a diminuição das consultas de especialidade médica. Ou seja, a coordenação efetiva traz ganhos nos sistemas mais amplos, nomeadamente, no sistema de saúde.

Uma vez que, em Portugal, a população idosa e a longevidade continuarão a aumentar, e no futuro, este novo grupo social será mais escolarizado, informado, exigente, com novas necessidades e atitudes (Rosa, 2012), será necessário um conjunto diversificado de cuidados e serviços, dotado de flexibilidade para se ajustar às diferentes características das pessoas idosas. Neste contexto, o modelo de Gestão de Caso surge como uma ferramenta importante para traçar um plano de cuidados que inclua o diagnóstico das necessidades dos idosos e estabeleça a ligação aos cuidados e serviços mais adequados às necessidades e desejos das pessoas idosas, contribuindo positivamente para a melhoria da qualidade de vida daqueles que desejam envelhecer no seu próprio lugar. Cabe à Gerontologia Social, que atua num campo multidisciplinar, avaliar e intervir para promover um envelhecimento bem-sucedido e prevenir os problemas bio-psico-sociais associados ao processo de envelhecimento, de forma que as

vidas longas possam permanecer na comunidade o máximo de tempo possível. Dada a sua formação, o gerontólogo é o profissional responsável pela avaliação e intervenção gerontológica, prevenção dos problemas bio-psico-sociais associados ao envelhecimento, bem como pela promoção de um envelhecimento bem-sucedido e pela administração e organização dos serviços e dos cuidados a idosos, pelo que, tem competências para assumir as funções de gestor de caso (Piovezan & Bestetti, 2012).

A integração dos serviços de saúde e apoio social constituiria um instrumento de grande importância para as pessoas mais velhas, família, cuidadores, organizações prestadoras dos serviços e o próprio Estado. Em termos de investigação colocam-se algumas questões que importa considerar: Como se processa a alta na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em particular no que se refere às pessoas mais velhas? Será a Gestão de Caso um procedimento utilizado neste processo? Sendo os cursos do âmbito do envelhecimento uma área de Educação e Formação recente em Portugal, este estudo de natureza exploratória pretende: (1) compreender os processos de implementação e prestação de cuidados e de serviços em Portugal, orientados para as pessoas mais velhas a viver na comunidade; (2) analisar a integração dos serviços de saúde e de apoio social na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI); (3) analisar de que forma, o gerontólogo enquanto gestor de caso, pode contribuir para a eficiência da integração dos serviços sociais e de saúde.

Para concretizar estes objetivos, a presente dissertação será desenvolvida ao longo de três capítulos. O primeiro capítulo inicia com a revisão de literatura a respeito da teorização do envelhecimento, com a análise demográfica, a concetualização e a descrição dos serviços de apoio aos idosos nos EUA, no Canadá, na Europa e na realidade portuguesa. Seguem-se as características e objetivos da Gestão de Caso e os resultados da investigação com este modelo, com particular destaque para o programa PRISMA (*Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie*) implementado no Canadá e replicado em França. O capítulo um termina com a síntese das principais ideias e a pertinência do estudo. O capítulo dois descreve a metodologia adotada, nomeadamente, o plano de investigação, os participantes, procedimentos de recolha e análise de dados. No capítulo três, apresentam-se os resultados obtidos, concluindo com as considerações finais.

## **CAPÍTULO I - REVISÃO DA LITERATURA**

---



## **1. O envelhecimento e a prestação de serviços**

Nas últimas décadas assistiu-se a um aumento contínuo do número de pessoas com 65+ anos, relativamente ao número de crianças e jovens (0-14 anos), situação que transformou as sociedades industrializadas e informatizadas, nomeadamente, a América do Norte, a UE e o Japão (United Nations, 2017; Sowers & Rowe, 2007). Nestes países, em 2017 o número de pessoas com 60+ anos foram respetivamente 22%, 25% e 33% da população total (United Nations, 2017). Segundo Sowers e Rowe (2007), em 2050 estima-se que 21% da população mundial terá 60+ anos. A esse ritmo, no espaço de 50 anos, uma pessoa em cada cinco terá igualmente 60+ anos. O envelhecimento mundial da população é resultado do aumento da esperança de vida, fruto dos avanços na medicina e cuidados de saúde e da diminuição da fertilidade.

Note-se que Portugal segue a mesma tendência da UE, observando-se um aumento das pessoas mais velhas relativamente às crianças e jovens (Rosa & Chitas, 2013). Em 2017, o número de pessoas 60+ anos representava 28% da população portuguesa (United Nations, 2017). Comparando o Censo da população de 2011 com o Censo de 2001 observa-se que o Índice de Envelhecimento aumentou de 102,2 para 127,8, o que evidencia uma tendência para o aumento do número de pessoas com 65+ anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos (PORDATA). De acordo com as projeções do INE, em 2080, o Índice de Envelhecimento poderá atingir o valor de 317 e entre 2015 e 2080, o número de idosos pode aumentar de 2,1 para 2,8 milhões. Este envelhecimento demográfico está relacionado com a diminuição da natalidade e mortalidade, bem como o aumento da esperança média de vida à nascença. De acordo com os Censos de 2001 e 2011, o número de nascimentos diminuiu de 112 774 para 96 856, o número de óbitos diminuiu de 105 092 para 102 848. Por seu turno, a esperança média de vida à nascença aumentou de 76,7 anos para 79,8 ano.

De acordo com Cabral e Ferreira (2014), o envelhecimento deve-se a razões de ordem social, económica e biomédica. Os avanços na ciência e na tecnologia trouxeram ganhos em saúde e modos de vida que se refletem na longevidade humana. Segundo a mesma fonte, no plano individual, viver mais significa maior probabilidade de estar exposto a doenças crónicas e à redução das redes sociais, ao que acresce a probabilidade de perda de autonomia e aumento da dependência. No plano coletivo, o envelhecimento coloca questões ao nível da transferência

de verbas entre grupos etários, ativos e não ativos. No entender dos autores supracitados, “*O maior problema, porventura, é o do lugar da velhice na sociedade.*”.

Na verdade, o número de pessoas com idade avançada está a aumentar e essa tendência resulta do aumento da longevidade. Este novo grupo social apresentará um conjunto de novas necessidades e atitudes, com impacto na economia, na saúde, nas famílias e na organização social (Angulo & Jiménez, 2009).

### **1.1. O que é o envelhecimento?**

O envelhecimento é um processo que ocorre ao longo da vida, iniciando-se mesmo antes do nascimento (Sowers & Rowe, 2007). A última fase do processo, a velhice, é influenciada pelos acontecimentos e experiências acumuladas ao longo do curso de vida. As pessoas mais velhas têm potencial, na medida em que transmitem os seus conhecimentos aos mais novos, assumindo muitas vezes o papel de cuidadores e educadores. Além disso, constituem um suporte emocional e financeiro da família. De acordo com os mesmos autores, o envelhecimento processa-se de forma diferente, de acordo com o género. As mulheres apresentam uma esperança média de vida superior aos homens na generalidade dos países. E se vivem mais, têm maior probabilidade de serem afetadas pelas doenças crónicas associadas ao envelhecimento e conseqüentemente desfrutam de menor qualidade de vida.

Segundo Fernández-Ballesteros (2009), o envelhecimento é um processo que ocorre durante toda a vida do ser humano, com modificações biológicas, psicológicas e sociais, que se tornam mais evidentes na velhice. Estas modificações resultam do efeito da passagem dos anos no organismo, nas funções psicológicas e nos papéis sociais, com diferentes conseqüências para cada indivíduo. Do ponto de vista biológico, depois de um período de desenvolvimento físico, segue-se a manutenção das capacidades físicas e posteriormente o declínio, em resultado do avanço da idade física. A este respeito, a autora afirma que as pessoas não envelhecem todas ao mesmo tempo nem da mesma forma; os cuidados ao longo da vida levam a que pessoas com mais idade possam apresentar melhor condição que outras mais novas; existem pessoas mais velhas com melhor saúde que pessoas mais novas. A idade física é muito relativa e verifica-se uma acentuada variabilidade entre as pessoas mais velhas no que respeita ao envelhecimento do organismo. Na dimensão psicológica, o envelhecimento que ocorre ao



longo do ciclo de vida, pauta-se por oscilações entre a estabilidade, a mudança, o crescimento e o declínio. Por exemplo, ao longo do processo de envelhecimento, de uma forma geral, as variáveis da personalidade estabilizam, a experiência e o conhecimento aumentam e o tempo de reação declina. No que respeita à dimensão social, ao longo da vida manifestam-se modificações relativas aos papéis sociais desempenhados, com diferentes estatutos e que variam entre o papel de filhos, educadores, trabalhadores e reformados quando se retiram da vida profissional ativa. De acordo com Fernández-Ballesteros (2009), o envelhecimento é passível de diferentes classificações. Segundo a idade cronológica, as pessoas são enquadradas em diferentes categorias etárias, sendo jovens-velhos os que apresentam idades entre 65 e 74 anos, velhos os que têm idades entre 75 e 85 anos e a partir desse limite são classificados de velhos-muito-velhos. Porém, este critério não ilustra a forma como o envelhecimento se processa. Surgem conceitos de envelhecimento baseados na existência ou não de doenças associadas, distinguindo-se envelhecimento normal de patológico. A diferença diz respeito precisamente à manifestação ou não de doença, em particular a doença crónica. Outros autores, como Rowe e Khan (1998) ou Baltes e Baltes (1990), apresentam uma nova visão: o envelhecimento bem-sucedido ou ótimo, associado à baixa probabilidade de doença e incapacidade.

A dimensão biopsicossocial do envelhecimento é também referida por Whitbourne (2005). O envelhecimento é biológico porque o corpo apresenta declínios nas suas estruturas e células, é psicológico na medida em que a cognição é afetada e é social pois reflete o contexto e a posição do indivíduo na sociedade. Não existe uma idade definida a partir da qual se envelhece e o declínio não se processa da mesma forma e com a mesma intensidade. Este processo é muito variável e à medida que se envelhece as diferenças inter e intraindividuais acentuam-se. Os acontecimentos e estilos de vida passados ajudam a explicar essas diferenças.

Paúl (2005) também afirma que a idade cronológica não é o marco do processo de envelhecimento, porque não faculta informação acerca da sua qualidade de vida, saúde e experiências. Além disso, do ponto de vista biológico, a idade fisiológica não corresponde necessariamente à idade cronológica, pois está dependente de fatores genéticos, estilos de vida e acontecimentos de vida. À medida que os anos avançam, os indivíduos acumulam os efeitos destes fatores, que resultam no aumento das diferenças entre eles e que são mais evidentes nos idosos do que em outros grupos etários. Nesta perspetiva, o envelhecimento é um processo individual complexo porque as diferenças são muitas e tendem a acentuar-se.

No entender de Baltes e Baltes (1990), o envelhecimento é um processo dinâmico com ganhos e perdas, sendo que no final da vida, as perdas predominam sobre os ganhos. Com o envelhecimento, as diferenças individuais acentuam-se e são cada vez maiores. A razão desta variabilidade pode explicar-se com base em três fatores: (1) as diferenças genéticas e as condições ambientais que atuam cumulativamente ao longo do tempo; (2) os efeitos individuais resultantes da forma como cada pessoa influencia o seu curso de vida; (3) na idade avançada há maior probabilidade de surgirem diversas patologias com efeitos individuais distintos. A plasticidade e a capacidade de adaptação têm limites e a capacidade de reserva depende das diferenças genéticas e das experiências de vida como a escolaridade ou a profissão. As perdas são mais evidentes nas mecânicas da mente do que nas pragmáticas, porque o conhecimento não declina e pode progredir desde que existam condições ambientais e oportunidades. As mecânicas cognitivas declinam com a idade porque dependem de recursos neurológicos que normalmente declinam com o envelhecimento. No entanto, as pragmáticas cognitivas podem progredir e associadas às tecnologias, compensar as perdas das mecânicas. Ainda de acordo com os mesmos autores, as estratégias adaptativas podem efetivamente compensar as perdas e até mesmo transformá-las em ganhos. Este é o processo que está na base dos mecanismos de otimização seletiva com compensação (SOC). O modelo SOC procura gerir as perdas com base na plasticidade comportamental. É, por isso, uma estratégia adaptativa para compensar as perdas e transformar em ganhos. A seleção significa uma diminuição da amplitude das alternativas permitidas pela plasticidade, porque os recursos são limitados. A otimização procura manter os recursos nos níveis mais altos de funcionamento. A compensação envolve a adaptação e a adoção de alternativas para manter o funcionamento. Por exemplo, a utilização de bengalas ou próteses auditivas são estratégias de compensação. A implementação do modelo SOC permite tornar eficaz uma vida com mais limitações e promover o envelhecimento bem-sucedido.

O fenómeno do envelhecimento tem sido analisado nas últimas décadas pelas ciências gerontológicas. A Gerontologia, segundo Paúl (2012), é uma nova área científica que estuda o processo de envelhecimento e a pessoa idosa na dimensão biopsicossocial, desenvolvendo modelos explicativos.

Por seu turno, a Gerontologia Social segundo Fernández-Ballesteros (2009), é uma área de especialização da Gerontologia que estuda igualmente o idoso, a velhice e o envelhecimento numa perspetiva biopsicossocial, com ênfase nas condições socioculturais e ambientais que

condicionam e influenciam o próprio envelhecimento, nas consequências sociais desse processo e nas intervenções sociais que podem implementar-se para otimizar esse mesmo processo. Tal significa que se trata de uma área de saber multidisciplinar que integra conhecimentos teóricos, empíricos e metodológicos de outras ciências. O gerontólogo deve orientar a sua atividade interventiva no sentido de melhorar as condições de vida das pessoas mais velhas, promovendo o envelhecimento bem-sucedido e reduzindo o envelhecimento patológico.

A prática gerontológica assenta em três princípios: escutar, avaliar e intervir. De acordo com Bastos, Faria, Gonçalves e Lourenço (2015), no decurso do processo de escuta é essencial criar empatia e confiança com a pessoa idosa. Dessa forma, é possível criar um ambiente adequado para a pessoa idosa exprimir os seus pensamentos, desejos e expor a sua história de vida e contextos. Para além da atitude de escuta, é importante ajudar a pessoa idosa a focar-se nos seus pontos fortes para criar sentimentos de empoderamento e valorização. Nesta fase, são identificados os elementos stressores que se refletem negativamente na qualidade de vida, para definir medidas corretivas e preventivas. Na fase seguinte, a avaliação, o processo de escuta prossegue com o suporte dos instrumentos utilizados para o efeito. As dimensões biopsicossociais são analisadas de forma a obter a avaliação gerontológica multidimensional, que permite caracterizar a pessoa idosa e identificar as suas necessidades, numa visão holística do processo de envelhecimento. Finalmente, na fase da intervenção, é definido o plano de intervenção considerando as necessidades identificadas na avaliação, os desejos da pessoa idosa e a oferta de serviços ajustados a essas mesmas necessidades e desejos. Sempre que possível, a intervenção deve envolver e motivar a pessoa idosa, contribuindo para o seu empoderamento. Dessa forma, a receptividade e o comprometimento serão maiores e conseqüentemente melhor sucedida será a intervenção. Contudo, em determinadas situações (por exemplo: demência) deve prevalecer a segurança da pessoa idosa, pelo que, a intervenção deve ser diretiva e discutida com a família. O gerontólogo deve apoiar as suas intervenções e decisões na melhor evidência científica disponível.

Vara (2012) afirma que a intervenção gerontológica no domicílio é direcionada para o idoso e a sua família, que procuram serviços para colmatar problemas decorrentes da perda de autonomia do idoso. A par desses problemas, é preciso agir no plano emocional para diminuir a ansiedade que a nova situação desencadeou no idoso e na sua família. Após a avaliação, o plano de intervenção é construído afetando os serviços às necessidades identificadas,

solucionando dificuldades resultantes de barreiras arquitetônicas e selecionando ajudas técnicas adequadas. Em simultâneo, é preciso educar para a nova realidade de forma a melhorar a autonomia, promover o empoderamento e reduzir a ansiedade. Segundo o mesmo autor, a intervenção gerontológica nas instituições que oferecem as diversas respostas sociais implica uma abordagem diferente. A avaliação é realizada e as necessidades são discutidas com a equipa multidisciplinar que atua na organização, a pessoa idosa e a família. Contudo, a intervenção está limitada aos recursos da própria organização que por vezes se revelam insuficientes ou com qualificação insuficiente. Para que os serviços sejam prestados aos idosos com qualidade, é necessário que as equipas comuniquem e sejam colaborativas. É essencial motivar e ouvir os colaboradores, bem como oferecer condições de trabalho adequadas para que seja possível cuidar dos idosos e prestar os serviços de forma eficaz.

## **1.2. Uma visão proativa do envelhecimento: modelos de EBS**

O Envelhecimento Bem-Sucedido (EBS) representa um dos pilares da teorização gerontológica, na medida em que reflete a otimização do processo de envelhecimento ao longo da vida. A ênfase nesta temática contribui para minimizar estereótipos negativos e desmistificar alguns estigmas relacionados com a idade. Os modelos de envelhecimento bem-sucedido assumem elevada pertinência uma vez que ajudam a compreender os recursos e os comportamentos que promovem uma boa adaptação ao envelhecimento. Para além disso, fornecem ferramentas para a adaptação de um estilo de vida mais saudável, úteis para lidar com doenças crónicas e doenças concomitantes.

Neste contexto, diferentes autores debruçam-se sobre o estudo do envelhecimento bem-sucedido e apresentam diferentes modelos, de matriz biológica, psicológica e social.

### **Modelo biomédico e psicológico**

No modelo biomédico, e segundo Rowe e Kahn (1998), o envelhecimento bem-sucedido não se define apenas pela existência ou não de doença, sendo entendido como a capacidade de manter três principais comportamentos ou características: (1) baixo risco de doença ou incapacidade relacionada com a doença; (2) manutenção de elevada função cognitiva e física;

(3) envolvimento com a vida. A ausência de doença e incapacidade referem não só a ausência ou presença de doença em si, mas também a ausência ou presença de fatores de risco para a doença ou incapacidade. Muitas das doenças e incapacidades, especialmente as doenças crônicas na velhice, são precedidas por sinais de futuros problemas, ignorados com frequência. Contudo, estes problemas são muitas vezes causados por fatores extrínsecos, como os estilos de vida adotados, e portanto, são evitáveis.

Manter estreitas relações com os outros e envolver-se em atividades com significado, são atitudes importantes para o bem-estar ao longo do curso da vida. A tarefa do envelhecimento bem-sucedido é redescobrir relações e atividades que fomentem proximidade e realização pessoal. Fazer parte de uma rede social de amigos e familiares é um fator protetor, pois os idosos que não têm amigos próximos ou família, são mais propensos a ficar doentes e menos propensos a viver vidas longas. O principal objetivo de muitos idosos é serem independentes e a perspectiva de depender dos outros para as atividades básicas e instrumentais da vida diária é avassaladora.

No âmbito da Psicologia, Baltes e Baltes (1990) consideram que o EBS está intimamente relacionado com dois conceitos: variabilidade interindividual e a plasticidade intraindividual. Ao longo dos anos, as mudanças relacionadas com a idade associadas a estes dois conceitos são os pilares para o desenvolvimento de uma teoria de adaptação humana. Nessa medida, o EBS é visto como um processo adaptativo baseado na seleção, otimização e compensação (Modelo SOC). A otimização seletiva com compensação permite reduzir as alternativas, porque os recursos são limitados (seleção); manter os recursos nos níveis mais altos de funcionamento (otimização) e adaptar e adotar alternativas para manter o funcionamento (compensação). Por exemplo, a utilização de bengalas ou próteses auditivas são estratégias de compensação. Este modelo assume uma estratégia mental adaptativa para compensar as perdas e transformá-las em ganhos. A sua implementação permite tornar eficaz uma vida com mais limitações e promover o EBS ao longo do ciclo de vida.

Os modelos de matriz social consideram que o EBS está relacionado com as competências proativas na interação social e na forma como se lida com as perdas e o stress. Neste contexto, insere-se o modelo de Proatividade Preventiva e Corretiva de Kahana, Kelley-Moore e Kahana (2012), o qual considera que o EBS e a doença crónica são compatíveis, porque é possível interferir no modo como projetamos o futuro (por exemplo, é possível tomar medicação para

compensar e corrigir de forma a envelhecer bem). Logo, para os autores, o EBS com doença não é utópico.

### **Modelo da proatividade preventiva e corretiva**

Kahana, Kelley-Moore e Kahana (2012) avaliam de que forma os fatores sociais contextuais têm impacto na vida das pessoas mais velhas, bem como a exposição ao stress cumulativo. Os acontecimentos negativos, normativos ou não normativos, têm efeitos stressores que se acumulam e podem interrelacionarem entre si, comprometendo o envelhecimento e a qualidade de vida do indivíduo. Os comportamentos proativos reduzem as consequências adversas dos stressores na qualidade de vida, através da combinação dos recursos internos e externos. Os recursos internos, dentro do indivíduo, estão relacionados com as estratégias de *coping*, resiliência e a maximização dos benefícios psicológicos como a autoestima, esperança ou satisfação com a vida. Estas características permitem ao indivíduo desencadear as adaptações necessárias para amortecer os impactos dos acontecimentos de vida negativos e dos stressores crónicos. Os recursos externos, fora do indivíduo, são os de natureza financeira, social e o acesso a cuidados de saúde e as tecnologias. Os recursos são considerados amortecedores eficazes dos stressores e permitem agir para modificar as circunstâncias com adaptações corretivas e preventivas, de forma a prevenir os efeitos negativos ou torná-los favoráveis. Os resultados refletem-se na qualidade de vida e conseqüentemente no EBS, mesmo com doença.

Neste sentido, e de acordo com Kahana, Kahana e Lee (2014), para a promoção de EBS podem ser tomadas medidas preventivas e corretivas. Os comportamentos preventivos são geralmente anteriores à ocorrência dos efeitos stressores, enquanto os comportamentos corretivos são implementados quando esses efeitos surgem. No entanto, as ações preventivas podem por vezes ser utilizadas para fins corretivos. Por exemplo, a promoção de estilos de vida saudáveis ou as modificações na habitação para antecipação de necessidades futuras, são um comportamento preventivo. No entanto, também são corretivos quando adotados para modificar circunstâncias e diminuir o impacto dos acontecimentos de vida negativos.

## 2. Os serviços de saúde e apoio social

Na teorização do envelhecimento e do paradigma do EBS, as evidências apontam para as diferenças inter e intra-individuais que se acentuam na fase final do ciclo de vida e para a necessidade de serviços de apoio às pessoas idosas com o objetivo de prevenir e/ou corrigir os efeitos adversos dos acontecimentos stressores na qualidade de vida. Assim, segue-se a descrição dos serviços de apoio às pessoas mais velhas nos EUA, no Canadá, em alguns países europeus e na realidade portuguesa

### 2.1. Os serviços nos EUA, Canadá e Europa

#### EUA

Alkema, Wilber e Enguidanos (2012) apresentam uma descrição dos diferentes serviços disponibilizados nos EUA para pessoas com necessidade de cuidados (*chronic care services*). Estes serviços são financiados pelo Medicaid, Medicare ou suportados pelos utilizadores, segundo os rácios acordados. Os *chronic care* englobam uma grande diversidade de tipologias de cuidados nos quais se incluem os cuidados de base comunitária. Estes cuidados atendem necessidades sociais e de saúde, estendendo a sua ação a diversos domínios da vida do utilizador e podendo ser prestados por cuidadores formais e informais. A definição das diferentes tipologias de *chronic care* é uma tarefa difícil devido ao facto de nem sempre existirem limites claros entre as intervenções de cada tipologia. Estes serviços destinam-se a pessoas de todas as idades, mas 60% dos utilizadores são idosos. No futuro, o envelhecimento da população aliado aos avanços tecnológicos e à adoção de práticas nos serviços de saúde que reduzam os internamentos e fomentem cuidados em ambulatório, resultarão no aumento da procura de serviços ajustados a essa realidade, e por conseguinte, no seu próprio desenvolvimento.

A figura 1 apresenta os diferentes serviços prestados a idosos no âmbito dos cuidados crónicos, de natureza médica e social. Os serviços são prestados em diferentes níveis, desde o institucional, como por exemplo hospitais, ao particular traduzido por exemplo em atividades recreativas ou apoio. Os diferentes grupos de serviços têm ligações entre si, permitindo o

acesso dos utilizadores e dos prestadores dos serviços em função das necessidades identificadas, facilitando dessa forma a integração dos serviços sociais e médicos. É particularmente útil na medida em que o processo de envelhecimento caracteriza-se pela heterogeneidade e conseqüentemente é necessário ajustar os serviços às necessidades identificadas a cada momento. Perante esta realidade, o desafio é satisfazer as necessidades dos idosos no nível adequado à sua condição, tendo em conta o seu direito de escolha e empoderamento e evitando constrangimentos.

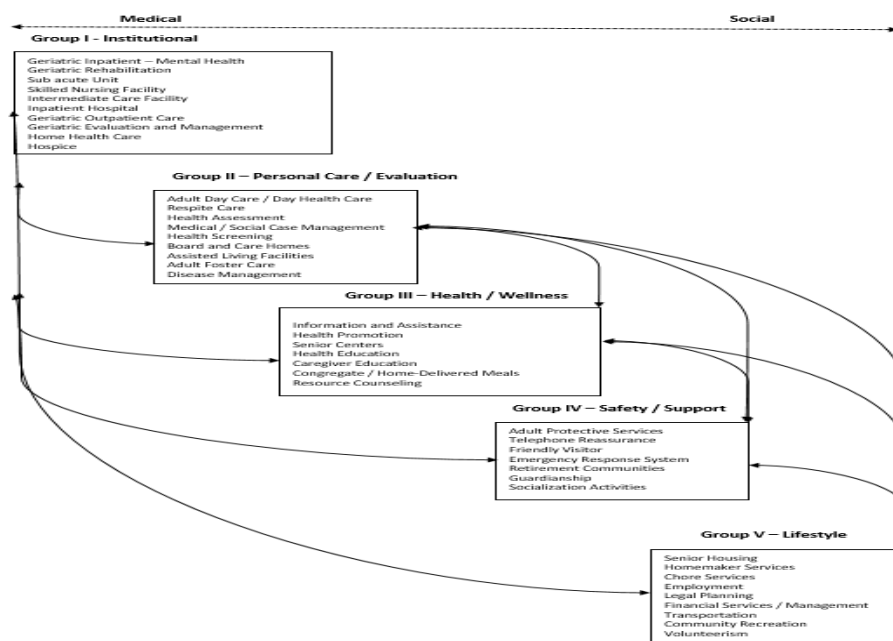


Figura 1 - O *continuum* dos serviços para as pessoas idosas (Alkema, Wilber & Enguidanos, 2012, p. 457)

Este desafio implica disponibilizar o serviço mais adequado e ajustado aos desejos do idoso, possibilitando a sua permanência no espaço que deseja, em geral a sua casa (*aging in place*). Para tal, será necessário que os serviços sejam dotados de flexibilidade suficiente para permitir a sua prestação na residência das pessoas idosas. Não sendo possível, é preciso equacionar a possibilidade de a pessoa idosa se deslocar e receber esses serviços no exterior. Por vezes, é imperativo preparar o espaço da residência e adaptá-lo às necessidades da pessoa idosa. Neste processo, o papel ativo dos cuidadores que assumem responsabilidades com o bem-estar da pessoa idosa, necessitam de apoio, suporte e aconselhamento para minimizar a



pressão do ato de cuidar e os sentimentos de sobrecarga. Para a eficácia das intervenções, é necessário construir um plano de intervenção personalizado, com base na avaliação realizada, no contexto da pessoa idosa, nas suas preferências e necessidades. Por outro lado, a integração dos serviços sociais e de saúde permitirá otimizar recursos e adequar a melhor resposta. Diferentes serviços com equipas distintas e disponibilizados por diferentes programas, dificultam a articulação dos serviços de saúde e dos sociais, bem como o acesso a esses serviços e a otimização dos resultados. Alkema, Wilber e Enguidanos (2012) descrevem as tipologias de cuidados em instituição ou na comunidade, em prática nos EUA. Nos cuidados prestados em instituição identificam as *nursing homes*, *assisted living facilities (ALF)*, *board and care homes* e *special care units*. As *nursing homes* estão orientadas para a prestação de cuidados médicos, de reabilitação, pessoais e ocupacionais. Os internamentos podem ser temporários ou permanentes. É a opção mais adequada para idosos que necessitam de acompanhamento e supervisão permanente. A *assisted living facilities (ALF)* destina-se a pessoas que necessitam de cuidados pessoais, alimentação, limpeza, tratamento de roupas, ajuda na medicação, atividades recreativas e segurança. Algumas são especializadas no apoio a pessoas com demência. As *board and care homes* são residências com poucos utilizadores, que oferecem quartos individuais ou partilhados. Disponibilizam cuidados pessoais e refeições, mas não cuidados médicos. As *continuing care retirement communities (CCRC)* disponibilizam um conjunto diversificado de serviços integrados que, combinados entre si, satisfazem um elevado número de necessidades. Num único espaço e em edifícios diferentes oferecem residências independentes, *assisted living facilities*, *nursing home* e programas recreativos. Os utilizadores podem transitar entre as diferentes valências, de acordo com as suas necessidades. Esta é a modalidade mais dispendiosa de prestação de serviços em instituição. Muitas CCRC dispõem de unidades específicas para pessoas com demência. As *special care units* são unidades vocacionadas para as pessoas com demência e podem estar enquadradas nos conceitos de *nursing homes*, *assisted living facilities* e CCRC. Estas unidades evidenciam preocupação com o bem-estar das pessoas com demência, dos colaboradores da instituição e dos familiares. É necessário formação específica para lidar com esta realidade e simultaneamente envolver as famílias. Toda a arquitetura do espaço tem de estar preparada para a segurança, estimulação e necessidades das pessoas com demência. Os diferentes enquadramentos oferecem diferentes condições e a opção depende do grau de demência e do financiamento disponível.

Alkema e colaboradores (2012) descrevem ainda os modelos de cuidados de base comunitária prestados a pessoas idosas em situação de fragilidade e que desejam manter-se em casa durante o maior tempo possível, nomeadamente, a Gestão de Caso, *adult day care* e *hospice*. A Gestão de Caso é um modelo que assenta na avaliação, acompanhamento e monitorização das necessidades do idoso que pretende envelhecer em casa. Dessa forma, uma equipa ou um profissional procedem à integração de diferentes serviços sociais e de saúde de forma a satisfazerem as necessidades do cliente. Normalmente, é um modelo orientado por um profissional de enfermagem ou do serviço social. O *adult day care* tem como principal objetivo, providenciar suporte a pessoas dependentes e respetivos cuidadores informais, de forma a recuperar ou manter capacidades para o autocuidado e adiar a institucionalização. Nessa medida, providenciam serviços sociais, de saúde e terapêuticos. A maioria dos *adult day care* funcionam nos dias úteis, alguns funcionam também à noite e ao fim de semana. Há também a possibilidade de utilizar o serviço 1 ou 2 dias por semana. Na abertura do processo é realizada uma avaliação diagnóstica através de instrumentos uniformizados de forma a identificar as necessidades, preferências e recursos do cliente e posteriormente, desenhar o plano individual de cuidados. A tipologia dos *adult day care* é diversificada e existem centros mais vocacionados para a saúde ou para o social, mas a maioria oferece uma combinação de ambos. O *hospice* proporciona cuidados paliativos a doentes terminais nos últimos 6 meses de vida que desejam permanecer em casa. Este apoio é prestado por uma equipa multidisciplinar disponível 24 horas por dia e providencia serviços de saúde, médicos, sociais, terapias, bem como suporte emocional aos doentes e respetivos cuidadores informais.

## **Canadá**

O Governo da Província do Québec disponibiliza *online* e em versão impressa em qualquer dos seus serviços, o Guia de Programas e Serviços para os Idosos. O principal objetivo desta publicação é informar os idosos e os seus cuidadores acerca dos serviços e programas disponíveis para apoiar a população idosa, descrevendo o âmbito e as condições/requisitos de acesso, bem como as participações financeiras quando aplicáveis. Cada um dos itens apresentados, inclui os contactos para garantir o acesso rápido e eficaz.

O guia começa pela apresentação dos serviços de saúde e sociais e a indicação das linhas diretas para questões relacionadas com problemas de saúde não urgentes e psicossociais.

Seguidamente, são enumerados os apoios e ajudas técnicas para portadores de deficiência auditiva, visual e motora. No capítulo respeitante aos serviços no domicílio, são descritos os serviços de saúde e de apoio às atividades básicas e instrumentais da vida diária, bem como serviços de apoio aos cuidadores informais, empréstimo de equipamentos ou vigilância. No que respeita à habitação, são contempladas as medidas de apoio financeiro para o pagamento de rendas, obras de adaptação do domicílio às necessidades do idoso e proteção na rescisão de contratos em casos muito específicos como admissão em instituição, possibilidade de pagar uma renda menor ou desadequação do espaço a uma alteração nas capacidades do idoso. O guia apresenta, ainda, orientações para auxiliar na institucionalização temporária ou permanente, em centros de cuidados residenciais ou famílias de acolhimento.

Relativamente aos transportes, o guia descreve os apoios existentes e as condições de acesso, nomeadamente, o transporte de ambulância, o transporte para pessoas com limitações de mobilidade e obtenção do selo para aceder aos lugares de estacionamento destinados a portadores de deficiência. Nos assuntos relacionados com a Justiça, o guia informa acerca do apoio em diversos serviços jurídicos, nomeadamente, testamentos, direitos dos avós sobre os netos, procurações, apoios em casos de abusos, entre outros. O guia apresenta, também, um capítulo dedicado aos impostos, com a descrição dos benefícios fiscais disponíveis para idosos e respetivos cuidadores informais. O último capítulo é dedicado ao plano de pensões do Québec. Nos anexos do guia é ainda possível consultar referências a outros programas, serviços e organismos, de natureza governamental ou comunitária, com relevância para a população idosa do Québec.

## **Europa**

Eeno e colaboradores (2015) analisaram a organização da prestação de cuidados a idosos na Alemanha, Bélgica, Islândia, Itália, Finlândia e Holanda, no âmbito do projeto financiado pela União Europeia denominado IBenC (*Identifying best practices for care-dependent elderly by Benchmarking Costs and outcomes of community care*).

Segundo os autores, a Alemanha é o país com mais habitantes e apresenta o segundo maior Índice de Dependência de Idosos (31,2). Contudo, é o país com a menor percentagem de pessoas a receber cuidados domiciliários (0,7%) e com a menor despesa pública em saúde (7% do PIB) e cuidados (prestados no domicílio e em instituições – 1,4% do PIB), ficando aquém da

média europeia que se situa nos 7,3% e 1,8% do PIB, respetivamente. O financiamento dos serviços provém essencialmente dos seguros públicos obrigatórios.

A Holanda é o país com o segundo menor Índice de Dependência de Idosos (24,4), mas com a maior percentagem de população a receber cuidados domiciliários (4,8%). Por sua vez, é o país com a maior despesa pública em saúde (8,5% do PIB) e cuidados (3,8% do PIB), acima da média europeia. À semelhança da Alemanha, o financiamento dos serviços resulta dos seguros públicos obrigatórios.

A Itália é o país com maior Índice de Dependência de Idosos (31,6) e a par da Alemanha, um dos países com menor percentagem de pessoas a receber cuidados no domicílio (1%). No que respeita à despesa pública, os valores estão ligeiramente acima da média europeia, ou seja, 7,4% do PIB em saúde e 1,9% do PIB em cuidados. O financiamento destes serviços é efetuado através dos impostos nacionais e municipais.

A Bélgica e a Finlândia apresentam valores muito próximos no que respeita ao Índice de Dependência de Idosos (26,4 e 27,7) e percentagem de pessoas que acedem aos cuidados domiciliários (1,4% e 1,3 %), embora a Finlândia possua cerca de metade dos habitantes da Bélgica. A despesa pública em saúde e cuidados está igualmente acima da média europeia em ambos os países, com destaque para os cuidados prestados no domicílio, onde claramente se destacam de todos os outros países, gastando a Bélgica 0,6 % do PIB e a Finlândia 0,7% do PIB, em contraste com a média europeia de 0,5% do PIB. Na Finlândia, estes serviços são financiados pelos impostos nacionais e municipais, mas na Bélgica, o financiamento está condicionado à tipologia dos cuidados, pelo que, os serviços de saúde são suportados pelos seguros públicos e os serviços sociais pelos impostos.

A Islândia é o país com menor número de habitantes e menor Índice de Dependência de Idosos (18,9). A despesa pública com a saúde está ligeiramente acima da média europeia com 7,6% do PIB, não havendo dados disponíveis relativos à despesa com os cuidados. Estes serviços são financiados pelos impostos nacionais e municipais.

De realçar que, de uma forma geral, parte das despesas são suportadas pelos clientes dos serviços e as participações do Estado variam de acordo com os rendimentos apresentados. No entanto, na Finlândia, o valor das participações varia consoante a política das autoridades regionais. Já na Itália e na Bélgica, determinadas despesas são exclusivamente suportadas pelo Estado. Na Alemanha, o financiamento é limitado a um determinado valor, a partir do qual a despesa é suportada unicamente pelo cliente.

Na maioria dos países analisados, os cuidados são prestados por organizações sem fins lucrativos, embora as organizações com fins lucrativos se encontrem em expansão. Desta realidade, destaca-se a Alemanha, onde 63% dos prestadores de cuidados são organizações privadas com fins lucrativos.

Para aceder aos diferentes cuidados, de um modo geral, é necessário preencher os critérios de elegibilidade em função da respetiva tipologia. Estes critérios são relativamente uniformes, embora apresentem algumas variações. Por exemplo, em Itália e na Holanda, para receber cuidados de enfermagem e de apoio às atividades básicas e instrumentais da vida diária no domicílio, é avaliada a disponibilidade dos cuidadores informais. Na Finlândia são os municípios que definem os critérios de elegibilidade e decidem os instrumentos de avaliação, pelo que podem verificar-se diferentes critérios de acesso dentro do mesmo país.

Em qualquer dos países analisados, os cuidados de enfermagem no domicílio são prescritos pelo médico. Porém, em Itália também é necessária declaração médica para aceder aos cuidados de apoio às atividades básicas e instrumentais da vida diária no domicílio, cujos custos são definidos em função dos rendimentos dos beneficiários. Nos restantes países, a elegibilidade destes serviços não depende dos rendimentos.

A Bélgica, a Finlândia e a Alemanha destacam-se pelo elevado apoio ao cuidado informal e consequente usufruto desse apoio. Uma das medidas contempladas nestes países é a possibilidade de obter licença de assistência à família sem perda total de retribuição. Contudo, a realidade da Holanda é distinta, pois embora o apoio a este cuidado seja expressivo, na prática é pouco utilizado. Os apoios mais comuns são a comparticipação financeira e os programas de descanso do cuidador. Na Bélgica e na Alemanha, os cuidadores informais podem, ainda, frequentar formação específica para aprenderem a cuidar de pessoas com demência. A Islândia é o país que apresenta o apoio menos expressivo aos cuidadores informais, traduzindo-se em índices de utilização igualmente reduzidos.

## **2.2. O caso de Portugal**

O envelhecimento demográfico em Portugal coloca desafios à sociedade e ao Estado. O aumento da população idosa gera um conjunto de necessidades específicas que exigem resposta de todos. Para envelhecer bem, promover a autonomia e prevenir a dependência é

preciso disponibilizar serviços e infraestruturas de suporte e apoio para todas as pessoas mais velhas. Nessa sequência, o Estado tem desenvolvido respostas para apoiar a população idosa, que são implementadas por organizações com e sem fins lucrativos, embora estas últimas tenham muito maior expressão, segundo o relatório da Carta Social 2016. O Estado, enquanto prestador de serviços, posiciona-se em atividades complementares, mais orientadas para a segurança, participação social e combate ao isolamento.

## **Estado**

O Estado define programas e apoios que complementam a oferta dos serviços de apoio domiciliário prestados pelas organizações do 2º e 3º setor ou orientam o cidadão para os serviços adequados. Muitas destas iniciativas são promovidas pelas Câmaras Municipais e Juntas de Freguesia. Segue-se a descrição de alguns exemplos de iniciativas promovidas pelo Estado em Portugal, destinadas à população idosa:

- **Linha Cidadão Idoso:** É da responsabilidade do Provedor da Justiça e funciona nos dias úteis das 9h30 às 17h30, gratuitamente. Presta informações acerca dos direitos e apoios do cidadão idoso em questões relacionadas com habitação, saúde, segurança social e serviços. Orienta o idoso na procura de soluções e serve de intermediário com outras instituições na resolução de problemas.
- **Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança:** É promovido pela GNR e pela PSP para apoiar a população idosa. A GNR atua nas zonas rurais e centra a atenção nos idosos que vivem mais isolados e afastados dos centros populacionais, procurando estabelecer contactos diretos e telefónicos com estes idosos e colaborando com outras entidades de apoio a idosos. A PSP atua nos centros urbanos e procura sinalizar idosos em situação de risco. Este programa pretende também alertar para as burlas e estimula a adoção de comportamentos de segurança.
- **Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis (RPMS):** Esta associação de municípios conta com 50 membros e o principal objetivo é promover a saúde e a cooperação no âmbito do projeto Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde. Nesse contexto, cada município desenvolve projetos na comunidade destinados a diferentes públicos. No que respeita à população idosa, os municípios desenvolvem um conjunto de projetos de forma autónoma ou

em parceria, muitos dos quais se traduzem na prestação de serviços diversificados no âmbito da saúde, alimentação, segurança, combate ao isolamento, atividades recreativas, aconselhamento, entre outros. Na tabela 1 apresentam-se alguns dos projetos que constam no site da RPMS, destinados ao público sénior:

Tabela 1 – Serviços prestados do âmbito de Projetos de Apoio a Idosos

MUNICÍPIO	PROJETO	SERVIÇOS
Alfândega da Fé	Unidade Móvel de Saúde Gabinete de Enfermagem	Destina-se a idosos com dificuldade de deslocação. São efetuadas visitas domiciliárias a todas as aldeias do concelho prestando assistência à população através de serviços de enfermagem, fisioterapia, pedidos de receitas médicas e análises clínicas, entrega de medicação no domicílio, entre outros.
	Apoio Psicológico aos Idosos	Acompanhamento psicológico no domicílio aos idosos que vivem sozinhos e com dificuldades na mobilidade e no acesso aos cuidados de saúde.
	Psicomotricidade/Desporto Sénior	São realizadas sessões de intervenção psicomotora individuais e em grupo, destinadas a idosos e/ou pessoas com alguma limitação ou incapacidade.
Amadora	Amasénior – Apoio alimentar	Fornecer refeições aos fins-de-semana e feriados, a pessoas idosas e/ou dependentes que se encontram integradas em Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário nos dias úteis.
	Oficina Multiserviços	Traduz-se em pequenas reparações e adaptações no domicílio de pessoas idosas e/ou dependentes, com prioridade para as situações de baixos recursos económicos.
	STAPA – Sistema Telefónico de Assistência Permanente da Amadora	Destina-se a idosos e/ou pessoas dependentes em situação de isolamento social e traduz-se numa resposta a situações de emergência através do acionamento de um dispositivo de controlo remoto (botão de pulso/ botão em pendente) que possibilita o contacto telefónico com a central de assistência.
Lagoa (Algarve)	Hidroterapia	As aulas de hidroginástica com fisioterapeuta nas Piscinas Municipais de Lagoa destinam-se a adultos com mais de 55 anos.
Miranda do Corvo	Ora ponha aqui o seu pezinho	Trata-se de um <i>workshop</i> de dança para maiores de 60 anos e decorre uma vez por mês na Casa das Artes.
Setúbal	Memórias, Identidades e Patrimónios	Promove visitas guiadas a locais de interesse histórico ou cultural, destinadas a pessoas com mais de 65 anos.

Fonte: Rede Portuguesa dos Municípios Saudáveis

### Organizações com e sem fins lucrativos

Os serviços com a tutela do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social podem ser prestados por organizações com ou sem fins lucrativos, em nome individual ou coletivo. As organizações do 2º setor são empresas privadas com fins lucrativos. As organizações do 3º setor são entidades sem fins lucrativos que compreendem uma variada tipologia, nomeadamente, as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Entidades

Oficiais que desenvolvem atividades no âmbito da ação social, Serviços Sociais de empresas, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, outras entidades equiparadas a IPSS e organizações privadas sem fins lucrativos.

O Instituto da Segurança Social (2017) prevê um conjunto de serviços designados respostas sociais, de apoio ao idoso, em espaços definidos (equipamentos sociais) ou no seu domicílio com apoio proveniente desses mesmos espaços. O objetivo destes serviços é promover a autonomia, a integração social e a saúde. Os serviços de apoio ao idoso propostos pelo Instituto da Segurança Social, são os seguintes:

- (a) Serviço de Apoio Domiciliário: Traduz-se na prestação de serviços no domicílio a idosos em situação de dependência física e/ou psíquica, de forma temporária ou permanente, de forma a assegurar a satisfação das necessidades básicas e/ou a realização das atividades instrumentais da vida diária.
- (b) Centro de Convívio: Consiste na dinamização de atividades sociais, recreativas e culturais, para promover a participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade.
- (c) Centro de Dia: Disponibiliza um conjunto de serviços de forma a satisfazer as necessidades básicas do idoso e proporcionar acompanhamento e estimulação, durante o dia. Desta forma, procura-se adiar/evitar a institucionalização e favorecer a autonomia.
- (d) Centro de Noite: Destina-se apenas ao acolhimento noturno de idosos autónomos que durante o dia permanecem no seu domicílio. É uma forma de promover a segurança e o bem-estar e combater o isolamento.
- (e) Acolhimento Familiar: Nesta modalidade os idosos são integrados em famílias de forma permanente ou temporária, para garantirem a satisfação de todas as necessidades.
- (f) Estruturas Residenciais: É uma forma de alojamento coletivo, que pode assumir a forma mais comum de quarto individual ou partilhado e alojamento em apartamento ou moradia. A utilização pode ser temporária ou permanente e os serviços disponibilizados orientam-se para a satisfação das necessidades biopsicossociais.
- (g) Centros de Férias e Lazer: Destina-se a satisfazer as necessidades de lazer e altera a rotina, promovendo interação com diferentes espaços e pessoas.



O acesso aos serviços anteriormente descritos depende da disponibilidade das Organizações fornecedoras. Os preços são variáveis e no caso das Organizações com Protocolo de Cooperação com a Segurança Social, o idoso pode beneficiar de uma comparticipação em função dos rendimentos do agregado familiar.

### **A Carta Social e o Serviço de Apoio Domiciliário**

A Carta Social é um instrumento que caracteriza e apresenta a oferta de serviços e os espaços onde são prestados da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES). Essa oferta distribui-se por diferentes respostas sociais, nomeadamente, crianças e jovens; crianças, jovens e adultos com deficiência; pessoas idosas; família e comunidade; pessoas toxicodependentes; pessoas infetadas com IVH/SIDA e sua família e pessoas com doenças do foro mental ou psiquiátrico. Estes serviços procuram combater a pobreza, promover maior justiça e inclusão social, além de constituírem um suporte para as famílias conciliarem o papel de cuidadoras com a vida familiar, pessoal e profissional. Este instrumento assume grande relevância para os decisores políticos desenharem e ajustarem as políticas de intervenção social e para os cidadãos conhecerem os serviços disponíveis em função das necessidades que manifestam. A Carta Social é atualizada de forma sistemática, uma vez que os prestadores dos serviços acedem à plataforma informática e procedem aos ajustes necessários. Contudo, podem sempre existir discrepâncias entre os registos e a realidade, porque a quantidade e diversidade de serviços é de tal ordem, que incluir todos na Carta Social e atualizá-los em tempo útil, nem sempre é possível. O relatório intitulado “Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos 2016” baseia-se na informação apresentada até 31 de dezembro de 2016. Este documento descreve a evolução da RSES no continente, apresenta informação estatística, bem como a despesa pública com o funcionamento da rede e com os protocolos de cooperação.

Segundo o relatório da Carta Social de 2016, os serviços de apoio à população idosa representavam 41,3% da oferta global. É na Região Centro que se concentra a maior percentagem de oferta de serviços para as pessoas mais velhas com 37%, seguido da região norte com 31,2%. Uma vez que a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), o Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) são os mais representativos, o referido relatório apenas analisa estes três apoios.

O relatório da Carta Social 2016 refere que, entre 2000 e 2016, o SAD apresentou um crescimento de 73%, seguido da ERPI com crescimento de 68%. O crescimento da resposta SAD evidencia a opção dos idosos e dos seus cuidadores informais pela manutenção do idoso na sua casa. Salienta, ainda, que o SAD totalizava em 2016, 2 727 unidades com capacidade para 109 950 lugares, seguido da resposta ERPI com 2 445 unidades e 94 976 lugares do conjunto das respostas sociais para idosos. Do total de lugares apresentado, cerca de 130 000 são comparticipados pelo Estado.

A dispersão das respostas sociais para Pessoas Idosas é muito significativa e em 2016, 85% dos concelhos do continente ofereciam 10 ou mais respostas e 48% com 20 ou mais respostas. Constata-se, também, que todos os concelhos têm a resposta SAD disponível.

No que respeita aos prestadores dos serviços, o relatório conclui que a oferta dos serviços se concentra nas organizações sem fins lucrativos (OSFL). No entanto, refere que nos distritos do Porto e de Lisboa, as organizações com fins lucrativos (OCFL) foram responsáveis por mais de 20% da oferta SAD e 8 distritos apresentavam oferta ERPI igualmente acima dos 20%.

Em 2016, a taxa de cobertura das respostas de apoio às pessoas idosas rondava os 12,9%. Este valor tem sido condicionado pelo aumento acelerado da população idosa, apesar do sucessivo aumento do número de lugares disponíveis. Saliente-se, ainda, que dos 278 concelhos do continente, 65% apresentaram uma taxa de cobertura superior à média. Em contrapartida, uma taxa de cobertura abaixo da média foi identificada nos concelhos das áreas metropolitanas do Porto e de Lisboa e na região algarvia.

No que concerne à taxa de utilização, a média de utilizações destas respostas registou o valor de 76,3%. A exceção é a resposta ERPI que apresentou uma taxa de utilização superior a 90% e que pode ser indicativo de que o aumento das necessidades das pessoas mais velhas leva à sua transferência para respostas com institucionalização. Por outro lado, a redução da taxa de utilização do SAD pode ser explicada pelo facto de o aumento da oferta não ter sido acompanhado pelo aumento da procura. A região norte apresentou taxas de utilização mais elevadas.

No que respeita aos períodos de funcionamento, constata-se que a generalidade dos Centros de Dia funciona só nos dias úteis. Por seu lado, O SAD tem aumentado o seu período de funcionamento e muitos deles já funcionam todos os dias da semana. Nestes casos existem modalidades de funcionamento ajustadas às necessidades dos clientes que podem optar por serviços combinados, por exemplo, dias úteis e sábados, etc. Os dados mostram que 57,8% do

SAD funciona todos os dias, 29,0% só nos dias úteis, 12,6% dias úteis e sábados e 0,6% só nos fins-de-semana.

O perfil do cliente dos diferentes serviços é variável. Relativamente aos Centros de Dia, 50% dos clientes apresentavam idades inferiores a 80 anos, 72% dos clientes da ERPI apresentavam idades iguais ou superiores a 80 anos e 62% dos clientes SAD tinham idades compreendidas entre os 75 e os 89 anos de idade. A maioria dos clientes (70%) permanece no serviço até 5 anos, contudo 10% dos clientes da ERPI permanecem no serviço 10 ou mais anos.

No que concerne à capacidade de realização de atividades básicas da vida diária (ABVD), os dados de 2016 revelam que a maioria dos clientes de Centro de Dia era independente na generalidade das atividades avaliadas. Em relação ao SAD, observaram-se resultados semelhantes, pese embora o aumento da dependência. Na resposta ERPI, a maioria dos clientes apresentavam dependência na generalidade das atividades avaliadas.

Concluindo, é de realçar o aumento da diversidade de oferta de serviços, em particular na ERPI e no SAD. Na ERPI, para além dos serviços tradicionais relacionados com alojamento, alimentação, higiene e cuidados de enfermagem, emergem serviços como fisioterapia, psicologia e cabeleireiro. Os serviços mais procurados no SAD são a alimentação, higiene e limpeza e tratamento de roupas, mas as reparações no domicílio, os serviços de animação e o acompanhamento dos clientes para tratamento de assuntos pessoais e obrigações legais estão a ganhar expressão.

A Portaria nº 38/2013 de 30/01, publicada no DR nº 21 da 1ª série, consigna um conjunto de disposições que regulam a instalação e funcionamento do SAD. O SAD é uma das respostas sociais destinadas a pessoas em situação de dependência e respetivos familiares, de forma permanente ou temporária.

Para além de apoio na satisfação das atividades básicas e instrumentais da vida diária, o SAD deve facilitar o acesso a outros serviços disponíveis na comunidade, reforçar a qualidade de vida e autonomia do cliente, bem como apoiar os cuidadores informais na prestação dos cuidados e na articulação com a vida profissional. Desta forma, contribui para manter as pessoas na sua casa, adiando a institucionalização.

Sempre que possível, a prestação dos serviços deve ser diária e assegurar no mínimo quatro dos serviços indicados no nº 3 do artigo 4º, nomeadamente, higiene pessoal, higiene habitacional, fornecimento de refeições, tratamento de roupas, teleassistência, atividades de animação e socialização. Contudo, o âmbito do SAD pode abranger outros serviços como

preparação das refeições no próprio domicílio, transporte, cuidados de imagem e estética, atividades ocupacionais, formação dos cuidadores informais para prestarem melhores cuidados, apoio psicossocial, reparações e pequenas obras no domicílio.

Os artigos 5º, 6º e 7º definem os princípios de atuação do SAD e a obrigatoriedade de um processo individual e confidencial de cada cliente. Todos os serviços são contratualizados com o cliente ou familiar/representante legal.

A direção técnica do SAD está afeta a um profissional com formação superior na área das ciências sociais e do comportamento, saúde ou serviço social (nº 1 do artigo 8º), assumindo a responsabilidade pela organização, funcionamento e supervisão, de acordo com o modelo de gestão técnica mais adequado à otimização da prestação dos serviços.

A equipa técnica deve possuir qualidades profissionais e humanas necessárias ao desempenho das respetivas tarefas. É possível contar com a colaboração de voluntários, mas estes não podem constar nos rácios de pessoal para a constituição das equipas.

Em Portugal, as organizações com ou sem fins lucrativos que pretendam prestar serviços no domicílio, têm de enquadrar-se na Portaria 38/2013 de 30/01 e obter licença de funcionamento na Segurança Social. As organizações sem fins lucrativos podem estabelecer protocolos com a Segurança Social para a comparticipação nos custos da prestação dos serviços, em função dos rendimentos dos utilizadores. Além dos serviços elencados na portaria, as organizações com fins lucrativos podem oferecer outros serviços, nomeadamente, a venda e aluguer de ajudas técnicas.

### **A Rede de Cuidados Continuados Integrados**

A Rede de Cuidados Continuados Integrados (RCCI) foi criada em 2006, pelo Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho, para responder às necessidades de serviços de saúde e apoio social de um número crescente de pessoas com doença crónica incapacitante, enquadradas no âmbito dos cuidados de longa duração e paliativos. De acordo com o Guia Prático da RNCCI, a rede funciona sob a tutela do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho, Solidariedade Social e Segurança Social, em articulação com organizações públicas e privadas com e sem fins lucrativos, no domicílio do utilizador ou em instalações próprias, e destina-se a pessoas de todas as idades, em situação de dependência. O acesso à rede é efetuado através do serviço de internamento ou da equipa de gestão de altas dos Hospitais Públicos ou do Centro de Saúde da área de residência nos

casos em que o utilizador se encontre no seu domicílio, no hospital privado ou outra instituição. O acompanhamento e a afetação dos serviços de saúde e de apoio social são realizados por equipas multidisciplinares, envolvendo o doente e o cuidador informal ao longo de todo o processo. As equipas multidisciplinares são constituídas por médicos, enfermeiros, terapeutas, psicólogos e assistentes sociais.

O objetivo principal dos cuidados integrados assenta na recuperação ou manutenção da capacidade funcional, de forma a recuperar independência, autonomia e qualidade de vida, na medida em que for possível, e permitir a reinserção familiar e social.

Atualmente, a RNCCI é constituída pelas seguintes tipologias:

(a) Unidades de Internamento:

Tipologia de unidades de internamento	Nº dias internamento	Serviços prestados
<p>Unidade de Convalescença</p> <p>(Para pessoas que estiveram internadas em unidade hospitalar e necessitam de cuidados pós-alta que, pela suas características, não podem ser prestados no domicílio.)</p>	Até 30 dias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados médicos e de enfermagem permanentes;</li> <li>• Exames médicos;</li> <li>• Prescrição e administração de medicamentos;</li> <li>• Fisioterapia;</li> <li>• Apoio psicológico e social;</li> <li>• Higiene, conforto e alimentação;</li> <li>• Convívio e lazer;</li> <li>• Reabilitação funcional intensiva.</li> </ul>
<p>Unidade de Média Duração e Reabilitação</p> <p>(Para pessoas que na sequência de doença, perderam autonomia e funcionalidade, recuperáveis através de cuidados que não podem ser prestados no domicílio.)</p>	Entre 30 e 90 dias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados médicos diários e de enfermagem permanentes;</li> <li>• Prescrição e administração de medicamentos;</li> <li>• Fisioterapia e terapia ocupacional;</li> <li>• Apoio psicossocial;</li> <li>• Higiene, conforto e alimentação;</li> <li>• Convívio e lazer;</li> <li>• Reabilitação funcional.</li> </ul>
<p>Unidade de Longa Duração e Manutenção</p> <p>(Para pessoas com doenças ou processos crónicos que necessitam de cuidados que não podem ser prestados no domicílio, com o objetivo de prevenir e atrasar o agravamento da dependência, promovendo o conforto e a qualidade de vida.)</p>	<p>Superior a 90 dias</p> <p>(inferiores a 90 dias para situações de descanso do cuidador informal)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados médicos regulares e de enfermagem permanentes;</li> <li>• Prescrição e administração de medicamentos;</li> <li>• Fisioterapia e terapia ocupacional;</li> <li>• Controlo fisiátrico periódico;</li> <li>• Atividades de manutenção e de estimulação;</li> <li>• Apoio psicossocial;</li> <li>• Higiene, conforto e alimentação;</li> <li>• Animação sociocultural;</li> <li>• Reabilitação funcional de manutenção.</li> </ul>
<p>Cuidados Paliativos</p> <p>(Inserem-se na Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) e destinam-se a doentes em condição grave e de sofrimento, devido a doença severa, incurável e progressiva.)</p>	Sem limite temporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados médicos diários e de enfermagem permanentes;</li> <li>• Exames médicos;</li> <li>• Prescrição e administração de medicamentos;</li> <li>• Fisioterapia;</li> <li>• Atividades de manutenção;</li> <li>• Apoio psicossocial e espiritual;</li> <li>• Higiene, conforto e alimentação;</li> <li>• Convívio e lazer;</li> <li>• Consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros locais.</li> </ul>

(b) Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia (UDPA):

Estas unidades encontram-se em fase de implementação e destinam-se a pessoas que se encontram nas suas residências e apresentam necessidades de saúde, apoio social, promoção da autonomia ou manutenção do estado funcional, que pela sua natureza, não podem ser satisfeitas no domicílio. As UDPA asseguram cuidados de enfermagem periódicos, fisioterapia, terapia ocupacional e da fala, atividades de manutenção e de estimulação, apoio psicossocial, animação sociocultural, alimentação e higiene pessoal.

(c) Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI):

Estas equipas foram criadas para satisfazer necessidades de pessoas com dependência transitória ou prolongada, que não conseguem deslocar-se e apresentam condições no domicílio para a prestação dos cuidados. As ECCI proporcionam cuidados médicos e de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, apoio psicossocial, educação para a saúde dirigida ao doente e cuidadores, apoio na satisfação das necessidades básicas e no desempenho das atividades da vida diária.

Para aceder aos cuidados integrados da RNCCI, os utilizadores têm de enquadrar-se em pelo menos um dos critérios de admissão, nomeadamente, apresentar dependência funcional transitória ou prolongada; idosos com critérios de fragilidade ao nível da dependência e da doença, incapacidade grave com impacto psicossocial, doença severa em fase avançada ou terminal, necessidade de alimentação entérica e/ou terapêutica parentérica, suporte respiratório, tratamento de úlceras de pressão e/ou feridas, manutenção/tratamento de estomas e administração e ajuste de terapêutica com supervisão.

A implementação dos cuidados continuados integrados e a afetação de serviços de saúde e de apoio social ajustados às necessidades individuais de cada paciente, tem permitido a reinserção de idosos no seu meio após episódio de doença aguda, reabilitando na medida que for possível e possibilitando a permanência no domicílio sempre que o internamento não seja imperativo. Por outro lado, a generalidade das organizações privadas que integram a rede, oferecem também outros serviços destinados à população idosa, os quais podem constituir uma resposta para suprir necessidades após a alta das unidades da RCCI.

### **3. A Gestão de Caso: um modelo de prestação de serviços**

A Gestão de Caso (GC) corresponde a um modelo de intervenção que procura fornecer os serviços de acordo com as necessidades múltiplas e complexas dos clientes, de forma atempada e adequada. Este modelo surgiu nos EUA (anos 70, séc. XX) na área da saúde, para as seguradoras coordenarem os serviços prestados aos seus clientes e restringirem os custos (Gonzales, Casarin, Calin, Sasaki, Monroe & Vila, 2003; Holton & Walsh, 2013 ). Atualmente, nos EUA, este modelo continua a ser utilizado na prestação de assistência à saúde, aos idosos, toxicodependentes, crianças, entre outros (Gonzales, Casarin, Calin, Sasaki, Monroe & Vila, 2003; Holton & Walsh, 2013; CMSA, 2016). A GC estendeu-se a outros países, nomeadamente, Canadá, Reino Unido, Suécia e mais recentemente França.

Dada a pertinência deste assunto para o presente estudo, apresentam-se de seguida os princípios, os objetivos e as etapas da intervenção na Gestão de Caso, bem como os resultados da investigação acerca da aplicação deste modelo em diferentes países e contextos.

#### **3.1. Objetivos e características da Gestão de Caso**

Summers (2009) afirma que a GC é um processo de avaliação da condição global de um cliente e identificação de necessidades e problemas. Os interesses e os pontos fortes do cliente são tidos em conta para melhorar a sua situação, sempre que possível. Outro objetivo da GC é a prevenção para evitar que os problemas se agravem e aumentem as despesas no futuro. É igualmente importante considerar o contexto do cliente para reunir toda a informação relevante e identificar todas as oportunidades. Dessa forma, obtém-se uma visão global do cliente e respetivo contexto, muito útil no diagnóstico das suas necessidades/problemas. O cliente e o respetivo contexto podem ser considerados em três níveis: (1) micro – o foco centra-se na personalidade, motivação, afetividade e outras qualidades do cliente; (2) meso - o foco está no contexto mais próximo do cliente como a família, os amigos, os vizinhos, entre outros; (3) macro – o foco está na sociedade em geral e na forma como o cliente a experiencia ou a forma como as organizações e as instituições são introduzidas na intervenção no cliente.

Martins e Fernandes (2010) consideram a GC um processo colaborativo que assegura a coordenação dos serviços prestados e integra equipas multidisciplinares, de forma a responder

às necessidades e potencialidades dos indivíduos no momento oportuno, utilizando eficientemente os recursos disponíveis. O gestor de caso é o responsável pela intervenção e monitorização, e na alocação dos recursos deve focar-se na promoção dos pontos fortes e capacidades do cliente e na relação cliente/família.

Ross, Curry e Goodwin (2011) definem a GC como um processo de acompanhamento individual a longo prazo com o objetivo de adaptar e ajustar os serviços às necessidades do cliente, promovendo a sua qualidade de vida. Porém, também pode ser entendida como uma intervenção pontual, intensiva e personalizada, centrada numa ocorrência específica, com duração limitada, como é o caso de um internamento hospitalar. Com a intervenção pretende-se maximizar a autonomia do cliente e favorecer a sua tomada de decisão. Os autores identificam os seguintes objetivos de um programa da GC: (1) reduzir os custos dispendiosos da utilização dos serviços hospitalares; (2) melhorar os cuidados prestados aos clientes; (3) melhorar a experiência do cliente. Ainda com base na revisão da literatura efetuada, estes autores apontam as principais etapas de intervenção da GC: (1) identificação do caso; (2) avaliação diagnóstica; (3) plano de intervenção; (4) coordenação dos cuidados geralmente realizada pelo gestor de caso no contexto de uma equipa multidisciplinar (gestão de medicação, apoio no autocuidado, apoio jurídico e mediação, apoio psicológico, monitorização e revisão); (5) encerramento do caso nas intervenções com horizonte temporal delimitado.

Em 2016, a *Case Management Society of America* (CMSA) definiu a GC como um processo colaborativo de diagnóstico, planeamento, promoção, coordenação de cuidados, avaliação, tomada de decisão e prestação de serviços que respondam às necessidades de saúde dos indivíduos e das famílias, através da comunicação e disponibilização de recursos, de forma a atingir resultados de qualidade a nível de custo-benefício.

Segundo Viscarret (2007), a GC orienta a sua intervenção de acordo com os seguintes objetivos: (1) assegurar a continuidade do cuidado através dos diferentes serviços em qualquer momento; (2) assegurar que os serviços satisfazem as necessidades, as quais se modificam ao longo do ciclo de vida do indivíduo; (3) ajudar os clientes a aceder aos serviços que necessitam, superando obstáculos associados a critérios de elegibilidade, procedimentos, regulamentações e políticas; (4) garantir que os serviços prestados satisfazem as necessidades e são prestados de forma atempada, adequada e sem duplicação. A GC pode então ser entendida com um modelo de intervenção multinível nas dimensões bio-psico-social, que procura a qualidade de vida dos clientes. A implementação da GC implica identificar os clientes, avaliar as suas necessidades,



definir o plano de cuidados, coordenar os cuidados em contexto multidisciplinar, monitorizar e rever sempre que necessário. Viscarret (2007) aponta as seguintes etapas da intervenção na GC (Tabela 2):

Tabela 2 – Etapas da intervenção na Gestão de Caso

ETAPAS DA INTERVENÇÃO NA GC	DESCRIÇÃO
1. Avaliação e diagnóstico	A condição do cliente é analisada para posteriormente se selecionarem as intervenções mais adequada.
2. Planificação do serviço e identificação dos recursos	Definem-se prioridades, objetivos e formas de os concretizar.
3. Vinculação dos clientes aos serviços necessários	Consiste em afetar os clientes aos serviços definidos na planificação, possibilitando a rentabilização dos recursos que o cliente dispõe ao seu redor.
4. Implementação do serviço e coordenação	A prestação do serviço e a respetiva coordenação são fundamentais para avaliar o êxito da prática da GC. Quanto maior o número de serviços envolvidos, maior o esforço do gestor de caso para coordenar e assegurar a continuidade e a coordenação das atividades.
5. Acompanhamento da prestação dos serviços	Os serviços prestados são supervisionados de forma continuada pelo gestor de caso junto dos clientes e das entidades prestadoras.
6. <i>Advocacy</i>	Diz respeito à intermediação para obter serviços e recursos novos ou mais ajustados às necessidades, de modo a beneficiar o cliente, frequentemente vulnerável, e em simultâneo incentivá-lo a lutar pelos seus benefícios.
7. Avaliação dos serviços e dos sistemas de prestação de serviços	É necessária para assegurar a responsabilidade de todas as partes envolvidas e determinar se os serviços e a respetiva prestação são adequados.

Fonte: Viscarret (2007)

De acordo com o mesmo autor, a GC não está isenta de críticas porque, por vezes, o foco são os gastos e a racionalização dos recursos, em detrimento do desenvolvimento pessoal dos clientes, devido aos modelos de financiamento subjacentes, como sucede nos EUA. Noutros contextos, a GC é vista como uma intervenção que garante maior Justiça Social na medida em que afeta os recursos mais adequados às necessidades dos clientes e facilita o acesso aos serviços.

Holton e Walsh (2013) referem que diferentes modelos de GC têm sido apresentados pelos investigadores e teóricos, com descrições distintas. Da análise dessa informação, os autores destacam quatro modelos (Tabela3):

Tabela 3 – Modelos de Gestão de Caso

MODELOS DE GC	DESCRIÇÃO
<i>Broker Model</i> (Walsh, 2002; Austin & McClelland, 2002)	Considera o modelo mais básico da GC e traduz-se na orientação dos clientes para os recursos existentes na comunidade mais adequados às respetivas necessidades. Neste modelo, o gestor de caso não tem responsabilidades financeiras perante o cliente, nem autoridade para negociar os custos dos serviços.
<i>Assertive Community Treatment</i> (Hangan, 2006; Lehman et al., 2004; McReynolds, Ward & Singer, 2002)	Este modelo é aplicado por uma equipa multidisciplinar que partilha clientes com doenças mentais graves. A equipa procura prestar os serviços necessários, em vez de utilizar os serviços da comunidade. Todos os membros da equipa são responsáveis por trabalhar com todos os clientes. O modelo destaca os pontos fortes do cliente, procurando adaptá-lo à vida da comunidade e possibilitando o acesso a uma rede de suporte natural (família, amigos, pares). O contacto da equipa com os clientes é muito frequente, ocorrendo várias vezes por semana.
<i>Intensive Case Management with Individual Case Managers</i> (King, 2006)	Este modelo apresenta semelhanças com o anterior, no entanto o acompanhamento é efetuado por um único gestor de caso em vez de uma equipa multidisciplinar. O gestor de caso disponibiliza muito tempo ao cliente e toma diligências para suprir as suas necessidades.
<i>Clinical Case Management</i> (Walsh, 2000, 2002; Buck & Alexander, 2006)	Este modelo é frequentemente associado ao <i>individual intensive model</i> . Integra elementos do <i>social work</i> clínico e das práticas da GC tradicional. Geralmente, o acompanhamento é efetuado por um único profissional e a prioridade centra-se na qualidade do relacionamento entre o cliente e o <i>social work</i> de forma a favorecer o crescimento pessoal do cliente. Neste contexto, uma diversidade de intervenções sociais, médicas, educativas e de reabilitação podem efetivamente ser implementadas.

Fonte: Holton e Walsh (2013)

Lukersmith, Millington e Salvador-Carulla (2016) analisaram de que forma a GC é descrita na literatura. Para tal selecionaram estudos quantitativos e qualitativos através de pesquisas nas bases de dados Medline, Cochrane, OTseeker e PsycBITE, realizadas na 3ª semana de julho de 2013. A pesquisa da literatura cinzenta também foi considerada e realizou-se entre agosto de 2013 e fevereiro de 2014 nos sites seguintes: Austrália - Case Management Society of Australian and New Zealand (CMSA), Transport Accident Commission (TAC), Lifetime Care and Support Authority (LTC), National Disability Insurance Agency (NDIA), WorkCover Authority (NSW), Brain Injury Rehabilitation Directorate (New South Wales – NSW) e Department of Health NSW; Canadá - National Case Management Network; Reino Unido – Case Management Society of the United Kingdom (CMSUK), British Association of Brain Injury Case Managers (BABICM) e National Health Service (NHS); EUA - Agency for Healthcare Research and Quality, Commission for Case Manager Certification, Case Management Health System, Case Management Society of America e American Case Management Association. Os critérios de inclusão foram: (1) artigos em língua inglesa; (2) nas bases de dados não se definiram horizontes temporais; (3) GC de base comunitária; (4) GC no âmbito de condições de saúde relativas a diabetes, doença mental, patologias cerebrais e lesões na espinal medula; (5) estar presente a definição, princípios e característica da GC. Foram selecionados 6 847 artigos das bases de dados e 22 da literatura cinzenta. Desse total, foram

eliminados 6 208 porque ou estavam duplicados ou não se enquadravam nos critérios de inclusão. Os 661 artigos foram analisados até ao ponto de saturação, restando 79 artigos finais enquadrados no horizonte temporal 1988-2013.

De acordo com os mesmos autores, é um facto que a GC permite a integração de cuidados de saúde, serviços sociais e outros suportes, mas existem diversas etapas de intervenção e variações da GC em função do contexto e do público-alvo. Os gestores de caso são provenientes de diferentes áreas e atendem clientes com problemas e contextos diversos. Esta diversidade refletiu-se na variabilidade de descrições da GC. Este estudo foca-se na descrição dos conceitos e intervenções da GC de base comunitária, relegando a análise dos efeitos e resultados. A análise dos artigos selecionados confirma a existência de vasta literatura acerca da GC, mas a terminologia utilizada é diversa, o que dificultou a tarefa de recolha dos dados em termos literários. Verifica-se heterogeneidade nos conceitos, descrições e termos, o que dificultou a identificação das diferenças e semelhanças entre os modelos e as intervenções dos gestores de caso. Contudo, Lukersmith e colaboradores (2016) destacam cinco modelos de GC, embora admitam a existência de outros, porque muitos são variações, adaptações e interpretações de modelos inseridos num contexto específico (Tabela 4).

Tabela 4 – Modelos de Gestão de Caso

MODELOS DE GC	DESCRIÇÃO
<p><i>Broker (service broker, managed care, medical case management, generalist, gatekeeper)</i></p> <p>(Huber,2002; Zwarenstein et al, 2000; Simpson, 2010; Holloway &amp; Carson, 2001; Mueser et al, 1998; Bedell, Cohen &amp; Sullivan, 2000)</p>	<p>Abordagem imparcial com o objetivo de coordenar e estabelecer a ligação entre o cliente e os prestadores dos serviços necessários. Procura definir uma rede de prestadores de serviços, para evitar o acesso e o uso inadequado dos mesmos e consequentemente, gastos desnecessários. Os gestores de caso procuram auxiliar os clientes na identificação das necessidades e respetivos serviços de suporte e apoio. O contacto entre o gestor e o cliente é limitado.</p>
<p><i>Clinical (rehabilitation, direct care)</i></p> <p>(Mueser et al, 1998; Solomon, 1992; Onus et al, 2010; Tahan &amp; Campagna, 2010; Tyrer et al, 1999; Wulff, 1991; Abeyta et al, 2009; Accident Compensation Corporation, 2013; Kennedy et al, 2012; Rapp, 1998; Rosen &amp; Teesson, 2001; Scheinberg et al, 2005; Simpson, Miller &amp; Bowers, 2003;Wood, 2010)</p>	<p>Envolve intervenções clínicas, colaborativas, estratégicas e de comunicação com o cliente e as principais partes interessadas (por exemplo, prestadores de serviços e financiadores), estabelecendo metas, objetivos, resultados e prazos. Providencia intervenções e serviços médicos, reabilitação, assegura a continuidade dos cuidados e identifica e avalia os défices do cliente. O contacto com o cliente pode ser breve e pontual ou integrar um plano de acompanhamento durante 2-3 anos.</p>
<p><i>Chronic care (long term, integrated care, standard)</i></p> <p>(Huber, 2002, Gensichen et al, 2009; Schaefer &amp; Davis, 2004; Applebaum &amp; Mayberry, 1996; Bushy, 1997; Casarin et al, 2002)</p>	<p>Traduz-se num sistema de cuidados integrados adaptados ao indivíduo, em contexto de equipa multidisciplinar, que proporciona o apoio necessário. Considera que a qualidade dos cuidados baseia-se nas interações entre clientes, famílias e cuidadores e prestadores de serviços. Os gestores de caso dispõem de sistema de apoio específico, de especialistas e de ligações próximas com os prestadores de cuidados primários para apoiar os cuidados coordenados e integrados em curso e com acompanhamento. O contacto com o cliente mantém-se a longo prazo, com foco nos cuidados integrados.</p>
<p><i>Strengths based</i></p> <p>(Huber, 2002; Holloway &amp; Carson, 2001; Mueser et al., 1998; Solomon, 1992; Rapp, 1998; Rosen &amp; Teesson, 2001; Simpson, Miller &amp; Bowers, 2003; Blakely &amp; Dziadosz, 2008; Dieterich et al, 2010; Forchuk et al, 1989; Keigher, 2000; Marty, Rapp &amp; Carlson, 2001; Mas-Exposito et al, 2013)</p>	<p>Privilegia os pontos fortes do cliente, a resiliência, interesses, capacidades e conhecimentos para encetar a recuperação, em vez de se focar nas limitações. Reconhece a importância do contexto (perspetiva ecológica) no indivíduo e realça a importância do relacionamento com o gestor de caso para apoiar e capacitar o cliente.</p>
<p><i>Assertive (intensive case management, recovery, intensive comprehensive care)</i></p> <p>(Mas-Exposito et al., 2013; Bedell, Cohen &amp; Sullivan, 2000)</p>	<p>O foco do modelo é a recuperação em vez da cura. A equipa presta todos os tratamentos e cuidados necessários em casa ou no trabalho. Procura reduzir os internamentos hospitalares e incentivar os clientes a envolver-se na comunidade, ciente das suas oportunidades e direitos. A gestão de caso intensiva pressupõe um gestor de caso pessoal e a longo prazo procura satisfazer as necessidades sociais e de saúde dos clientes. No modelo assertivo, os clientes são partilhados pela equipa multidisciplinar e o período de acompanhamento é ilimitado. Na GC intensiva verifica-se o acompanhamento de um pequeno número de clientes que não são partilhados por toda a equipa. A intervenção da <i>intensive comprehensive care</i> resulta na combinação das estratégias anteriores.</p>

Fonte: Lukersmith, Milligton e Salvador-Carulla (2016)

Lukersmith e colaboradores (2016) identificaram dezassete etapas de intervenção da GC. Na literatura analisada pelos autores, constatou-se a existência de confusão semântica nas designações das intervenções dos gestores de caso relativas às competências, padrões, propósitos e objetivos. A descrição das etapas varia consoante a perspetiva do cliente, do gestor de caso, do programa, da equipa, do serviço ou da organização. Desta forma, foram apresentadas as seguintes etapas de intervenção:

Tabela 5 – Etapas da intervenção na Gestão de Caso

ETAPAS DA INTERVENÇÃO NA GC	DESCRIÇÃO
1. Identificação	Identificar potenciais clientes que não procuram os serviços.
2. <i>Establishing rapport/</i> Estabelecer relação	Estabelecer um relacionamento colaborativo e harmonioso com o cliente.
3. Avaliação diagnóstica	Compreender as necessidades e capacidades do cliente, bem como os recursos e serviços comunitários disponíveis.
4. Planeamento da intervenção	Desenhar o plano de cuidados tendo em conta as potencialidades e necessidades do cliente, bem como os objetivos a atingir e os recursos a utilizar.
5. <i>Navigation</i>	Facilitar ligações seguras e eficazes com os diferentes serviços.
6. Prestação de cuidados	Prestar os cuidados diretamente ou mediante delegação.
7. Implementação	Procurar os serviços mais adequados, organizar ou comprar serviços em nome do cliente.
8. Coordenação	Coordenar os prestadores de serviços e os recursos necessários, de forma a promover a colaboração multidisciplinar.
9. Monitorização	Acompanhar a prestação dos serviços, efetuar registos, comunicar com todos os envolvidos, rever diagnósticos, etc.
10. Avaliação dos resultados	Verificar os progressos dos clientes para estabelecer objetivos e assegurar os ganhos e a eficácia dos cuidados.
11. <i>Feedback</i>	Escutar todos os envolvidos no processo e recolher informação de forma objetiva.
12. Educação/Informação	Prestação de informações e orientações para facilitar a compreensão do processo pelas partes envolvidas.
13. <i>Advocacy/Defesa</i> do cliente	Negociar as melhores condições de serviços e financiamentos para salvaguardar os interesses dos clientes.
14. <i>Supportive counselling/Aconselhamento</i>	Apoio prático e emocional.
15. Administração	Respeita à execução de tarefas administrativas.
16. <i>Discharge/ Disengagement/</i> Finalização	Planificar o momento de encerramento da GC de forma a assegurar a independência do cliente e o conhecimento para lidar com a sua condição e necessidades.
17. Desenvolvimento de serviços comunitários	Apoio à comunidade para desenvolver e/ou melhorar serviços e criar soluções orientadas para os problemas locais.

Fonte: Lukersmith, Millington e Salvador-Carulla (2016)

A investigação realizada por Lukersmith e colaboradores (2016) confirma a complexidade da terminologia utilizada na GC, a qual reflete a ambiguidade do papel desempenhado pelos gestores de caso e respetivas intervenções, fruto da recente natureza da função. Uma compreensão objetiva e consensual das etapas de intervenção e uma linguagem comum, possibilitariam a avaliação dos resultados e o estabelecimento de comparações no que respeita à eficácia e qualidade. É clara a urgência em definir uma taxonomia internacional concertada para a

coordenação, orientação e gestão dos cuidados, pois os resultados confirmam que a significativa variância terminológica produz confusão de papéis, ambiguidade e dificulta a comparação entre diferentes condições de saúde.

### **3.2. A Gestão de Caso e os resultados da investigação**

Bernabei e colaboradores (1998) procuraram avaliar o impacto do programa de integração de serviços médicos e sociais nas pessoas mais velhas e frágeis, que vivem na comunidade. Neste estudo, realizado numa cidade do norte de Itália, foi constituído o grupo de controlo com 100 participantes, que receberam cuidados primários e de base comunitária; e o grupo experimental, igualmente com 100 participantes que receberam cuidados no âmbito da GC, durante um ano. No final, verificou-se que os internamentos hospitalares e as institucionalizações no grupo experimental ocorreram mais tarde e em menor número relativamente ao grupo de controlo. Os serviços de saúde foram utilizados de forma semelhante, mas o grupo de controlo recebeu visitas domiciliárias mais frequentes. O grupo experimental evidenciou menor declínio físico e cognitivo e as despesas com os cuidados de saúde diminuíram. Os autores concluem que a integração de serviços sociais e de saúde com programas de GC, permitem reduzir a admissão em instituições, o declínio funcional nas pessoas mais velhas a viver em comunidade e as despesas.

Ross, Curry e Goodwin (2011) procuraram analisar a eficácia e eficiência da Gestão de Caso e consideraram que há necessidade de aprofundar a investigação sobre este assunto, para conferir maior robustez às conclusões obtidas. No entanto, há dificuldade em comparar intervenções com características distintas e definir instrumentos de medição. As evidências dos estudos da implementação da GC no Reino Unido sugerem que este modelo tem impacto positivo na prestação dos cuidados, na satisfação dos clientes e na utilização de recursos. No entanto, têm de ser bem desenhados, com gestores e equipas adequadas, para garantir a articulação eficiente de todos os serviços necessários e prestados em diferentes áreas de intervenção.

Low, Yap e Brodaty (2011) realizaram uma revisão sistemática de diferentes modelos de serviços de cuidados domiciliários e comunitários não médicos para idosos frágeis, com o objetivo de avaliar os resultados de serviços de GC, cuidados integrados (*integrated care*) ou

cuidados dirigidos pelo consumidor (*consumer directed care*). Foram analisados 35 artigos, metodologicamente diferentes e com resultados distintos entre si, pesquisados na MEDLINE, PsycINFO, CINAHL, AgeLine, Scopus e PubMed entre 1994 e maio de 2009. Os cuidados na comunidade procuram apoiar as pessoas mais velhas de forma a permitir que estas vivam nas suas casas com independência, mantendo a qualidade de vida o maior tempo possível. Em resposta a essa necessidade, emerge um grande conjunto de serviços, de diversas entidades. Porém, estes serviços são fragmentados, com baixos resultados e desperdício de recursos. Nesse contexto, a GC surge como um processo de assistência e planeamento, do qual resulta a disponibilização de diferentes opções e serviços que se ajustem às necessidades do cliente. Contudo, o gestor de caso pode não ter acesso a determinados serviços, emergindo assim os cuidados integrados, definidos como um conjunto de técnicas e modelos organizacionais com supervisão e articulação a um nível superior. Mais recentemente, surgem os cuidados dirigidos pelo consumidor, através dos quais os consumidores e os cuidadores selecionam os cuidados e respetivos fornecedores em função do que pretendem. A análise dos resultados permite concluir que: (1) há evidências de que a GC melhora os resultados clínicos, diminuiu os internamentos e consultas no hospital; (2) há poucas evidências de que os cuidados integrados aumentam a utilização de serviços e claras evidências de que não melhoram os resultados clínicos; (3) há poucas evidências de que os cuidados dirigidos pelo consumidor aumentam a satisfação com os cuidados e os serviços, possivelmente porque facilitam o acesso aos mesmos. As diferentes conclusões sugerem que os resultados dos três modelos estão relacionados com o seu foco: a GC foca-se no consumo dos cuidados; os cuidados integrados na eficiência do sistema e os cuidados dirigidos pelo consumidor conferem controlo ao consumidor para tomar as decisões. Esta revisão sistemática deparou-se com algumas dificuldades, nomeadamente, a diversidade de artigos muito heterogéneos entre si, que retratam realidades diferentes como Canadá, Austrália ou Reino Unido. Também não foram considerados os custos/benefícios dos diferentes modelos de gestão. A divisão entre cuidados no domicílio e na comunidade e outros serviços como os cuidados primários, nem sempre era clara, o que levantava dificuldades quanto à inclusão no estudo. Em suma, os resultados de cada modelo diferem, mas combinados entre si permitem melhorar e maximizar os resultados. Portanto, a questão é saber como combinar os pontos fortes de cada um e maximizar os resultados.

Salmazo-Silva e Lima (2012) apresentam uma reflexão crítica de literatura acerca da gestão dos cuidados aos idosos, discutindo as possibilidades e desafios no campo da Gerontologia

Brasileira. O conceito de Gestão em Gerontologia propõe um conjunto de ações proativas associadas à prevenção e promoção do Envelhecimento Ativo (EA) para maximizar a independência, a autonomia e o bem-estar do idoso, família e comunidade. Para isso, é preciso fortalecer os cuidados primários, integrar os sistemas de cuidado social e de saúde, otimizar recursos e tecnologias de informação e formar profissionais com uma visão do envelhecimento holística, dinâmica e que solicita respostas sociais a curto, médio e longo prazo. A gestão do cuidado em Gerontologia caracteriza-se por uma proposta mais ampla de pensar a organização do cuidado do idoso, considerando o *interface* entre as intervenções orientadas ao indivíduo, famílias e organizações. Um dos potenciais apontado pelos autores é a integração de serviços minimizando a fragmentação das necessidades, os resultados pouco efetivos, a desarticulação das ações, as barreiras de comunicação entre idosos, família e profissionais e o acesso dificultado aos serviços. Nessa medida, colocam-se desafios à GC em Gerontologia, nomeadamente: (1) definição de uma linguagem comum entre os profissionais que atuam com os idosos; (2) mudança no modelo de saúde baseado nas doenças agudas para um modelo que considere o cuidado de longa duração; (3) integração dos sistemas social e de saúde para que as ações se articulem em rede; (4) aplicação de tecnologias de cuidado; (5) valorização do idoso como protagonista do seu processo.

Piovezan e Bestetti (2012) afirmam que a prática de Gestão de Caso pode satisfazer as necessidades dos clientes sem transformações significativas ou utilização de tecnologias sofisticadas. Esse modelo, que pode e deve ser exercido pelo Gerontólogo, tem como premissa a otimização e o aproveitamento de recursos já existentes e a implantação de novos que se mostrem adequados. Os idosos desejam e necessitam de serviços orientados para a manutenção da saúde nas dimensões orgânica, cognitiva e funcional; e de intervenções que têm por objetivo assegurar o bem-estar em contexto sociofamiliar pelo período maior possível. Como método de trabalho do Gerontólogo, a Gestão de Caso atende às necessidades da pessoa idosa e familiares, integra a equipa envolvida e gere os recursos disponíveis, com base nos conhecimentos da formação generalista que possui (conhecimentos biológicos, psicológicos e sociais). A Gestão de Caso deve analisar a eficácia e eficiência dos serviços e recursos disponíveis, permitindo ao Gerontólogo articular, coordenar e monitorizar propostas que vão ao encontro da melhor distribuição e utilização dos recursos e investimentos, visando melhor qualidade e menores gastos.



Ervin, Finlayson e Tan (2012) avaliaram a influência exercida pela GC no envolvimento da família com os lares de idosos, na relação entre a família e a equipa de colaboradores e na satisfação da família com os cuidados prestados. A equipa de GC era constituída pelos enfermeiros, equipa multidisciplinar e família. Este estudo experimental com pré e pós teste, e grupo experimental e de controlo, concluiu que os resultados não foram estatisticamente significativos, mas sugerem que a implementação da GC em espaços de cuidados de idosos melhoram as relações entre a equipa de colaboradores e a família, bem como a percepção dos cuidados prestados. A participação da família aumentou em muitos domínios no grupo experimental, onde a GC foi implementada, com exceção da redução da supervisão dos cuidados prestados aos seus familiares. No grupo de controlo, a referida supervisão aumentou. A literatura sugere que a redução da supervisão é indicadora da confiança das famílias nos cuidados prestados, e por isso, é considerada favorável.

Patrocínio (2015), apresenta a gestão gerontológica individual como uma forma de proporcionar o envelhecimento saudável, baseada num programa de atividades a ser inserido na rotina dos idosos. Considera que esta intervenção se traduz num trabalho desenvolvido com adultos e idosos para auxiliar no desenvolvimento, organização e realização de atividades que melhorem a qualidade de vida e o bem-estar. Algumas pessoas têm dificuldades em lidar com a velhice e a possibilidade de se sentirem menos competentes para realizar atividades diárias, tomar decisões e governar a sua vida. Os idosos que não se conseguem adaptar a essas mudanças têm maior probabilidade de se isolarem socialmente, diminuindo a interação com outras pessoas, o que pode levar à perda da satisfação com a própria vida, comprometendo as suas capacidades físicas, intelectuais e emocionais. Nestas circunstâncias, o trabalho individualizado de orientação gerontológica representa uma solução e uma mais-valia para promover a qualidade de vida e o bem-estar. As atividades do programa são organizadas e sugeridas de forma a sistematizar uma rotina diária, incluindo-se todas as atividades que a pessoa gosta ou necessita realizar, mas não consegue agilizar sozinha. De modo geral, as atividades realizadas com o uso da metodologia de GC em Gerontologia são avaliadas positivamente pelos idosos, pois traduzem-se em ganhos para a qualidade de vida e bem-estar.

Sandberg, Kristensson, Midlov e Jakobsson (2015) investigaram os efeitos da GC em intervenções com idosos frágeis a viver na comunidade, na utilização de cuidados de saúde. O estudo foi realizado num município do sul da Suécia e incluiu indivíduos 65+ anos, a viverem na comunidade, dependentes em duas ou mais atividades da vida diária e pelo menos dois

internamentos hospitalares ou quatro consultas médicas no último ano. Participaram 80 idosos no grupo experimental e 73 no grupo de controlo. Os resultados sugerem que a intervenção da GC teve alguns efeitos na utilização dos cuidados de saúde traduzidos na diminuição das consultas médicas e internamentos, tendo concluído também que este modelo diminui a pressão sobre os cuidadores. Contudo, e segundo os autores, estes dados têm de ser interpretados cuidadosamente, porque esta redução só é positiva se efetivamente as necessidades de cuidados de saúde diminuíram. Por outro lado, os gestores de caso podem também identificar necessidades adicionais de cuidados de saúde que implicam um aumento da respetiva utilização. Os autores consideram necessário investigar mais acerca dos efeitos da GC nos custos dos cuidados de saúde.

### **3.3. Caso específico: o Programa PRISMA**

De acordo com Hébert e colaboradores (2010), o PRISMA (*Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie*) é um Programa com origem na Província do Québec - Canadá, de prestação de serviços integrados, desenvolvido para melhorar e aumentar a eficácia e eficiência dos serviços, especialmente para a população mais velha e população com incapacidades. Foi implementado em julho de 2001 em três áreas do Québec: cidade de Shertbrooke e nas zonas rurais de Coaticook e Granit. Neste Programa são incluídas as pessoas com 65+ anos, que apresentem incapacidades significativas e necessitem de 3 ou mais serviços. O instrumento de avaliação utilizado pelo PRISMA designa-se SMAF (*Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle*) e a sua grelha permite avaliar 29 itens divididos em 5 dimensões: atividades básicas da vida diária, atividades instrumentais da vida diária, mobilidade, comunicação e funções mentais. A sua implementação obedece às seguintes etapas: (1) coordenação entre decisores e gestores; (2) ponto de entrada único; (3) Gestão de Caso; (4) plano individual de serviços; (5) um único instrumento de avaliação baseado na autonomia funcional dos clientes; (6) informatização dos dados para facilitar a comunicação entre instituições e monitorizar o processo. A implementação deste programa exige um elevado grau de articulação entre as diversas organizações envolvidas, que podem ser públicas, privadas ou voluntárias, e as necessidades dos utilizadores. Cada organização é independente, mas articula a sua atividade com as restantes para responder às solicitações. O gestor de caso é a pessoa

responsável pela avaliação detalhada das necessidades do idoso, a planificação dos serviços e afetação dos mesmos ao idoso, coordenação dos serviços prestados pelas diferentes organizações, orientação da equipa multidisciplinar envolvida na prestação dos serviços, negociação das melhores condições de serviços e financiamentos para salvaguardar os interesses dos clientes, monitorização do processo e reavaliação das necessidades do idoso semestralmente ou sempre que necessário. O gestor de caso pode ser enfermeiro, *social worker* ou outro profissional de saúde, com formação específica para a tarefa. É aceitável que cada gestor de caso acompanhe no máximo 40 casos em simultâneo.

Hébert e colaboradores (2010) avaliaram o impacto do Programa PRISMA nas pessoas idosas com fragilidades, nos domínios da saúde, satisfação, empoderamento e utilização de serviços, bem como na sobrecarga dos cuidadores informais. No estudo quase-experimental foram utilizados pré-teste, pós-teste e grupo de experimental e grupo de comparação. As três áreas experimentais referidas anteriormente (Shertbrooke, Coaticook e Granit) foram combinadas com três áreas de comparação, onde o PRISMA não estava implementado, segundo a técnica Matusita (combinar uma área experimental com uma área de comparação com base em indicadores, por exemplo, demográficos e de saúde). Os participantes no estudo eram pessoas com 75+ anos, selecionadas a partir da base de dados do Québec Medicare de 2001. Foi enviado um questionário pelo correio para identificar os idosos em risco de declínio funcional. Para participar no estudo foram convidados os que não responderam ao questionário e os que apresentaram três ou mais fatores de risco. Inicialmente, este estudo foi planeado para dois anos, sendo alargado outros dois anos, perfazendo o total de quatro anos. Nos dois últimos anos, a amostra foi alargada, obedecendo aos critérios e procedimentos inicialmente adotados, com exceção da idade que foi ajustada para 77+ anos. Na primeira etapa, a amostra foi constituída por 501 pessoas no grupo experimental e 419 pessoas no grupo de comparação, com 75+ anos, risco de declínio funcional, a viver na comunidade, com o consentimento informado assinado e provenientes das seis áreas geográficas definidas anteriormente. Na segunda etapa, mantiveram-se os critérios de elegibilidade, ajustando apenas a idade para 77+anos. Foram consideradas 227 pessoas no grupo experimental e 354 no grupo de comparação. Em ambas as etapas foram excluídos os que se encontravam institucionalizados e os que se deslocavam para o estrangeiro por períodos superiores a dois meses por ano. Os participantes da primeira e da segunda etapa não evidenciavam diferenças relevantes e apresentavam idade média de 83 anos. Todos os participantes foram entrevistados no pré-teste e posteriormente, a entrevista repetiu-

se todos os anos. Depois de identificados os cuidadores informais, foi-lhes entregue um questionário para preenchimento e posterior devolução. A cada dois meses, foram recolhidos dados acerca dos serviços de saúde e sociais utilizados, através de contacto telefónico com os participantes e os cuidadores informais. Com a mesma periodicidade, foram também recolhidos dados junto das organizações de natureza pública, privada ou voluntária, prestadoras dos referidos serviços. No final dos quatro anos do estudo, da amostra inicial de 1501 pessoas, 177 foram institucionalizadas, 285 faleceram e 210 desistiram ou mudaram de região, pelo que, o estudo terminou com 829 participantes. A análise dos dados permitiu observar as mudanças verificadas em cada participante e os efeitos da intervenção dada pela comparação dos resultados entre o grupo experimental e o grupo de comparação. No que respeita à prevalência do declínio funcional, nos dois primeiros anos do estudo não se registaram diferenças significativas entre os dois grupos, mas nos dois últimos anos, o grupo experimental registou valores mais baixos. A satisfação com a prestação dos serviços foi melhorando ao longo dos quatro anos no grupo experimental, enquanto o grupo de comparação não registou melhorias significativas. O empoderamento registou melhor desempenho no grupo experimental, devido ao envolvimento do idoso na tomada de decisões. Ao longo do estudo, a utilização dos serviços hospitalares de urgência manteve-se estável no grupo experimental. No final do estudo, o recurso ao serviço de urgência após internamento hospitalar foi muito similar nos dois grupos. Os autores consideram estes resultados um indicador de adequada utilização dos recursos de saúde, uma vez que, só em situações agudas e mais graves, os idosos recorrem ao serviço de urgência hospitalar. No que respeita ao número de dias de internamento, o grupo experimental manteve-se igualmente estável, mas no grupo de comparação aumentou. Na utilização dos serviços de enfermagem, verifica-se uma diminuição por parte do grupo experimental, mas no que respeita às consultas médicas, a utilização manteve-se sem alterações. A sobrecarga dos cuidadores informais revelou-se significativamente mais elevada no grupo de comparação, no início do estudo. Contudo, nos últimos anos, os resultados foram muito idênticos em ambos os grupos. Estes cuidadores acabam por suprir muitas das necessidades dos idosos e durante o estudo foi evidente a oferta limitada de serviços de apoio no domicílio. Dessa forma, a sobrecarga aumenta e apesar de não haver indicadores de que aumenta o desejo de institucionalizar os idosos que são cuidados, é extremamente importante investir nos cuidados no domicílio e apoiar estes cuidadores. De realçar que as qualidades do PRISMA poderão adquirir maior relevância em realidades com menor grau de integração dos serviços. De facto, a Província

do Québec apresenta uma organização da prestação dos serviços com um nível de integração considerável, gerida a partir de organizações públicas, estando os serviços de saúde e sociais afetos ao mesmo Ministério. Este estudo comporta evidências dos benefícios da integração dos serviços de saúde e sociais e seria relevante implementar o PRISMA em regiões e países com reduzido ou inexistente grau de integração dos serviços. Em resultado da experiência positiva da implementação do programa PRISMA, o Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais decidiu utilizar este modelo em toda a Província do Québec.

De acordo com Corvol, Moutel e Somme (2012), a GC é um campo profissional novo, que liga os setores de saúde e sociais, implementado em França a partir de 2008, no âmbito do Plano Nacional Alzheimer. Os gestores de caso têm por missão: (1) avaliar as necessidades da pessoa doente; (2) planear e coordenar os serviços adequados às suas necessidades de saúde globais; (3) melhorar a qualidade e eficiência dos cuidados. A GC compreende as seguintes tarefas: (1) identificação dos pacientes; (2) avaliação global estandardizada da condição do paciente e das necessidades sociais e de saúde; (3) elaboração de um plano individual de serviços; (4) execução do plano, ajustando-o face à evolução da doença e reavaliação regular das necessidades através da monitorização do plano de seguimento. A experiência do PRISMA no Québec - Canadá, mostra que a GC não necessita de investimento suplementar e pode ser colocada em prática com os meios existentes. Em França, a GC desenvolve-se à volta do modelo PRISMA importado do Canadá. Neste país, os serviços estão muito fragmentados, o que dificulta o acesso, pelo que a GC pode agilizar o processo. O modelo de GC implementado em França é intensivo e de longa duração, o que significa que o gestor de caso não pode seguir mais de 40 pessoas ao mesmo tempo, nem receber mais de 5 novos casos por mês. Os clientes permanecem em casa e são acompanhados até ao final das suas vidas ou à sua institucionalização.

Stewart, Georgiou e Westbrook (2013) realizaram uma revisão narrativa da literatura resultante do projeto PRISMA entre 1988 e 2012, com o objetivo de reunir evidências desta experiência. Embora a equipa do PRISMA tenha publicado resultados empíricos finais, esses trabalhos não descreveram temáticas ou aprendizagens para os investigadores e decisores políticos, nem detalharam os processos e estruturas do projeto. Assim, esta revisão foi concebida para descrever e avaliar o PRISMA, por um grupo externo ao próprio programa. De acordo com a mesma fonte, aumentar a integração dos serviços de cuidados tem potencial para proporcionar muitos benefícios, nomeadamente no que respeita ao acesso a esses mesmos serviços, promovendo maior eficiência e melhorando os resultados dos cuidados. A prestação de cuidados

às pessoas idosas é um desafio para o sistema político e para a sociedade, na medida em que as crescentes e complexas necessidades das pessoas mais velhas e dos seus cuidadores implicam uma elevada coordenação dos serviços e flexibilidade no acesso. A integração dos serviços de saúde e de serviços sociais poderá ser uma resposta eficiente e traduzir-se em resultados positivos para os utilizadores. Esta estratégia de integração foi testada nos EUA, Canadá, Reino Unido e Europa Continental, resultando evidências de que o cuidado integrado pode efetivamente facilitar o acesso aos serviços mais adequados às necessidades identificadas, rentabilizando os recursos disponíveis sem aumentar os custos. No entanto, os autores apontam a necessidade de mais investigação para compreender como promover cuidados integrados de forma bem-sucedida. Neste contexto, a experiência do programa PRISMA destaca-se, revelando muito potencial no domínio da integração de serviços de saúde e sociais. O PRISMA (*Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie*) foi implementado em 1988 no Québec, Canadá, e assenta num modelo de coordenação de cuidados integrados para pessoas idosas, com o objetivo de articular os cuidados prestados em unidades de saúde, estruturas residenciais ou na comunidade. Este Programa foi implementado e avaliado por um período superior a 9 anos, acumulando mais de 20 anos de pesquisas relativas ao desenvolvimento de programas, ferramentas e avaliações de longo prazo. O PRISMA agrega organizações prestadoras de serviços sociais e de saúde a pessoas idosas, de natureza pública e privada com e sem fins lucrativos. Todas estas organizações estão afetas a uma supra-organização, mantendo a respetiva autonomia. Desta forma, utilizam-se recursos já existentes que serão articulados de acordo com as necessidades e o superior interesse da pessoa idosa. O processo desenrola-se ao longo de 6 etapas de intervenção: (1) coordenação entre decisores e gestores ao nível regional e local; (2) ponto de entrada único; (3) instrumento de avaliação único; (4) gestão de caso; (5) plano individual de serviços; (6) dados clínicos informatizados. Os investigadores pesquisaram toda a literatura relativa ao projeto PRISMA entre 1988 e 2012. Acederam ao site do programa ([www.prismaquebec.ca](http://www.prismaquebec.ca)) e todos os artigos em inglês (n = 38) foram identificados, bem como dois livros da autoria da equipa PRISMA. As referências dos artigos foram pesquisadas manualmente para identificar literatura adicional. Por fim, os bancos de dados de indexação Medline, Pubmed, EMBASE e Google Scholar foram pesquisados com termos-chave e nomes de autor. A pesquisa foi limitada a artigos completos e escritos em inglês. No final, identificaram-se 45 artigos de revistas e 2 livros escritos pela equipa PRISMA ou em coautoria. A equipa PRISMA desenvolveu uma grande variedade de estudos. Estes estudos

incidiram sobre a concepção e o suporte teórico do programa; desenvolvimento, validação e aplicação de instrumentos de avaliação; relatórios da recolha dos dados; comentários e editoriais da experiência do PRISMA no Québec e em França. A maioria dos estudos foram transversais/observacionais ou quase-experimentais, incorporando pré-testes, grupos de comparação e pós-testes múltiplos. Os resultados obtidos podem ser classificados em três categorias: (1) as estruturas que mostram a forma como o projeto foi organizado, (2) os processos que estiveram na base do seu funcionamento e (3) os resultados obtidos. Os processos e os resultados podem ser relacionados com a prestação de serviços integrados aos idosos ou com a investigação. Os autores apresentam primeiro os resultados, porque as ferramentas desenvolvidas para o projeto constituem por si um resultado, e nessa medida, devem ser explicadas antes da sua aplicação no processo.

Os resultados da prestação de serviços no âmbito do Programa PRISMA com base num estudo com grupo experimental e grupo de comparação ao longo de quatro anos (conforme referido anteriormente), foram classificados em nove categorias, nomeadamente, declínio funcional, autonomia funcional, desejo de institucionalização, sobrecarga dos cuidadores, necessidades não satisfeitas, grau de satisfação, empoderamento, utilização dos serviços e benefícios económicos. Da análise, os autores constataram uma diminuição na incidência e na prevalência do declínio funcional, bem como progressiva diminuição dos níveis de incapacidade relativos à autonomia funcional. Verificou-se, também, a diminuição do número de necessidades não satisfeitas dos idosos a residir no domicílio e melhoria dos níveis de satisfação e empoderamento. De realçar que estas duas últimas categorias melhoraram à medida que o grau de integração dos serviços se acentuou. O desejo de institucionalização e os sentimentos de sobrecarga dos cuidadores diminuíram nos dois primeiros anos do estudo. A utilização dos serviços de saúde revelou-se mais equilibrada nos idosos integrados no programa. As consultas de especialidades diminuíram e as visitas ao hospital limitaram-se a episódios de doença mais graves. No entanto, em relação ao número de internamentos hospitalares e tempo de permanência, as diferenças em relação ao grupo de comparação não são significativas. Os benefícios económicos realçam os custos médios anuais em consultas com profissionais de saúde. Constatou-se que no grupo experimental os custos médios diminuíram de 850 para 700, enquanto que no grupo de controlo aumentaram de 900 para 1300. No entanto, os custos inerentes às consultas com o médico de família reduziram em ambos os grupos, com maior expressão no grupo experimental. Embora durante os dois primeiros anos do projeto PRISMA se verificasse diminuição do desejo de

institucionalização e significativa redução dos sentimentos de sobrecarga dos cuidadores, estes resultados não foram mantidos ao longo do estudo. A literatura relatou, ainda, resultados contraditórios ao longo do estudo. Por exemplo, nas pessoas idosas incluídas na intervenção, o desejo de ser institucionalizado diminuiu significativamente nos anos um e dois, mas não durante os quatro anos do estudo.

No que respeita aos resultados do Programa PRISMA, foram recolhidas variadas evidências relativas à integração de serviços, bem como o desenvolvimento e validação de instrumentos de avaliação. Foram identificados 19 artigos que detalhavam o desenvolvimento e validação de instrumentos, indicadores e métodos de recolha de dados padronizados. A equipa PRISMA desenvolveu também vários estudos qualitativos para analisar aspetos diversos da implementação do Programa, os quais podem ser utilizados para avaliar a viabilidade de desenvolver projetos semelhantes em outros países. No decurso de um inquérito aplicado a 127 médicos de família, estes manifestaram uma grande abertura à participação nas redes integradas de prestação de serviços e à colaboração com os gestores de casos. Na análise do PRISMA em França, verificou-se que as organizações acolheram a intervenção da equipa experimental, porque lhes permitiu apreender novos conhecimentos e desenvolver as relações interorganizacionais, apesar de manifestarem relutância em partilharem informação em prol das respetivas identidades individuais.

Relativamente aos processos que estiveram na base do funcionamento do PRISMA, o acesso ao programa poderia ser efetuado mediante o ponto único de entrada ou por recomendação do médico de família. Em seguida, procedia-se à triagem através do PRISMA 7 (questionário desenvolvido para identificar idosos que vivem na comunidade e se encontram em risco de perda funcional). Se o risco era considerado, a avaliação prosseguia para a avaliação de diagnóstico das necessidades através do SMAF (*Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle*), e em função das mesmas, o gestor de caso desenhava o plano individual de serviços, afetando os serviços necessários e assegurando a respetiva coordenação. Os clientes eram reavaliados a cada 12 meses, para se proceder à atualização das necessidades e respetivos serviços. Para não comprometer a integração dos serviços, a equipa PRISMA promoveu reuniões regulares entre todos os intervenientes.

Da análise realizada, Stewart e colaboradores (2013) destacam dois aspetos essenciais: a importância do contexto e a dinâmica. O primeiro aspeto diz respeito ao contexto e à necessária adaptação do programa à realidade envolvente. O PRISMA alicerçou-se com base nas estruturas



existentes e desenhou instrumentos e procedimentos específicos para as necessidades e características do público-alvo. Com este comportamento, promoveu a eficiência dos recursos existentes, evitando gastos desnecessários e sobreposição de serviços. O segundo aspeto remete para a dinâmica e a flexibilidade que um programa com estas características exige. A integração dos serviços, criada de raiz a partir de recursos existentes, é um processo em contínua mudança, ajustando-se e moldando em função das necessidades e das dificuldades que vão surgindo. Os autores tecem ainda considerações finais acerca do trabalho realizado e reconhecem que só por si, a integração de serviços de saúde no Québec era uma realidade antes do PRISMA, sendo da responsabilidade do Governo o seu financiamento e organização, pelo que os resultados apresentados podem ser mais relevantes noutros contextos. Acrescentam, ainda, que sendo a informatização dos dados clínicos uma das etapas de intervenção do programa, este assunto não foi analisado de forma mais aprofundada. As tecnologias da informação neste processo de integração são essenciais para assegurar a ligação, a partilha de informação e a monitorização entre todos os intervenientes, nomeadamente, os clientes/pessoas idosas, as famílias, os cuidadores, as diferentes estruturas do PRISMA e os prestadores de serviço. Em conclusão, Stewart e col. (2013) consideram que o PRISMA é uma experiência da qual resultam evidências muito positivas acerca da integração de serviços de saúde e sociais de apoio à população idosa. Para além do potencial que lhe é reconhecido, realçam também a importância das parcerias entre académicos, decisores políticos e prestadores de serviços na construção de programas como o PRISMA, porque este contributo conjunto e articulado refletir-se-á na eficácia e eficiência da integração dos cuidados e prestação dos serviços.

Balard, Gely-Nargeot, Corvol, Saint-Jean e Somme (2016) investigaram a implementação do programa PRISMA - França e analisaram a forma como os gestores de caso e os utilizadores do programa (idosos e cuidadores informais) percecionam este processo, com o objetivo de identificar fragilidades e promover condições ótimas para a sua implementação. Foram entrevistados 19 idosos, 11 cuidadores informais e 5 gestores de caso, que participaram no programa, nos primeiros 6 meses. Numa primeira fase, foi aplicada uma entrevista aberta e posteriormente uma entrevista semiestruturada. Os gestores de caso concederam as duas entrevistas no mesmo momento. Os outros intervenientes concederam as entrevistas em dois e três momentos diferentes. Todas as entrevistas foram conduzidas pelo mesmo investigador, gravadas e transcritas. Os idosos entrevistados estavam capazes de exprimir sentimentos e opiniões acerca dos cuidados recebidos e de consentir a participação no estudo. O cuidador

informal correspondia à pessoa que de facto se encontrava mais próxima do idoso e constituía o seu apoio, e nem sempre coincidia com o nome inscrito no processo. Por exemplo, no processo poderia constar o nome de um filho, mas na prática era o vizinho que apoiava porque o local de residência do filho não permitia um acompanhamento mais próximo. O gestor de caso era o responsável pela identificação e avaliação das necessidades do idoso e pela coordenação do plano de cuidados. No que respeita à formação inicial destes gestores, dois eram enfermeiros, dois *social worker* e um psicólogo, todos do género feminino. Antes de iniciar a atividade, fizeram formação específica para exercerem a função de gestores de caso. O gestor de caso destaca a proximidade com os idosos, o apoio emocional e funcional e a coordenação. Considera que o principal foco do seu trabalho é encontrar soluções e respostas para as necessidades dos idosos, procurando assegurar a sua autonomia. Os cuidadores informais consideram o gestor um apoio indispensável no processo de satisfação das necessidades do idoso, contratação de serviços de assistência e acompanhamento. Dessa forma, sentem-se suportados, amparados e menos solitários na tarefa de cuidar. Os idosos centram-se no contacto individual e pessoal com o gestor de caso, que consideram um amigo e confidente, bem como na atenção recebida, ainda que nem sempre compreendam o seu papel. Os três grupos amostrais partilham a ideia de que o gestor de caso é uma base de apoio e suporte, que apresenta soluções e ajuda a ultrapassar dificuldades. Os autores concluem que antes de avaliar os resultados das intervenções, é preciso analisar as representações sociais do papel do gestor de caso na implementação dos serviços. Para avaliar o sucesso dos modelos de GC é essencial considerar o contexto em que os cuidados foram prestados e as expectativas dos utilizadores.

## **SÍNTESE**

O envelhecimento da população é um fenómeno global, mas faz-se notar em particular nas sociedades mais desenvolvidas (United Nations, 2017). Em Portugal, as estimativas demográficas mostram que nas próximas décadas o envelhecimento acentuar-se-á, em resultado da diminuição da taxa de mortalidade, taxa de natalidade e taxa de fecundidade conjugada com o aumento da esperança média de vida.

O número de pessoas com 65+ anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos está a aumentar e as previsões apontam para que essa tendência se acentue nos anos que se seguem.

As projeções do INE para o período compreendido entre 2015 e 2080, estimam um aumento acentuado do índice de envelhecimento, de 147 para 317 idoso por cada 100 jovens. Nesse mesmo período, o número das pessoas mais velhas aumentará de 2,1 para 2,8 milhões. A sociedade, os decisores políticos e a comunidade científica observam, analisam, medem impactos, estudam e implementam medidas e estratégias para melhor compreenderem este processo, maximizando as oportunidades e otimizando o envelhecimento.

Neste contexto, emerge a ciência gerontológica e um conjunto de autores que teorizam e investigam esta temática na dimensão biopsicossocial, desenvolvendo modelos explicativos. Baltes e colaboradores (1990, 1997, 2006) definem o envelhecimento como um processo dinâmico de ganhos e perdas, sendo que no final da vida, as perdas predominam sobre os ganhos.

Para Fernández-Ballesteros (2009), o envelhecimento é um processo que ocorre ao longo da vida, com modificações biológicas, psicológicas e sociais. A velhice é a etapa final deste processo, mas as pessoas não envelhecem todas ao mesmo tempo nem da mesma forma. Nesta perspetiva, o envelhecimento é um processo individual complexo porque as diferenças são muitas e tendem a acentuar-se (Paúl, 2005). À luz destas reflexões, surgem modelos de envelhecimento bem-sucedido para desmistificar preconceitos relacionados com a idade e compreender de que forma os recursos e os comportamentos permitem uma melhor adaptação às modificações que advêm do próprio envelhecimento. Rowe e Kahn (1987) apresentam uma nova visão sobre o envelhecimento bem-sucedido, sustentado nas ciências biomédicas. Segundo os autores, o envelhecimento bem-sucedido implica apresentar baixo risco de doença ou incapacidade relacionada com a doença, manutenção de elevada função cognitiva e física e envolvimento com a vida.

No âmbito da Psicologia, Baltes e Baltes (1990) apresentam o conceito de envelhecimento ótimo ou bem-sucedido apoiado no Modelo SOC (seleção, otimização e compensação). Para os autores, o EBS é um processo adaptativo, na medida em que as perdas são compensadas com estratégias que permitam continuar a viver com qualidade e eficácia. Numa perspetiva sociológica, Kahana e cols (2012) consideram que o EBS resulta da adoção de medidas e comportamentos preventivos e corretivos, para atenuar os efeitos do stress cumulativo provocados pelos acontecimentos de vida/ *life events*. Os recursos internos e externos do indivíduo permitem agir sobre os elementos stressores e promover a qualidade de vida, mesmo com doença. De acordo com este modelo, os serviços sociais e de saúde de apoio aos idosos são

um dos recursos externos disponíveis para introduzir modificações e adaptações corretivas e preventivas. Na última fase do envelhecimento, as diferenças entre as pessoas mais velhas acentuam-se e aumenta a necessidade de serviços para compensar as perdas e corrigir e prevenir os efeitos negativos e cumulativos dos acontecimentos stressores. Neste contexto, é importante analisar os serviços disponíveis em diferentes países, a forma como são utilizados pelas pessoas mais velhas e o impacto na qualidade de vida.

A nível internacional, nos EUA e Canadá observam-se progressos interessantes neste domínio. Alkema, Wilber e Enguidanos (2012), consideram que nos EUA, os serviços disponíveis são muito diversificados e ajustam-se a diferentes necessidades e contextos. A oferta contempla serviços que permitem envelhecer no lugar (*aging in place*); internamentos temporários ou permanentes em unidades; ou viver em comunidades, isto é, áreas residenciais onde é possível viver num espaço autónomo e aceder a serviços sociais e de saúde de acordo com as necessidades. Estes serviços são financiados pelo Medicaid, Medicare e pelos próprios consumidores, dependendo das coberturas do seguro e da capacidade financeira do cliente. Os serviços são prestados em diferentes níveis (do institucional ao particular) para os ajustar às necessidades de cada momento e facilitar a integração dos serviços médicos e sociais. Este aspeto é muito relevante, porque no processo de envelhecimento, as diferenças intra e interindividuais acentuam-se e não é possível estabelecer padrões de consumo iguais para todas as pessoas mais velhas. As intervenções são personalizadas, envolvendo as pessoas mais velhas e os seus cuidadores (informais). Desta forma, os familiares são orientados, contribuindo para a diminuição dos sentimentos de sobrecarga e redução da pressão do ato de cuidar.

Um dos modelos utilizados na prestação de cuidados no domicílio é a Gestão de Caso (GC), o qual assenta na avaliação, acompanhamento e monitorização das necessidades da pessoa mais velha que pretende envelhecer em casa. No Canadá, as províncias têm autonomia para decidir sobre determinadas matérias. No que concerne aos mais velhos, a preocupação é nacional, existindo inclusive um Ministro para os seniores. Na Província do Québec, o Governo Regional disponibiliza o Guia de Programas e Serviços para os Idosos, *online* e em versão impressa em qualquer serviço público. Neste guia são descritos os serviços e os programas disponíveis para as pessoas mais velhas e cuidadores, com indicação dos contactos, condições de acesso e participação financeira. Assim, pretende-se agilizar de forma eficaz, o acesso aos serviços de saúde e sociais de apoio às pessoas mais velhas. O Programa PRISMA foi implementado no Québec com o objetivo de contribuir para a manutenção da autonomia das pessoas com incapacidades,

em particular as mais velhas, através da integração dos serviços de saúde e sociais e do uso do modelo de Gestão de Caso.

Na Europa, a organização da prestação de cuidados às pessoas mais velhas e apoio aos cuidadores informais é diversa e foi analisada por Eenoo e cols. (2015) a partir do projeto IBenC (*Identifying best practices for care-dependent elderly by Benchmarking Costs and outcomes of community care*) financiado pela União Europeia. Foram analisados 6 países representativos do Norte (Islândia e Finlândia), Centro (Alemanha), Oeste (Bélgica e Holanda) e Sul (Itália) da Europa. A Itália é o país com maior Índice de Dependência de idosos e um dos países com menor percentagem de pessoas a receber cuidados no domicílio. Em contrapartida, a Holanda é o país com a maior percentagem de pessoas a receber cuidados no domicílio. A Bélgica e a Finlândia são os países que mais investem na prestação de cuidados no domicílio. Na maioria dos países analisados, os cuidados são prestados por organizações sem fins lucrativos (OSFL), embora as organizações com fins lucrativos (OCFL) se encontrem em expansão. A Alemanha é a exceção, na medida em que são as organizações com fins lucrativos, as responsáveis por mais de metade da prestação dos cuidados. Os critérios de acesso aos cuidados são relativamente uniformes, com algumas variações. Por exemplo, em Itália e na Holanda um dos requisitos é a disponibilidade dos cuidadores informais. Na Finlândia são os municípios que definem os critérios e por isso podem surgir diferenças regionais. No que respeita ao custo dos serviços, de uma forma geral são comparticipados pelo Estado em função dos rendimentos do cliente. Contudo, na Itália e na Bélgica existem despesas comparticipadas integralmente pelo Estado e na Alemanha estão definidos limites nas comparticipações, pelo que a partir de determinado valor é o cliente que suporta os custos. A Bélgica, a Finlândia, a Alemanha e a Holanda são os países com maior apoio ao cuidador informal, prevendo inclusive a licença sem perda total de retribuição.

Em Portugal, o Estado tem estabelecido respostas específicas para apoiar a população mais velha. A generalidade dos serviços é promovida por organizações sem fins lucrativos (OSFL), embora as organizações com fins lucrativos (OCFL) se encontrem em expansão. Todas as organizações necessitam do licenciamento da Segurança Social, mas os protocolos de comparticipação financeira são estabelecidos unicamente com as organizações sem fins lucrativos. O Estado recorre ao setor social e solidário para intervir junto da população mais vulnerável, combater a desigualdade social e prevenir e minimizar as situações de carência económica e exclusão social. De acordo com a Carta Social de 2016, todos os concelhos têm disponíveis respostas sociais para as pessoas mais velhas, sendo a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

(ERPI), o Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), as mais representativas. A resposta SAD é a que apresenta maior crescimento, registando um aumento de 73% entre 2000 e 2016, seguido da ERPI com 68%. Tal facto indicia que as pessoas mais velhas e respetivos cuidadores preferem o envelhecimento em casa, o maior tempo possível. No cruzamento da saúde e do social é de destacar a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que surge em 2006, sob a tutela do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho, Solidariedade Social e Segurança Social. O principal objetivo dos cuidados integrados é recuperar ou manter a capacidade funcional, para promover a independência, a autonomia, a qualidade de vida e permitir a reintegração em casa e na sociedade. A RNCCI integra organizações públicas e privadas com e sem fins lucrativos, que atuam no domicílio do utilizador ou em instalações próprias. Em cada unidade da rede, o doente é acompanhado pelo gestor de caso desde a admissão até à alta, sendo este o responsável pela avaliação multidisciplinar do doente e a construção e acompanhamento do plano individual de cuidados, com o envolvimento do próprio doente e dos cuidadores informais. O Estado define, ainda, programas e apoios para os mais velhos, que resultam num complemento ao Serviço de Apoio Domiciliário. Muitas das iniciativas são promovidas pelas Autarquias e Juntas de Freguesia. São exemplos destas intervenções a Linha Cidadão Idoso, o Programa Apoio 65 da GNR e da PSP ou as iniciativas promovidas pela Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis.

Da análise dos serviços de apoio aos idosos em diferentes contextos, constata-se que a Gestão de Caso é um dos modelos de prestação de serviços utilizado. Na literatura, a Gestão de Caso é definida como um processo interventivo e colaborativo, que integra serviços de saúde e sociais prestados por equipas multidisciplinares/multiprofissionais, envolvendo e comprometendo a pessoa/cliente e o cuidador (informal) ao longo de todo o processo (Viscarret, 2007; Summers, 2009; Martins Fernandes, 2010). Esta intervenção pode ser pontual e intensiva ou contínua e prolongada (Ross, Curry & Goodwin, 2011).

A investigação acerca da utilização do modelo de Gestão de Caso apresenta evidências dos seus benefícios. Por exemplo, Bernabei e cols. (1998) concluíram que a integração dos serviços sociais e de saúde com Gestão de Caso reduz a institucionalização, o declínio funcional e os gastos. Segundo Ross, Curry e Goodwin (2011), as evidências reunidas permitem afirmar que no Reino Unido a Gestão de Caso tem impacto positivo na prestação dos cuidados, na satisfação dos clientes e na utilização de recursos. Com o objetivo de avaliar diferentes modelos de prestação de serviços, Low, Yap e Brodaty (2011) efetuaram uma revisão sistemática. Os modelos avaliados foram a Gestão de Caso, os cuidados integrados e os cuidados dirigidos pelo consumidor. O estudo

permitiu concluir que há evidências de que a GC melhora os resultados clínicos e reduz o número de internamentos e consultas, há poucas evidências de que os cuidados integrados acentuam o consumo de serviços e há poucas evidências de que os cuidados dirigidos pelo consumidor melhoram a satisfação com os cuidados e com os serviços. A investigação de Ervin, Finlayson e Tan (2012) sugere que a Gestão de Caso em espaços de cuidados a pessoas mais velhas melhora a percepção dos cuidados prestados e as relações entre a equipa multidisciplinar e a família. Sandberg, Kristensson, Midlov e Jakobsson (2015) num estudo de natureza quantitativa, concluíram que a Gestão de Caso diminuiu o número de consultas, os internamentos e a pressão sobre os cuidadores. Contudo, consideram que é preciso investigar se a diminuição das consultas e internamentos corresponde à diminuição das necessidades em saúde.

A Gestão de Caso é, também, o modelo utilizado pelo Programa PRISMA (*Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie*), implementado em 1988 no Québec, Canadá. Este Programa agrega organizações prestadores de serviços sociais e de saúde a pessoas mais velhas, de natureza pública e privada com e sem fins lucrativos. Em França, o PRISMA foi implementado a partir de 2008, no âmbito do Plano Nacional Alzheimer, com base na experiência do Canadá. O PRISMA fornece evidências de que a integração de cuidados para os idosos é benéfica, na medida em que reduz a incidência do declínio funcional, melhora os sentimentos de empoderamento e satisfação com os cuidados prestados, promove a utilização mais adequada dos serviços médicos de urgência e a diminuição das consultas de especialidade médica (Herbert et al., 2010; Stewart, Georgiou & Westbrook, 2013).

Piovezan e Bestetti (2012) consideram que o papel de gestor de caso pode e deve ser exercido pelo gerontólogo, dada a sua formação com base em conhecimentos biológicos, psicológicos e sociais. Os conhecimentos generalistas que possui, permitem responder às necessidades dos idosos e dos seus cuidadores, tendo em conta os recursos disponíveis e de forma a promover a qualidade de vida dos utilizadores. A Gerontologia é uma área de saber multidisciplinar que integra conhecimentos teóricos, empíricos e metodológicos de outras ciências e o gerontólogo deve intervir para melhorar as condições de vida das pessoas mais velhas. A prática gerontológica assenta em três princípios: escutar, avaliar e intervir. Segundo Bastos, Faria, Gonçalves e Lourenço (2015), a fase de escuta identifica os elementos stressores que afetam a qualidade de vida, para definir medidas corretivas e preventivas. Na avaliação, as dimensões biopsicossociais são analisadas de forma a obter a avaliação gerontológica multidimensional, caracterizar a pessoa mais velha e identificar as suas necessidades. Na fase da intervenção, é

definido o plano de intervenção considerando as necessidades apuradas, os desejos e recursos do idoso e a oferta de serviços ajustados.

Face ao exposto, constata-se que o envelhecimento da população portuguesa está em expansão, com todas as consequências que advêm na vida das pessoas mais velhas e seus cuidadores e na sociedade em geral. Por outro lado, as pessoas envelhecem de forma diferente e as diferenças inter e intraindividuais acentuam-se. As perdas resultantes do processo de envelhecimento têm de ser compensadas e as pessoas mais velhas utilizam os recursos internos e externos para se adaptarem e conseguirem qualidade de vida. Nos recursos externos destacam-se os serviços sociais e de saúde, que devem ser suficientemente flexíveis para permitir a articulação e ajustamento às necessidades de cada indivíduo. Na realidade portuguesa, a saúde e o social cruzam-se na RNCCI, embora o foco da atividade seja mais intenso na vertente da saúde, no sentido de reabilitar, promover a readaptação e a reinserção na comunidade. A formação gerontológica cruza igualmente as duas dimensões e o Mestrado em Gerontologia Social do IPVC resulta de uma parceria entre a Escola Superior de Educação e a Escola Superior de Saúde. Atendendo às características do modelo de GC e aos resultados da sua utilização nos EUA, Canadá e países europeus; considerando que o perfil do gerontólogo e a sua formação biopsicossocial lhe permitem assumir o papel de gestor de caso e sendo a prática gerontológica recente em Portugal, é importante: (1) compreender os processos de implementação e prestação de cuidados e de serviços em Portugal, orientados para as pessoas mais velhas a viver na comunidade; (2) analisar a integração de serviços de saúde e de apoio social na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI); (3) analisar de que forma, o gerontólogo enquanto gestor de caso, pode contribuir para a eficiência da integração dos serviços sociais e de saúde.



## **CAPÍTULO II – MÉTODO**

---



## 1. Plano de investigação e participantes

No presente capítulo descreve-se o percurso utilizado pelo investigador para construir conhecimento científico acerca do fenómeno em estudo. Trata-se de um estudo exploratório, em que o investigador se coloca numa posição de procura e questionamento face às suas fontes de informação.

Segundo Sampieri, Collado e Lucio (2006), os estudos exploratórios debruçam-se sobre temas pouco estudados, e procuram estudar fenómenos novos ou pouco conhecidos. Nesse sentido, é preciso explorar, investigar, procurar e questionar para construir conhecimentos acerca do fenómeno. Os estudos exploratórios permitem reunir mais conhecimento e preparar estudos futuros de forma a aprofundar o tema. No plano metodológico, estes estudos não se pautam por regras rígidas, sendo o método construído à medida que a investigação avança e em função dos achados. O estudo tem natureza qualitativa, não formula hipóteses, não utiliza análise estatística, não procura generalizar os resultados, mas sim interpretar e analisar uma determinada realidade.

Para iniciar este percurso, partiu-se de uma questão orientadora: *Como se processa a alta na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em particular no que se refere às pessoas mais velhas? Será a Gestão de Caso um procedimento utilizado neste processo?*

À medida que fomos avançando, outras questões se foram colocando, umas sugeridas pelos próprios investigados nas suas recomendações para a prossecução do estudo, outras decorrentes da leitura e análise da informação recolhida (isto é, os achados) neste processo investigativo, e ainda outras que, no esforço interpretativo, surgiram no aprofundamento da revisão da literatura no domínio.

Apresenta-se em seguida, a título meramente ilustrativo, algumas das questões que foram surgindo à medida que a investigação foi avançando. *Como se estabelece a articulação entre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e o sistema familiar? Qual o papel da pessoa idosa/utilizador dos serviços na gestão da alta? Se há um gestor de caso, qual é a sua formação técnica, o que faz e até onde vai o seu campo de atuação, quando se toma em consideração a pessoa mais velha como utilizador dos serviços de saúde e apoio social?*

Considerando que a investigação é um processo, entre descrição, interpretação dos principais achados e apreciação crítica, com momentos particularmente reveladores da

problemática em estudo, pode organizar-se este percurso em três fases, que passamos a apresentar.

### **Fase 1 - Exploração do terreno.**

Esta é uma fase muito inicial do processo. Começamos com uma pesquisa eletrónica na *web* de organizações prestadoras de serviços gerontológicos no Norte do país. O material aqui reunido foi crucial para dar início àquilo que designamos por reuniões de trabalho/entrevista informal, dado o carácter abrangente e informal destes atos de fala. Por esta razão, estas reuniões não foram gravadas, nem se adotou procedimentos técnicos de grande rigor metodológico, dado que o objetivo era construir uma relação de confiança que facilitasse a informação relevante para o presente estudo. Estas reuniões/entrevista informal ocorreram com *stakeholders/informantes-chave* provenientes do meio académico, da administração em saúde e da direção técnica de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). Nesta fase, os participantes foram identificados via procedimento “bola de neve”.

### **Fase 2 – Escutar os utilizadores dos Serviços da RNCCI.**

Neste percurso investigativo, esta foi uma fase de grande ativação emocional. Fez o acaso com que nos confrontássemos com um familiar de alguém que saiu de uma UCCI, após uma história de transições entre uma Unidade de Convalescença e uma Unidade de Média Duração. Esta fase corresponde ao caso do Senhor X. Este caso foi construído a partir de entrevistas à filha do Senhor X, logo após a alta da Rede e um mês depois da primeira entrevista. Será que este caso pode ser tomado como paradigmático do funcionamento do sistema Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, ou é apenas um caso marginal? Aqui, a entrevista (semiestruturada) foi gravada e transcrita na íntegra.

### **Fase 3 – Dar voz aos gerontólogos.**

Tomando em consideração as questões formuladas antes e durante o processo investigativo, entendeu-se que para um novo fenómeno – o envelhecimento humano – era preciso escutar os profissionais que estão ligados a uma nova área do conhecimento científico – a Gerontologia – e a um novo campo de prática – a prática gerontológica. Considera-se que este é um momento particularmente esclarecedor, de grande complexidade entre sistemas de saúde, social, familiar, individual. Em termos da recolha de dados, utilizou-se a entrevista, a qual

foi elaborada tendo em consideração todo o percurso vivido pelo investigador e os achados obtidos ao longo do processo. Esta entrevista foi gravada e transcrita na íntegra.

## **2. Procedimentos de recolha e análise de dados**

Se tivermos em conta as questões orientadoras apresentadas e resultados a obter, gostaríamos no presente estudo de reunir informação sobre um dos procedimentos de intervenção – o modelo de Gestão de Caso – que parece particularmente útil para utilizar no cruzamento de sistemas quer seja o sistema de saúde e social, quer seja o sistema individual e familiar. Estudar a situação de alta da Rede nas pessoas mais velhas pode ser particularmente importante, dadas as suas múltiplas necessidades e a vulnerabilidade acrescida deste grupo populacional.

Por conseguinte, em termos da recolha de dados, começamos com uma pesquisa eletrónica na rede *web*. Essa informação foi datada e analisada, tendo os resultados da análise sido agregados em tabelas. A análise da informação fez-se de modo indutivo. No entanto, é de ter em conta que a revisão da literatura se fez antes de entrar na exploração do terreno.

A entrevista foi um dos procedimentos de recolha de informação predominantemente usado neste estudo. Mas a entrevista variou entre pouca estrutura (no caso das reuniões/entrevista informal) e alguma estrutura (as entrevistas correspondentes à Fase 2 e Fase 3 deste processo).

Note-se que a entrevista semiestruturada rege-se por um conjunto de questões previamente formuladas. Contudo, o investigador tem liberdade para introduzir novas questões ou modificar as existentes, de forma a reunir informações relevantes acerca do fenómeno em estudo (Sampieri, Collado & Lucio, 2006). Relativamente à passagem da fala à escrita (i.e., da conversação ao texto), há uma série de questões que se levantam. Temos a noção da complexidade deste processo e que as decisões tomadas podem afetar os achados. Neste contexto, é de referir que o rigor na recolha-e-análise aumenta à medida do faseamento do estudo. Assim, a Fase 2 é mais complexa que a Fase 1 e menos do que a Fase 3. Se no caso da pesquisa eletrónica (Fase 1) optamos por apresentar os resultados em tabela, o mesmo não aconteceu nas reuniões/entrevista informal.

No caso destas últimas, o material apresentado resulta do cruzamento entre notas de campo, em linha com Bogdan e Biklen (1994), e a “*thick description*” de Geertz (1973) na interpretação das culturas, por se entender que no caso das reuniões/entrevista informal estamos perante culturas específicas. Este processo de descrição interpretativa, levou-nos à elaboração de uma síntese com os aspetos mais relevantes para as questões orientadoras deste estudo. Uma preocupação central orientou o nosso trabalho nesta fase – ser fiel ao nosso interlocutor/entrevistado.

Como referido anteriormente, foram as circunstâncias, leia-se o acaso - essa variável que Bass (2009) refere como sendo uma variável extremamente importante no avanço do conhecimento na Gerontologia Social – que durante a prossecução deste estudo nos aproximaram da situação de alta da Rede numa UCCI. Entendemos esta situação como a possibilidade de “dar voz aos utilizadores” dos Serviços de Saúde e Social na RNCCI.

Garantido o anonimato e a confidencialidade, chegamos ao caso do Senhor X. Aqui recorreremos a uma entrevista semiestruturada, a qual foi elaborada com base em parte nos achados da Fase 1, em parte no estado da arte (Capítulo I – Revisão da Literatura). A entrevista (consultar Anexo 3) foi previamente acordada, definindo um espaço sossegado. A entrevista foi transcrita, seguindo as orientações de Kvale (1996) relativamente à entrevista de investigação. Em termos do procedimento de análise, aproximamo-nos das recomendações de Creswell (2007). Daqui resulta o caso do Senhor X.

Estas mesmas recomendações foram observadas na última entrevista (Fase 3) ao representante da Associação Nacional de Gerontólogos (ANG). Tal como aconteceu anteriormente, o guião da entrevista foi elaborado a partir de todos os achados até aí obtidos, bem como o estado da arte no domínio, o qual fomos refinando à medida que a investigação avançava.

Tabela 6 –Questões e objetivos para construção do guião da entrevista

Questões	Objetivos da questão
<p>1. No site da ANG é apresentado o perfil de competências do gerontólogo em três eixos: gestor de caso (coordenar os diferentes serviços), prestador de serviços (providenciar serviços) e consultor (avaliar as necessidades). No eixo específico do gestor de caso, quais são as funções atribuídas a este perfil?</p>	<p>Contextualizar a entrevista e discriminar a função de gestor de caso das demais funções previstas no perfil de competências.</p>
<p>2. Alguns dos meus entrevistados, sugeriram como cenário mais adequado para o gerontólogo que trabalha entre o sistema de apoio social e o sistema de saúde, as autarquias, em articulação com as Unidades de Saúde Familiar (USF) e a pessoa idosa/família. O que pensa acerca disso?</p>	<p>Clarificar informação proveniente da entrevista informal 1.</p>
<p>3. Nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados, onde se cruzam os serviços de saúde e de apoio social, a função de gestor de caso é geralmente atribuída ao enfermeiro ou outro técnico de saúde. Numa equipa multiprofissional, em seu entender qual a posição do gerontólogo?</p>	<p>Clarificar a posição do gerontólogo numa equipa multiprofissional.</p>
<p>4. Em alguns países, como por exemplo nos EUA, a transição hospital-casa e a permanência no domicílio com conforto e qualidade de vida, é uma das situações onde o gestor de caso intervém. Pensando no modo como os serviços em Portugal estão organizados, qual o papel do gerontólogo nesta situação?</p>	<p>Analisar o potencial de transferência do conhecimento adquirido num contexto para outro contexto.</p>
<p>5. Do ponto de vista das competências técnicas em Gerontologia, o que recomendaria às Instituições de Ensino Superior responsáveis pela Educação e Formação em Gerontologia?</p>	<p>Contribuir para a melhoria da Educação e Formação em Gerontologia.</p>

No próximo capítulo apresentam-se os resultados obtidos, tendo em conta a dimensão temporal do processo, isto é, o faseamento do próprio estudo.





## **CAPÍTULO III - RESULTADOS**

---



Na sequência do planeamento do estudo (Capítulo II – Método) são apresentados os resultados, tendo em conta o faseamento proposto.

## **FASE 1 - Exploração do terreno**

### **A. Pesquisa eletrónica**

Na atualidade, a internet é um recurso de pesquisa amplamente utilizado em contextos pessoais e profissionais. Com esta pesquisa, pretende-se perceber que organizações e que serviços orientados para as pessoas idosas que desejam envelhecer na comunidade, podem surgir na primeira abordagem que os idosos e as famílias possam encetar. Através da pesquisa eletrónica no motor de busca Google, foram selecionadas algumas empresas/organizações prestadoras de serviços gerontológicos no Norte do país. Para limitar a pesquisa, optou-se por selecionar apenas as que surgiram na primeira página. Além das empresas procuradas, surgiram também plataformas que remetiam para bancos de empresas. Num primeiro momento, introduziram-se os termos-chave “serviços gerontológicos; empresas; norte” e foram identificadas as empresas OldCare, Miminhos aos Avós e Idade Mais. Seguidamente, utilizaram-se os termos-chave “unidade hospitalar; apoio domiciliário; norte” e foi identificado o hospital privado CUF, igualmente na primeira página. Finalmente, efetuou-se a pesquisa com os termos-chave “serviço de apoio domiciliário; norte” e surgiram novas organizações, nomeadamente, Norte Care, Cruz Vermelha, Mais que Cuidar e novamente a empresa Miminhos aos Avós. A informação recolhida na *web* foi sintetizada em tabela (versão integral no anexo 1) de forma a evidenciar a missão e os serviços prestados dessas organizações.

**Tabela 7: Pesquisa 1 – Termos-chave: serviços gerontológicos; empresas; norte**

MISSÃO	SERVIÇOS	
<b>OLDCARE (<a href="http://www.oldcare.pt">www.oldcare.pt</a>)</b>		
<p>A missão da OldCare é proporcionar a máxima autonomia e conforto à pessoa idosa. Trabalham para a manutenção e recuperação das capacidades físicas e cognitivas através de planos personalizados, que vão de encontro às necessidades da pessoa e da sua família. Funciona em regime de <i>franchising</i>.</p>	<p>Cuidados domiciliários:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio Domiciliário</li> <li>• Cuidados de higiene pessoal e conforto, ajuda no vestir, apoio na alimentação, mobilizações, posicionamentos, transferências</li> <li>• Apoio nas atividades de vida diária</li> <li>• Apoio de Enfermagem no domicílio</li> <li>• Apoio no Pós-alta Hospitalar</li> <li>• Cuidados Continuados e Paliativos no domicílio</li> <li>• Médico ao domicílio</li> </ul> <p>Reabilitação no domicílio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fisioterapia e Reabilitação</li> <li>• Terapias de Manutenção Física e Estimulação Cognitiva</li> <li>• Terapia da Fala</li> <li>• Adaptação do meio habitacional (ao nível de acessibilidades, adaptação de wc, elevadores de escadas)</li> </ul>	<p>Loja <i>online</i> Teleassistência 24h <i>Workshops</i> Consultadoria em Gerontologia e Geriatria Sessões de Saúde Comunitária Formação no domicílio ao Cuidador Informal Formação Certificada para Profissionais e Instituições <i>Franchising</i></p>
<b>MIMINHOS AOS AVÓS (<a href="http://www.miminhoaosavos.pt">www.miminhoaosavos.pt</a>)</b>		
<p>A Miminho aos Avós é um Centro de Recursos no apoio ao idoso e dependente em geral, com resposta no serviço de apoio domiciliário, venda/aluguer de equipamento, teleassistência e formação. Funciona em regime de <i>franchising</i>.</p>	<p>Venda e Aluguer de equipamentos e produtos Serviço Apoio Domiciliário Serviços de saúde Reabilitação Higiene e conforto pessoal Tratamento de roupa Refeições Habitação Terapias complementares Apoio na área da saúde Acompanhamento no exterior Dinamização Social Dinâmica pessoal</p>	<p>Acompanhamento de doentes terminais Estética Terapias complementares em casa ou no trabalho (Hidroinfa, Mesoterapia homeopática, Massagem de relaxamento, Ginástica anti-stress, Correções posturais Terapia respiratória, Exercícios anti-envelhecimento, Outras terapias complementares) Formação Teleassistência 24h <i>Franchising</i></p>
<b>IDADE MAIS (<a href="http://www.idademais.pt">www.idademais.pt</a>)</b>		
<p>Empresa especializada na prestação de Serviços de Apoio Domiciliário e Assistência Geriátrica, vocacionada para aqueles que, pelo seu estado de saúde, dependência, situações crónicas, isolamento e outros fatores, necessitem de atenção e cuidados especiais para poderem permanecer no seu lar.</p>	<p>Cuidados de Higiene e Conforto Pessoal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhamento diurno e noturno</li> <li>• Prestação de cuidados de saúde sob supervisão de pessoal qualificado</li> <li>• Nutrição, alimentação e acompanhamento de refeições</li> <li>• Tratamento de roupas</li> </ul> <p>Ações paliativas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermagem 24h</li> <li>• Fisioterapia</li> <li>• Cinesioterapia e reabilitação artro-muscular</li> <li>• Consultas de Clínica Geral</li> <li>• Podologia</li> </ul>	<p>Acompanhamento a consultas, passeios e outras atividades Acompanhamento durante internamento clínico Aquisição de bens e serviços: Medicação, pagamento de contas, compras de supermercado, entre outros Terapias (Desintoxicação Iónica, Reflexologia, Shiatsu, Reiki, Plataforma, Massagens) Venda de material hospitalar de apoio Orientação na adaptação de espaços para maior segurança e conforto no domicílio Estética</p>

Na pesquisa 1 surgiram três empresas privadas e com fins lucrativos (OCFL), exibindo um leque diversificado e diferenciado de serviços, onde se incluem os serviços de apoio às

atividades básicas e instrumentais da vida diária, serviços de saúde, terapias, acompanhamento, formação, aluguer de equipamentos, entre outros.

Na pesquisa seguinte, procurou-se perceber se as unidades hospitalares disponibilizavam serviços de apoio domiciliário após a alta clínica.

**Tabela 8: Pesquisa 2 – Termos-chave: unidade hospitalar; apoio domiciliário; norte**

MISSÃO	SERVIÇOS	
<b>CUF Hospital (www.saudecuf.pt)</b>		
Os Cuidados Domiciliários CUF consistem numa solução integrada de apoio clínico e/ou operacional domiciliário a clientes incapazes (temporária ou permanentemente) de viver de forma independente.	Acompanhamento diurno ou noturno Cuidados de enfermagem Ensino ao idoso e família Consultas de neurologia ou outras Análise Clínicas	Ambulâncias Apoio domiciliário Venda e aluguer de materiais ortopédicos e equipamentos Oxigenoterapia Teleassistência

Na primeira página surgiu unicamente o CUF Hospital, unidade de saúde privada, destacando-se da sua oferta, os serviços de saúde orientados para a recuperação e a reabilitação, muito adequados a uma situação de pós-alta hospitalar. Os serviços de apoio domiciliário são também contemplados, mas não é apresentada a descrição desses serviços.

Por fim, reduziu-se a pesquisa a 2 termos-chave, incluindo-se a expressão mais correntemente utilizada para os serviços prestados no domicílio:

**Tabela 9: Pesquisa 3 – Termos-chave: serviço de apoio domiciliário; norte**

MISSÃO	SERVIÇOS	
<b>MIMINHOS AOS AVÓS (<a href="http://www.miminhoaosavos.pt">www.miminhoaosavos.pt</a>)</b>		
Esta empresa surgiu na pesquisa 1, pelo que a informação já foi descrita		
<b>NORTE CARE (<a href="http://www.nortecare.com">www.nortecare.com</a>)</b>		
A NorteCare é uma empresa que se dedica ao apoio domiciliário, composta por uma equipa de profissionais nas áreas da saúde, geriatria, serviço social, entre outras. O objetivo é a manutenção da qualidade de vida dos clientes, no seu ambiente, perto de tudo quanto faz parte da sua vida, desde recordações, familiares, bens e pertences.	Cuidados de higiene e conforto. Colaboração na prestação de cuidados de saúde sob supervisão de pessoal de saúde. Manutenção e limpeza da habitação, necessária à prestação dos cuidados. Confeção de Refeições no domicílio e seu acompanhamento. Acompanhamento em deslocações ao exterior. Ministração dos medicamentos, mediante informação clínica. Apoio psicossocial. Consultadoria em políticas sociais.	Assessoria Técnica. Médico; Nutricionista e Dentista no domicílio. Consultas de Podologia no domicílio e no consultório. Consultas de Psicologia Clínica no domicílio e no consultório. Serviço de enfermagem e fisioterapia no domicílio. Formação de pessoal na área dos serviços prestados. Aluguer e comercialização de ajudas técnicas. Colaboração na aquisição de bens e serviços que contribuam para a qualidade de vida da família.
<b>CRUZ VERMELHA (<a href="http://www.cruzvermelha.pt">www.cruzvermelha.pt</a>)</b>		
A missão da Cruz Vermelha Portuguesa centra-se na prevenção e alívio do sofrimento humano, em Portugal e no mundo, protegendo a vida e a saúde e preservando a dignidade das pessoas, em especial das mais vulneráveis e desfavorecidas.	Satisfação de necessidades básicas e instrumentais da vida diária; Teleassistência, telessegurança e teleurgência; Banco de ajudas técnicas.	

Como se pode verificar, surgiram duas organizações privadas (OCFL) e uma Organização Não Governamental (ONG). A oferta das OCFL é muito diversificada, mas a oferta da Cruz Vermelha restringe-se aos serviços mais básicos, não apresentando detalhe acerca dos mesmos.

Da análise das tabelas verifica-se que as organizações que surgem na pesquisa são empresas privadas. Foram identificadas seis empresas privadas com fins lucrativos (OCFL), uma das quais é um hospital privado e uma organização não governamental (ONG) sem fins lucrativos. Excetuando a Cruz Vermelha e o CUF Hospital, a oferta de serviços é idêntica: apoio às necessidades básicas e instrumentais da vida diária, saúde e enfermagem, terapias diversas, interação social, venda e aluguer de ajudas técnicas, teleassistência, formação, entre outros. O CUF Hospital centra a intervenção nos serviços de saúde, agilizando com facilidade as consultas e exames médicos, porque se trata da sua principal atividade. No entanto, também proporciona outros serviços de forma a assegurar a transição hospital-casa e a permanência no domicílio com conforto e

qualidade de vida. A Cruz Vermelha não detalha a sua intervenção e não descreve os serviços prestados no âmbito da satisfação das necessidades básicas e instrumentais.

## **B. Reuniões/Entrevista informal**

Nesta fase, iniciou-se um conjunto de reuniões/entrevista informal, cujas questões orientadoras se encontram no anexo 2, para consultar intervenientes em diferentes contextos, onde os serviços de saúde e apoio social a idosos são implementados e discutidos. Pretende-se, desta forma, compreender o posicionamento de especialistas em relação à Gestão de Caso e à prestação de serviços de saúde e apoio social, e simultaneamente, preparar a Fase 2. A primeira reunião foi realizada em contexto académico. As reuniões seguintes resultaram do procedimento “bola de neve”, uma vez que cada entrevistado sugeriu o próximo.

### **Reunião/Entrevista informal 1**

#### **Contexto: Académico**

**Entrevistada:** A Senhora W é licenciada em Enfermagem, mestre em Educação para a Saúde e desempenha funções docentes numa Instituição Universitária. A reunião/entrevista informal decorreu nas instalações da Instituição, ao longo de cerca de 60 minutos.

#### **Síntese das questões/temas tratados:**

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) utiliza o modelo de GC no seu funcionamento, tarefa habitualmente desempenhada pelo enfermeiro. As equipas multidisciplinares são constituídas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas da fala, psicólogos e assistentes sociais. Na RNCCI, as unidades de internamento dividem-se em diferentes tipologias de acordo com o horizonte temporal necessário, nomeadamente, 30, 90 e superior a 90 dias. Também é possível aceder a cuidados continuados integrados no domicílio prestados durante 90 dias pelas equipas dos Centros de Saúde, constituídas por médicos e enfermeiros. A direção técnica das unidades da RNCCI é assumida por enfermeiros. Há uma grande pressão da tutela para dar altas e libertar camas nas unidades de internamento. A eficiência da Gestão de Caso está condicionada a essa mesma pressão e ao facto de estes cuidados serem prestados por

organizações privadas com e sem fins lucrativos, numa perspetiva de negócio. Os custos diários associados vão diminuindo à medida que aumenta o período de internamento. Por exemplo, o custo diário na unidade de convalescença (30 dias) é 106,09€ e na unidade de longa duração e manutenção (90+ dias) é de 60,55 (Diário da República, 1.ª série — N.º 221 — 16 de novembro de 2017). Os cuidados prestados pelas equipas domiciliárias estão afetos apenas aos Centros de Saúde e a pressão não se faz sentir porque os recursos que se utilizam são os que já existem e são da responsabilidade exclusiva desses centros. Os serviços da RNCCI são insuficientes para cobrir as necessidades e o maior problema são as pessoas que não recuperam capacidade funcional e têm alta. Neste momento, não há resposta para continuar a acompanhar essas pessoas e muitas vezes há retrocesso nos ganhos conquistados. Durante o internamento, e sempre que é possível, a família é incentivada a levar o paciente a casa durante o fim de semana ou apenas algumas horas, para perceberem as limitações e as dificuldades que vão surgir aquando o regresso definitivo. Na RNCCI, o que está estabelecido em termos de equipa e funcionamento não pode ser alterado, por isso, a entrada de um gerontólogo como gestor de caso faria sentido a partir das altas e no contexto da ação social das Autarquias. A partir das Autarquias, o gestor de caso orientaria os idosos e seus familiares para os serviços mais adequados e estabeleceria a ligação a esses mesmos serviços.

### **Sugestões:**

A Senhora W aponta o envolvimento das Autarquias na criação de um serviço de acompanhamento dos idosos e familiares no período pós-alta, com o objetivo de proporcionar apoio e orientação para aceder aos serviços de saúde e sociais necessários. O gestor de caso de cada idoso poderia ser o gerontólogo. Acrescenta que a Unidade Local de Saúde de Matosinhos está a desenvolver um projeto piloto de apoio aos idosos a viver em casa, com o modelo de GC e a Autarquia de Guimarães está a desenvolver serviços de apoio aos idosos a viver na comunidade, atividade que poderá funcionar como um meio de integração dos serviços de saúde e sociais. Considera pertinente ouvir as equipas domiciliárias das USF porque acompanham muitos idosos em casa e conhecem as necessidades e o contexto.



## **Reunião/Entrevista informal 2**

### **Contexto: Administração em Saúde**

**Entrevistada:** A Senhora Y é enfermeira especialista e coordenadora de uma Equipa de Gestão de Altas (EGA) da RNCCI de uma unidade hospitalar. A reunião/entrevista informal decorreu nas instalações dessa unidade hospitalar, ao longo de 45 minutos.

### **Síntese das questões/temas tratados:**

As questões inicialmente pensadas não se adequavam a esta realidade, pois encontrou-se uma visão exclusiva do ponto de vista da saúde e da EGA.

A Senhora Y começou por descrever a Rede e explicou que foi formada em 2006 com inspiração na experiência de Espanha. Os mentores e formadores dos técnicos portugueses foram académicos de Barcelona. Atribui grande importância à Rede, porque une a saúde e o social, contudo, as necessidades exclusivamente sociais são critério de exclusão à admissão na RNCCI. Na Rede, a família é orientada, apesar de constituir um dos grandes entraves pelas dificuldades que interpõem no processo. Por vezes, as famílias com mais recursos internos e externos são mais difíceis de gerir, porque atentam muito na impressão social que causam e no estatuto que querem ostentar (por exemplo: *“O meu pai está numa unidade de cuidados, não está no lar!”*). A RNCCI permitiu evitar as situações de idosos a viver nos hospitais, com um custo diário superior a 300 €.

No seu funcionamento prático, a EGA referencia os pacientes para a Equipa Coordenadora Local (ECL), que por sua vez, avalia e aceita, procedendo à colocação dos doentes na Rede, ou rejeita porque não reúnem os critérios. Na EGA desta unidade hospitalar raramente se verifica uma rejeição dos doentes referenciados para a ECL, em virtude da experiência que possuem na aplicação dos critérios. Um doente pode ser colocado em qualquer organização do país que integre a RNCCI.

Em relação às altas e pós altas, não têm informações do que acontece. Sugerem consultar uma das ECL e uma unidade com as 3 tipologias de cuidados.

A informação da página desta unidade hospitalar relativa à RNCCI não está atualizada e não é condicente com a informação que consta na página da Administração Regional de Saúde.

**Sugestões:**

A coordenadora da EGA considera importante reunir com o responsável de uma Equipa Coordenadora Local (ECL) e a direção técnica de uma unidade de internamento da RNCCI com mais do que uma tipologia de internamento.

**Reunião /Entrevista informal 3****Contexto: Direção Técnica de UCCI**

**Entrevistada:** A Senhora K é enfermeira e diretora técnica de uma UCCI com mais do que uma tipologia de internamento. A reunião/entrevista informal decorreu nas instalações da UCCI, ao longo de cerca de 60 minutos.

**Síntese das questões/temas tratados:**

A figura do gestor de caso é muito importante, porque facilita a organização do processo, a articulação da equipa e a comunicação com o paciente e a família. Nesta Unidade, qualquer membro da equipa multidisciplinar pode ser gestor de caso, com exceção dos médicos, porque são um recurso mais dispendioso. Em regra, dividem os pacientes pela equipa de forma aleatória, a não ser que exista um motivo particular que justifique afetar um profissional em concreto. Por exemplo, se existem acentuadas necessidades sociais afetam a assistente social ou se as necessidades estão maioritariamente relacionadas com recuperação de mobilidade, afetam o fisioterapeuta. Nem sempre é possível implementar este procedimento, mas pelo menos procuram ajustar o melhor possível.

A alta é preparada desde o momento da admissão. No decurso das reuniões com a família e de acordo com a evolução da condição do paciente, é avaliado e refletido o regresso ao domicílio ou a admissão em ERPI. Algumas famílias ficam chocadas por serem confrontadas com a alta no momento da admissão e não compreendem, porque consideram que é uma manifestação de pouco interesse pela condição do familiar. Durante as reuniões, é transmitido um conjunto de informações demasiado vasto e a diretora acredita que os familiares não têm tempo de processar tudo o que se está a passar e no lugar deles, sentir-se-ia muito desamparada.

No caso desta UCCI, e por iniciativa da própria Unidade, o gestor de caso desloca-se ao domicílio para avaliar as condições existentes e as modificações necessárias, num raio de 30 Km, sendo as despesas inerentes a estas deslocações assumidas pela própria Unidade. Por vezes,

quando visitam o domicílio, concluem que as obras realizadas não estão suficientemente adequadas. Por exemplo, foram colocadas rampas, mas as portas são estreitas para permitir a passagem da cadeira de rodas. Apoiam também a família na pesquisa de SAD ou Centro de Dia, se tal for solicitado. É nesta fase que os maiores problemas surgem: as famílias não estão preparadas para enfrentarem a nova condição, as dúvidas são inúmeras, há muita informação e a ansiedade instala-se. O próprio gestor de caso tem muitas dificuldades em encontrar recursos que estão dispersos na comunidade e cuja existência desconhece frequentemente. Além disso, surgem as barreiras geográficas, porque na unidade podem estar a resolver assuntos de alguém que reside noutra localização geográfica e que necessita de apoio na sua área de residência, ou o SAD da zona de residência não tem vagas, entre outras dificuldades.

Verificam-se, ainda, muitas lacunas no acompanhamento pós-alta, devido à dispersão dos recursos, ao desconhecimento das famílias, à dificuldade de articular as obrigações familiares e profissionais.

A organização dos serviços de saúde e sociais de apoio às pessoas mais velhas é essencial e cada vez mais necessária para apoiar as famílias, as pessoas mais velhas e rentabilizar os recursos. O gerontólogo poderá ser um elemento muito positivo neste processo de localização dos recursos e orientação das pessoas mais velhas e familiares.

Nesta reunião não foram apontadas sugestões.

## **FASE 2 – Escutar os utilizadores dos serviços: O caso do Senhor X**

Depois de escutar profissionais que acompanham ou estão envolvidos com os processos de prestação de serviços de saúde e apoio social, considerou-se pertinente escutar a experiência de um familiar que se depara com a alta do seu pai, após internamento na RNCCI, na sequência de uma queda com fratura.

O caso do Senhor X surge dentro das redes de relações pessoais do investigador. Pela pertinência deste caso, entende-se que pode ser ilustrativo daquilo que é a situação anteriormente analisada, ou seja, as altas na RNCCI.

## **Contexto: Situação de alta da UCCI de média duração e reabilitação**

O caso do Senhor X é relatado pela filha, uma mulher de meia-idade, a trabalhar nos serviços, com residência a 100 Km dos pais, que acompanha à distância. O Senhor X, reformado e com 78 anos, teve alta recente de uma UCCI do setor social (OSFL), de média duração e reabilitação. Após a alta, regressou à sua residência, onde vive com a esposa, de 80 anos, com problemas de saúde e cuidadora informal principal do marido.

A situação despoletou-se com uma queda num supermercado (propriedade de um grupo económico com forte implementação na distribuição alimentar), onde se encontrava a fazer compras. Dessa queda, resultou uma fratura da bacia, com necessidade de intervenção cirúrgica. O Senhor X foi internado e operado com sucesso num hospital central. No entanto, no período pós-operatório contraiu uma infeção hospitalar grave e esteve em coma induzido nos cuidados intensivos, com prognóstico muito reservado. Após cinco semanas de internamento, teve alta hospitalar e foi encaminhado para uma unidade de convalescença do setor privado (OCFL), integrada na RNCCI, onde permaneceu durante seis semanas: quatro de internamento e duas a aguardar vaga para uma unidade de média duração. Foi transferido para a nova UCCI, também do setor privado (OCFL), mas no final da primeira semana a filha constatou que o pai estava a perder os ganhos conquistados, porque, no seu entender, não estava a ser devidamente acompanhado e estimulado. Assim, e alegando a proximidade geográfica da residência, requereu a transferência do pai para uma unidade mais próxima. Quatro semanas depois da admissão foi transferido para a nova UCCI, do setor social (OSFL), onde permaneceu dois meses.

De repente, a data da alta foi alterada e antecipada, e a família teve de apressar os preparativos para o receber no prazo cinco dias, muito embora o Senhor X apresentasse muitas limitações. Note-se que, até ao momento do acidente/queda, o Senhor X era autónomo nas atividades da vida diária, inclusivamente, conduzia o próprio automóvel. Quando recebeu alta da UCCI, apresentava muitas dificuldades de mobilidade, mesmo com o apoio do andarilho, e estava incontinente (as atividades básicas da vida diária estavam ameaçadas). Uma vez que a alta não foi devidamente planeada, a rotina de recuperação do Senhor X foi interrompida, com todas as consequências que daí resultaram.

Entretanto, a filha iniciou uma verdadeira “odisseia”, em busca de meios e soluções que permitissem o regresso a casa e a continuidade do processo de recuperação. Depois de muita pesquisa eletrónica sobre o Serviço de Apoio Domiciliário e a Carta Social, cujo significado

desconhecia, conseguiu perceber que determinadas Organizações (OSFL) têm serviços comparticipados pela Segurança Social e que, por isso mesmo, seriam mais adequados face aos rendimentos do seu pai.

No primeiro contacto com uma Organização perto da residência do pai, descobriu que não era possível contratualizar os serviços, porque apesar de ser o SAD mais próximo, não pertencia à freguesia da residência do seu pai. Na verdade, era necessário procurar a Organização sediada na freguesia da residência do pai, mesmo que localizada a maior distância. Após contactos e deslocações infrutíferas, acordou finalmente os serviços que o pai necessitava com a Organização afeta à área de residência e surgem novas dificuldades: o SAD funcionava de segunda a sexta, com horários pouco ajustados às necessidades do pai. Por exemplo, a última visita decorria entre as 17h00 e as 18h00 e como o Senhor X estava incontinente, significava que ficava até ao dia seguinte sem mudar a fralda. Assim, foi preciso contratar uma Organização privada (OCFL) para assegurar a continuidade dos serviços aos fins de semana e no final do dia, o que se revelou extremamente dispendioso.

A mãe, cuidadora informal principal, não reunia condições para cuidar do seu marido sem ajuda. Além disso, a mãe tinha os seus próprios problemas de saúde e mobilidade, e não estava preparada para esta nova realidade, quer física quer psicologicamente, apresentando grande ansiedade e nervosismo.

Note-se que o Senhor X precisava de retomar a fisioterapia. O processo não foi imediato, porque primeiramente foi preciso consultar com o médico de família, o qual fez nova avaliação e prescreveu novos exames médicos. No entender da filha, ele deveria continuar o tratamento iniciado na UCCI, porque a interrupção gerou um retrocesso na mobilidade do pai. Nesse espaço de tempo, os tratamentos foram interrompidos.

A filha do Senhor X vive a 100 Km e tem de conciliar as necessidades dos seus pais com a sua própria vida familiar e profissional. Ela trabalha e tem filhos. No seu entender, a saída do pai da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a adaptação a uma nova realidade, exige tempo e planeamento, para evitar situações de rutura no sistema do indivíduo e da família, e permitir a reintegração do seu pai na comunidade/ sociedade. Reclama que, no seu caso, isso não aconteceu e que a alta não foi devidamente preparada, nem foi informada acerca da rotina na unidade e do real estado do seu pai. De uma vida ativa e plena, o pai passou para uma vida limitada ao seu domicílio e a filha não sabia o que fazer para o reintegrar novamente na vida comunitária.

A intervenção do gestor de caso terminou com a alta da UCCI, mas na sua opinião, essa intervenção deveria ter sido mais ativa no que respeita ao envolvimento do sistema familiar. Observou que em diversas situações, as decisões foram tomadas sem o conhecimento prévio do pai e apenas com a família.

Durante o internamento, a filha percebeu que os meios físicos e humanos das UCCIs são limitados e o processo é muito burocrático. Em seu entender, o gestor de caso deveria acompanhar a transição do sistema de saúde e social para o sistema familiar e manter ligação com a família, pelo menos nos primeiros tempos, porque após a alta, por exemplo, o seu “ *pai desapareceu do sistema e não há ninguém que se importe mais se ele está bem, se ele está mal*”.

Um mês após a alta, o Senhor X encontrava-se mais debilitado e passava a maior parte do tempo na cama. Do ponto de vista da filha, encontrava-se em claro retrocesso e os ganhos conquistados durante o internamento na RNCCI, desapareceram. Neste período, esteve nas urgências hospitalares com uma infeção e foi identificado um novo problema, que estaria encoberto ou não foi transmitido à família. A bactéria hospitalar que o contaminou após a cirurgia à anca estava ainda ativa e era responsável pela incontinência. A solução era uma nova cirurgia do foro urológico, que ficou excluída devido à grande fragilidade que o Senhor X apresentava. Em resultado desta mesma fragilidade, o Senhor X caiu duas vezes, em casa, quando tentava deslocar-se. A sua esposa acusava cansaço extremo (físico e psicológico), com perda de peso e agravamento dos próprios problemas de saúde. O futuro era incerto e a filha estava receosa, porque o pai estava a isolar-se e a distanciar-se da sua reintegração na sociedade.

Um mês depois, retomamos o relato para ponto da situação. Como foi descrito, a queda do Senhor X aconteceu num supermercado e na sequência da formalização da comunicação ao seguro, a empresa comunicou que a seguradora assumiu as responsabilidades e decidiu suportar os custos da recuperação. O Senhor X foi novamente internado numa unidade privada (OCFL), externa à RNCCI, que a filha escolheu. Depois da admissão, o seu estado funcional e de saúde foi reavaliado e definido o plano de cuidados para 6 meses, com monitorização e reavaliação mensal, em conjunto com a filha e o Senhor X. Nesta fase, o Senhor X encontrava-se muito dependente da cadeira de rodas, tendo iniciado sessões diárias de fisioterapia. Em diálogo com o fisioterapeuta, que apelou ao empenho e envolvimento do Senhor X, este comprometeu-se a, numa primeira fase, voltar a utilizar o andarilho no piso do alojamento e a cadeira de rodas somente nas deslocações pelos restantes pisos. O Senhor X revelou-se empenhado, assumiu o compromisso e melhorou a mobilidade. Em termos de interação social, o Senhor X envolveu-se com os

colaboradores e os clientes, demonstrando boa disposição e determinação em contribuir para os objetivos definidos.

Neste momento, o Senhor X continua internado e a recuperar. Mensalmente, o gestor de caso reúne com a filha e o Senhor X, para monitorizar e “desafiá-lo” para a conquista de novas metas. A filha afirma que foi “*uma sorte ter caído no supermercado*”, porque o seguro assumiu despesas que o pai não conseguiria suportar, e por isso, está a usufruir de uma intervenção de excelência. Será que os gerontólogos podem ajudar à solução do problema do Senhor X?

### **FASE 3 – Dar voz aos gerontólogos**

**Contexto:** Depois de escutar os profissionais que acompanham ou estão envolvidos com os processos de prestação de serviços de saúde e apoio social e de um cuidador informal que se depara com a alta do seu familiar após internamento na RNCCI (o caso do Senhor X), considerou-se pertinente escutar o posicionamento da Associação Nacional de Gerontólogos (ANG) relativamente ao papel do gerontólogo - gestor de caso, do seu lugar nas equipas multidisciplinares e do cenário mais adequado para o desempenho das suas funções.

A entrevistada, representante da Associação Nacional de Gerontólogos, é licenciada em Gerontologia. A entrevista decorreu em local agendado, com a duração de cerca de 30 minutos.

A partir da análise da entrevista, extraíram-se as seguintes áreas temáticas e subtemas sintetizados nas tabelas 10 e 11.

Tabela 10 –Áreas temáticas da entrevista

<b>ÁREAS TEMÁTICAS</b>
O perfil e função do gerontólogo - gestor de caso
A intervenção da Gestão de Caso em equipas
Os desafios para a Educação e Formação em Gerontologia

Tabela 11 –Temas e subtemas da análise da entrevista

TEMAS	SUBTEMAS
<b>O perfil e a função do gerontólogo - gestor de caso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Perfil</li> <li>✓ Funções</li> </ul>
<b>A intervenção do gerontólogo - gestor de caso em equipas multidisciplinares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Integração nas equipas multidisciplinares</li> <li>✓ O lugar do gerontólogo - gestor de caso</li> <li>✓ O foco da intervenção</li> </ul>
<b>Os desafios para a Educação e Formação em Gerontologia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formação base</li> <li>✓ Definição de tronco comum na formação gerontológica</li> <li>✓ Os desafios dos diferentes níveis de qualificação</li> <li>✓ A importância das <i>soft skills</i> na profissão</li> </ul>

Em seguida, apresenta-se a análise da entrevista com os temas e subtemas identificados e os respetivos excertos.

### **O perfil e a função do gerontólogo - gestor de caso**

A Associação Nacional de Gerontólogos (ANG) elege a função de gestor de caso como um dos três eixos que constituem o perfil de competências do gerontólogo: (1) o gestor de caso (coordenar os diferentes serviços); (2) o prestador de serviços (providenciar serviços); (3) o consultor (avaliar as necessidades).

De acordo com a entrevistada, este perfil foi definido pela ANG a partir de entrevista telefónica realizada a cerca de 500 gerontólogos, para compreender a forma como estava a profissão a ser exercida:

*O gestor de caso surge, e todos os outros perfis que referiu, surge de um estudo de empregabilidade que a Associação fez em 2016. Foi um estudo feito por entrevista telefónica, onde tentamos chegar a um máximo número de profissionais. Conseguimos chegar a cerca de 500 diplomados em Gerontologia e de facto percebemos que a atividade que os profissionais estavam a desenvolver na prática se baseava nestes três grandes eixos. O gestor de caso, em específico, surge na perspetiva do contexto institucional, apesar de nos fazer sentido o gestor de caso também numa perspetiva comunitária.*



Relativamente à função, o gestor de caso é definido como o profissional que coordena a prestação dos serviços:

*Aqui, quando falamos em gestor de caso, falamos no profissional que tem a capacidade de coordenar diferentes serviços, no fundo é isso. E com que objetivo? Falou que a gestão de caso tem como objetivo controlar a prestação de serviços e de facto é isso. O que nós pretendemos ao articular de forma diferente e diferenciada os diferentes serviços, permite-nos depois garantir a sua qualidade, uma melhor qualidade na prestação do serviço à pessoa mais velha e portanto, é nesta perspetiva que surge o gestor de caso.*

No entanto, é de ter em conta que as funções do gestor de caso são de vária ordem e têm requisitos próprios. Uma das funções enunciadas corresponde à avaliação multidimensional numa perspetiva biopsicossocial, quer em contexto comunitário, quer em contexto institucional.

*(...) em termos de funções (...) em primeiro lugar e desde logo: avaliar numa perspetiva biopsicossocial, que é algo que permite à partida perceber quais são as necessidades da pessoa mais velha, quer em contexto comunitário, quer em contexto institucional. De certa forma, perceber quais são as necessidades que estão a comprometer a sua qualidade de vida. (...) [Esta avaliação] é feita através de instrumentos que são validados e adaptados à população portuguesa e portanto há aqui este cuidado que nos permite, de uma forma mais fiável, perceber quais são as necessidades daquela pessoa e daquela família.*

Uma vez identificadas as necessidades, segue-se a construção do plano individual de intervenção, cujos objetivos refletem essas mesmas necessidades:

*No plano individual de intervenção é importante, quando aferirmos as necessidades, tê-las refletidas nos objetivos individuais, e sempre recorrendo a diferentes profissionais. Se nós percebermos a pessoa em termos do seu bem-estar psicológico, poderemos ter aqui algum espaço de intervenção, tentar perceber junto do psicólogo da equipa qual é que poderá ser o melhor objetivo para esta pessoa durante um ano, imaginemos. Ou mesmo a questão da família (...) E depois disto tentar perceber como é que ao longo do tempo de intervenção que vamos estar com aquela pessoa, perceber como é que vamos ativar e mobilizar os recursos.*

Note-se que não só a intervenção deve ser monitorizada, mas também a alocação de recursos deve ser analisada e discutida dentro de uma equipa.

*O facto de ser o gerontólogo o gestor de caso, faz com que ele perceba na comunidade e na instituição e com os restantes profissionais que tem na sua equipa, perceber quais são os recursos que estão disponíveis, quais é que poderiam ser os mais adequados para a pessoa e então ativar estes recursos. Não quer dizer que seja o gerontólogo a executar, por exemplo, um plano intervenção psicológica, mas de facto há esta visão muito ampla sobre tudo o que há disponível para conseguir implementar [um plano de intervenção].*

Outra das funções do gestor de caso apontada pela entrevistada, diz respeito à criação e desenvolvimento de iniciativas e estratégias de promoção do Envelhecimento Ativo e do Envelhecimento Bem-Sucedido.

*(...) criar, desenvolver e implementar atividades sempre relacionadas com o envelhecimento ativo e bem-sucedido, nesta lógica de promoção da saúde e do bem-estar da pessoa. Porque falamos em promover a qualidade de vida, necessariamente temos que falar no paradigma Envelhecimento Ativo e então perceber como é que nós podemos conseguir que aquela pessoa ainda que tenha alguma necessidade que a coloque numa situação de fragilidade e vulnerabilidade, perceber como é que podemos potenciar a qualidade de vida, como é que podemos potenciar a participação social, ainda que a pessoa esteja vulnerável, e portanto há aqui estas atividades que podem ser desenhadas e implementadas pelo gerontólogo*

Cabe, ainda, ao gestor de caso, encaminhar para outros profissionais as pessoas idosas em situação de grande fragilidade que na avaliação de necessidades revelem estar fora do âmbito de intervenção do gerontólogo, como por exemplo, episódio de doença aguda ou necessidade de reabilitação em regime de internamento.

*Em caso de necessidade, e se percebermos que de facto [n]a avaliação que foi feita não há espaço de intervenção para o gerontólogo, e aqui falamos de situações de vulnerabilidade e fragilidade mais vincadas, então aí há um encaminhamento para outros profissionais.*

### **A intervenção do gerontólogo - gestor de caso nas equipas multidisciplinares**

Nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) de convalescença e de média duração, as pessoas idosas estão internadas por um período de tempo limitado. Trata-se de uma situação transitória, perspetivada pela alta e o regresso a casa ou à instituição. Esta situação transitória pode ser particularmente pertinente para a atuação do gerontólogo.

*Nas Unidades de Cuidados Continuados, sobretudo de curta e média duração, nós temos pessoas que estão numa situação de transição. Ou seja, são pessoas que em princípio não vão ficar lá para sempre, não estão internadas ad eternum e portanto nessa perspetiva é sempre muito importante (...) ativar e mobilizar recursos, porque a pessoa está lá, mas de facto ela vai voltar para o seu contexto e esta articulação com o seu contexto é de facto necessária. A mim parece-me que o gerontólogo, pela formação que tem, poderá ser aqui um profissional interessante para garantir esta efetiva administração de serviços.*

No regresso ao seu contexto, a pessoa idosa pode apresentar necessidades que exigem a afetação de recursos externos à RNCCI, pelo que é preciso articular os serviços que se adequam a essas necessidades. Presentemente, a RNCCI é cenário da saúde. A presença do gerontólogo nas equipas multidisciplinares seria um contributo muito positivo. No entender da entrevistada, o gerontólogo, pela sua formação, seria o profissional mais competente para afetar serviços e recursos às necessidades da pessoa idosa no contexto de transição UCCI e a casa.

*(...) se o gerontólogo consegu[ir] entrar numa Unidade de Cuidados Continuados, penso que ele terá as melhores competências para conseguir esta efetiva ativação dos recursos e mobilização. Porque depois o que nós assistimos muitas vezes é as pessoas que estão neste contexto de reabilitação de um pós-operatório e numa situação de transição em termos do que é sua funcionalidade, (...) nem sempre depois conseguimos perceber qual é que foi o impacto daquela gestão de caso. E portanto não temos dados suficientes para perceber se está a ser feita uma boa ou má gestão dos casos. De facto, temos pessoas que voltam para o seu contexto; temos pessoas que já saíram da Unidade de Cuidados Continuados; mas perceber como é que aquela pessoa agora vive com uma limitação na sua funcionalidade...*

É importante perceber o impacto do internamento na vida diária da pessoa idosa e sua família. Dispor de um novo profissional – o gerontólogo - que acompanhe esta transição UCCI - casa seria uma mais-valia dentro dos sistemas de saúde e apoio social. Note-se que a formação do gerontólogo assenta em domínios multidisciplinares da saúde e do social e o exercício da atividade de gestor de caso adequa-se às UCCIs, na medida em que estas unidades cruzam a saúde e o social. O cenário mais adequado para o gerontólogo - gestor de caso seria a comunidade, com a responsabilidade do Estado. Como refere a entrevistada:

*(...) o gerontólogo é dos profissionais que foram referidos [enfermeiros, técnicos superiores de saúde, técnicos superiores da área das ciências sociais e do comportamento], aquele profissional que consegue aliar a parte social e a parte de saúde. (...) independentemente de onde esteja sediado, de facto faz-me sentido que seja a partir da comunidade. Porque o que acontece muitas vezes é que nós temos profissionais que estão nas Unidades de Cuidados Continuados com pouco conhecimento sobre o que se passa na comunidade e vice-versa. Portanto, há aqui este desafio em que temos uma vantagem pelo facto de termos uma formação multidisciplinar, mas também parte muito*

*das características do próprio profissional, não nos podemos esquecer disso. (...) estar proativo, conhecer muito bem a realidade onde está a operar, tudo isso é importante. (...) isto é uma responsabilidade também do Estado.*

O foco da intervenção é a pessoa idosa, as suas necessidades e/ou problemas. Na prática, o que se observa é que as Organizações com e sem fins lucrativos disponibilizam serviços, muitas vezes rígidos, que nem sempre se adequam às necessidades das pessoas idosas e suas famílias. Como refere a entrevistada:

*As instituições têm um determinado serviço, que responde àquela pessoa, e portanto não é ao contrário. Não é termos uma pessoa e que serviços ou respostas vamos dar àquela pessoa. Portanto, o ponto de partida é de facto as necessidades e expectativas daquela pessoa, e se for o caso, daquela família. Portanto logo aí a Gerontologia acrescenta imenso. Pela formação que temos, temos a responsabilidade de entrar nas instituições e de primar pela diferença, na forma como olhamos para as pessoas, como olhamos para a forma como as coisas funcionam. Porque nem sempre é fácil entrar numa instituição e pensar “fora da caixa”. Principalmente porque é um emprego, porque é algo que nos dá a segurança, de que precisamos enquanto cidadãos. (...)*

## **Os desafios para a Educação e Formação em Gerontologia**

Relativamente a esta temática, vários subtemas aparecem associados: a formação de base, a definição de um tronco comum nos planos de estudo, os diferentes níveis de qualificação na formação, entre outros.

No que respeita à formação de base na área da Gerontologia, o foco deve ser a licenciatura, na medida em que fornece a base do conhecimento gerontológico. A entrevistada defende que um licenciado de outra área com Mestrado em Gerontologia, orientará a sua intervenção a partir da sua educação/formação de base. Portanto, a solução é orientar a formação de base para a Gerontologia.

*A aposta [deve ser] na Gerontologia enquanto área [de formação] do 1º ciclo [de estudos]. De facto percebemos que [a ação de] um profissional licenciado em Gerontologia ou um profissional com mestrado em Gerontologia é completamente distinta. Um psicólogo com mestrado em Gerontologia fica mestre em Gerontologia, mas vai continuar a exercer funções de psicólogo, ainda que especializado nas questões do envelhecimento. E portanto, aquilo que na nossa perspetiva marca a diferença é o primeiro ciclo [de estudos].*

Note-se que a formação de base em Gerontologia, liga-se a um outro assunto igualmente relevante – a definição de um tronco comum. A entrevistada faz algumas recomendações pertinentes sobre este assunto, nomeadamente, a necessidade da existência de um tronco comum às várias Escolas.

*Uma recomendação, que vem quase como uma obrigatoriedade, é que as escolas que são tão diferentes entre si não percam as suas especificidades na formação que lecionam, mas [deve] haver aqui um tronco comum, ou uma linha comum, que permite que os profissionais que saem para o mercado de trabalho, saem com um tronco comum sólido. Como acontece com outras áreas científicas como a Enfermagem e a Psicologia, temos programas curriculares distintos, mas de facto a base é comum.*

Pelo facto de estarmos perante uma nova área do conhecimento científico (a Gerontologia) e um novo campo de prática profissional (a prática gerontológica), há uma série de desafios que se colocam às instituições, nomeadamente, com a entrada em funcionamento dos Cursos Técnicos Superiores Profissionais (CTESPs).

*A minha segunda recomendação vem dos chamados CTESPs em Gerontologia, cursos de nível V. É de facto importante termos cada vez mais pessoal da área dos cuidados, cada vez com mais competências, cada vez mais profissionalizado na área que vão exercer. Mas não há uma clarificação relativamente à denominação dos CTESPs, nem há clara definição dos objetivos entre as Escolas. Portanto, aquilo que eu acho é que as instituições, e bem, têm uma grande autonomia naquilo que apresentam. Mas, de facto, não me parece haver uma preocupação “de cima”, de quem olha para as instituições todas, daquilo que é apresentado como opções para as pessoas.*

No que respeita aos Cursos Técnicos Superiores Profissionais (CTESPs) que conferem qualificações de nível V, considera uma mais-valia, porque contribuem para a melhoria da formação dos recursos humanos. Contudo, há que ter em atenção as designações que as diferentes Escolas atribuem, os objetivos que definem e o nível de qualificação. De outro modo, a entrada destes profissionais no mercado de trabalho pode suscitar dúvidas junto das entidades empregadoras. Além disso, há o risco de as Organizações substituírem licenciados (nível VI) por profissionais de nível V, porque são um recurso menos dispendioso, mas menos qualificado em termos de competências.

*Temos profissionais de nível VI, temos profissionais de nível V. Das duas, uma: ou temos instituições que começam a substituir auxiliares de nível IV, que nem sequer é obrigatório, por profissionais de nível V, e então é excelente; temos profissionais da área de cuidado*

*que está na linha da frente, cada vez mais qualificado. Ou então temos instituições que em vez de ter um quadro técnico de cinco pessoas de nível VI, têm um quadro técnico com algumas pessoas nível V a substituir pessoas que estão licenciadas. (...) Portanto, há aqui [um] caminho a percorrer.*

Como referido anteriormente, a Gerontologia é uma área do conhecimento científico recente, em expansão e com muito potencial de crescimento. Face à longevidade humana, há enormes desafios que se colocam às sociedades e às instituições. Como refere a entrevistada:

*Se Gerontologia é uma área a investir? Sem dúvida nenhuma, porque principalmente numa perspetiva crítica. De facto, [considerando] aquilo que atualmente é feito nas instituições, há muito espaço de melhoria. Basta pensar se qualquer um de nós gostaria de ir hoje ou amanhã para um lar de idosos viver. Estas questões têm que ser feitas porque de facto as coisas não estão a ser da melhor forma pensadas e abrigadas. E portanto, acho que a Gerontologia, sim, é uma área a investir mas de uma forma orientada, quer ao nível do primeiro ciclo, quer ao nível dos CTESPs e claro, ao nível do segundo ciclo [de estudos] porque permite-nos ter profissionais que trabalham com pessoas mais velhas, que não têm de ser só gerontólogos, nem poderia ser dessa forma, estejam cada vez mais especializados nas questões do envelhecimento.*

Ainda no âmbito da Educação e Formação em Gerontologia, a entrevistada recomenda a valorização das *soft skills*, associadas a outras competências, nomeadamente, a capacidade de comunicar, de tomar decisões, o pensamento crítico ou a criatividade. Note-se que estas competências são transversais a todas as áreas de Educação e Formação, mas na Gerontologia revelam-se particularmente importantes, porque o gerontólogo deve cuidar da relação interpessoal do mesmo modo que cuida da seleção dos instrumentos de avaliação gerontológica, para identificar as necessidades/problemas.

*Estamos neste momento numa geração dos jovens, que entra para o Ensino Superior, com maturidade significativamente distinta [dos que entraram] há 10 anos ou há 15 anos atrás. Isto tem muito a ver com a questão da educação das pessoas e com a forma como também toda a sociedade está a evoluir. (...) Cada vez mais é pedido ou é exigido aos alunos, proatividade, autonomia relativamente ao seu estudo, à forma como aprende, à forma como adquire conhecimento científico. O que eu posso dizer, é que de facto as instituições, estão a investir cada vez mais nessa área e faz sentido que o façam numa perspetiva transversal, não específica da área em concreto, mas transversal a qualquer área científica. Assim vivemos também numa sociedade em que já não existe, ou existe cada vez menos, a ideia de ter um emprego para a vida. Portanto a pessoa tem que ter aqui esta autonomia sobre a sua própria carreira, muito maior do que teríamos há alguns anos atrás. (...)*

É de salientar, também, a importância da proatividade no exercício da prática profissional.

Como refere a entrevistada:

*Uma pessoa mais proativa, uma pessoa que é mais autónoma nas suas decisões e nas suas intervenções e na forma como comunica com os outros profissionais, é uma pessoa que terá mais sucesso no seu contexto profissional. Ao invés de uma pessoa que não tenha essas competências, que terá mais dificuldade.*

A atitude e o pensamento deste novo profissional têm de ser inovadores, para o posicionar de forma diferenciada no território onde desempenha as suas funções. Como defende a entrevistada:

*(...) Estamos numa época em que precisamos de ter provas dadas, digamos assim, e o gerontólogo tem que dar provas sobre o trabalho e as competências que tem, que felizmente ou infelizmente, não são só as competências técnicas, mas são também as soft skills.(...) É uma área muito importante, principalmente porque estamos numa época de viragem, ou seja de pensar o que há de novo para ser feito na área da Gerontologia. Portanto isso só pode ser pensado por pessoas que estejam a pensar “fora da caixa” e por pessoas que querem desenvolver e adquirir conhecimento científico de uma forma diferente e mais ousada.*

Face aos resultados apresentados neste capítulo, e tendo em consideração o processo faseado do presente estudo, seguem-se as considerações finais.





## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---



Ao longo deste estudo procurou-se analisar e discutir aspectos da Gestão de Caso nos serviços de saúde e apoio social. Tomamos como foco de análise a Gestão de Caso na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em particular a situação de alta da Rede.

Numa primeira fase, começou-se por explorar os serviços gerontológicos e geriátricos, com recurso ao modelo de Gestão de Caso. Em primeira linha surgiram organizações com fins lucrativos (OCFL). Os serviços oferecidos abrangem as atividades básicas (ABVD) e instrumentais da vida diária (AIVD), bem como cuidados de saúde. Oferecem, também, serviços sofisticados, criativos e flexíveis, vocacionados para um público-alvo mais exigente e com maior poder de compra. Estas empresas definem estratégias de comunicação e marketing para garantirem o seu posicionamento no mercado. No entanto, e de acordo com o relatório da Carta Social 2016, em Portugal, a oferta de serviços dirigidos à população idosa concentra-se, predominantemente, nas organizações sem fins lucrativos (OSFL). As OCFL oferecem serviços flexíveis e inovadores, mas o custo só é acessível a clientes da classe média-alta/alta ou que disponham de seguros ou subsistemas de saúde que prevejam essas coberturas. Quando os recursos financeiros são mais limitados, as pessoas idosas e os seus familiares procuram organizações protocoladas com a Segurança Social (OSFL) para beneficiarem da comparticipação estatal nos custos. Ou seja, as famílias com menos recursos procuram ajuda junto de instituições de proximidade ligadas à Segurança Social, designadamente, os Centros Sociais e Paroquiais ou a Santa Casa da Misericórdia.

Ainda nesta fase, foram realizadas entrevistas informais aos *stakeholders*/informantes-chave do contexto académico, administração em saúde e direção técnica de UCCI, que permitiram compreender o funcionamento da RNCCI, com a integração dos serviços e o modelo de Gestão de Caso. Note-se que a RNCCI foi criada pelo Governo para satisfazer necessidades de saúde e de apoio social, no sentido de recuperar ou manter a capacidade funcional, facilitando a reabilitação e o cuidado direto. A direção técnica das Unidades da Rede é constituída por profissionais da saúde, geralmente enfermeiros. Durante o internamento, a pessoa idosa e a família são orientados pelo gestor de caso.

O primeiro *stakeholder*/informante-chave, proveniente do contexto académico, considera que a eficiência da Gestão de Caso está condicionada, porque as equipas das Unidades têm de gerir os custos diários, o financiamento do Estado vai diminuindo à medida

que o período de internamento aumenta e há pressão para acelerar as altas, criando novas vagas. Com essas limitações, por vezes, os serviços são insuficientes e a recuperação é afetada. Após a alta da RNCCI, as pessoas idosas que não recuperaram completamente e os seus familiares, deixam de ter apoio ou suporte para se adaptarem a uma nova realidade (regressar a casa com limitações nas Atividades da Vida Diária), podendo levar a retrocessos na recuperação. Neste contexto, o primeiro informante-chave considera que a intervenção do gerontólogo como gestor de caso faria sentido a partir da alta da RNCCI, quando as pessoas idosas e respetiva família ficam sem apoio e há um “*gap*” na prestação de serviços. Porém, um novo problema se levanta: as equipas da RNCCI são definidas legalmente e atendem às necessidades de clientes de todas as idades. Na sua opinião, o cenário mais adequado para o gerontólogo - gestor de caso, seriam as Autarquias, no âmbito da ação social, em coordenação com as Unidades de Saúde Familiares (USF), as pessoas idosas e suas famílias.

O segundo *stakeholder*/informante-chave, proveniente da administração em saúde, apresentou uma visão exclusiva da saúde e da gestão das transferências das altas hospitalares para a RNCCI. Da entrevista destaca-se a grande importância que atribui à RNCCI, porque integra a saúde e o social, permite orientar as famílias e evita situações de pessoas idosas abandonadas nos hospitais após a alta. Sublinha que as necessidades exclusivamente sociais são critério de exclusão à admissão na RNCCI. No que respeita ao funcionamento da Gestão de Caso e às altas na RNCCI, remete para as Equipas Coordenadoras Locais e para as Unidades da Rede.

O terceiro *stakeholder*/informante-chave integra a direção técnica de uma Unidade da RNCCI com as três tipologias de internamento (convalescença; média duração e reabilitação; longa duração e manutenção). Na sua opinião, a figura do gestor de caso na Rede é crucial, porque permite organizar o processo e articular a equipa multidisciplinar de forma mais eficiente. Além disso, estabelece a comunicação dos profissionais com o paciente e a família. Todos os elementos da equipa podem ser gestores de caso, com exclusão do médico, porque é um recurso dispendioso. Considera que durante as reuniões com a família, o gestor de caso transmite um conjunto vasto de informações e poderá acontecer que os familiares não consigam assimilar tudo e fiquem desorientados. O momento da alta é preparado desde a data de admissão e, no primeiro impacto, as famílias consideram esse procedimento negativo e ilustrativo de falta de interesse pela condição do paciente. No entanto, ao longo do internamento sentem-se mais apoiados. Por iniciativa da própria UCCI, e num raio de 30 Km, o

gestor de caso desloca-se ao domicílio do paciente para ajudar a preparar o regresso a casa. Se solicitado, os gestores de caso desta Unidade ajudam na pesquisa de SAD, Centros de Dia ou outros serviços. É na alta que surgem as maiores dificuldades, porque as mudanças e as dúvidas são muitas e a ansiedade, por vezes, instala-se. Em determinadas situações, os gestores de caso deparam-se com dificuldades na identificação dos recursos e serviços mais adequados para um dado paciente devido à dispersão e ao desconhecimento da família.

As reflexões do *stakeholder*/ informante-chave do contexto académico são consistentes com as reflexões da direção técnica da UCCI e é consensual que as maiores dificuldades surgem com a alta da RNCCI. Em ambas as reuniões se confirma a utilização da Gestão de Caso em equipas multidisciplinares, constituídas essencialmente por profissionais da saúde. O foco da RNCCI é recuperar e reabilitar para reintegrar. É, também, consensual, que as maiores dificuldades surgem com a alta da Rede. No momento da alta, a pessoa idosa nem sempre recuperou a sua capacidade funcional, e o processo de adaptação a uma nova realidade coloca dificuldades à pessoa idosa e à sua família. As mudanças e a quantidade de informação que tem de ser processada podem tornar-se, por vezes, avassaladoras.

Numa segunda fase, a Rede foi investigada indiretamente através do caso do Senhor X – uma situação de alta da Rede (Unidade de Média Duração e Reabilitação). Este caso permitiu compreender as dificuldades vivenciadas pela família, perante uma situação de regresso a casa com limitações e necessidades múltiplas e complexas, que anteriormente o Senhor X não tinha. A filha do Senhor X sentiu-se desorientada, porque a alta, no seu entender, não foi preparada atempadamente e subitamente as dificuldades avolumaram-se. O seu pai necessitava de diversos cuidados específicos, pelo que, num curto espaço de tempo, foi necessário agilizar os serviços sem apoio de terceiros. Aqui, o gerontólogo - gestor de caso poderia ajudar a família e a pessoa idosa a encontrar esses serviços. A filha do Senhor X iniciou por conta própria a pesquisa eletrónica de SAD e depois de várias dificuldades, constatou que os serviços disponíveis nas entidades protocoladas pela Segurança Social funcionavam em horários desajustados às necessidades do seu pai. Assim, foi necessário contratar os serviços em falta no setor privado, revelando-se esta situação muito dispendiosa. No decorrer deste processo, a mãe, cuidadora informal principal do Senhor X, e com problemas de saúde próprios, começou a evidenciar sinais de desgaste físico e psicológico. A filha sentia muitas dificuldades em gerir este processo, porque residia e trabalhava a 100 Km

e, além disso, tinha o seu próprio núcleo familiar. Entretanto, a mobilidade do Senhor X degradou-se. Para retomar, foi necessário aguardar que o médico de família avaliasse os novos exames para prescrever os tratamentos. Um mês após a alta, a fisioterapia não havia sido retomada e o Senhor X encontrava-se mais frágil e vulnerável. Nesse período, recorreu às urgências hospitalares com novo foco infeccioso, resultante da bactéria hospitalar contraída durante o internamento no hospital central, no pós-operatório; e caiu duas vezes em casa. Ou seja, a fragilidade estava a aumentar.

A filha reclama que a alta deveria ter sido preparada com mais antecedência e que o gestor de caso deveria acompanhar o processo de transição e manter ligação com a família, pelo menos nos primeiros tempos. Sente que o seu pai saiu do sistema e ninguém se preocupa com o que se passa após a saída da Rede. Cerca de um mês depois do primeiro ponto da situação, o relato foi retomado e a filha anunciou que o seguro do supermercado onde ocorreu a queda, assumiu as responsabilidades e estava a custear a recuperação do seu pai numa unidade de internamento privada (OCFL), externa à RNCCI, escolhida pela própria filha. Depois da admissão, o seu estado funcional e de saúde foi reavaliado e definido o plano de cuidados com o envolvimento do Senhor X e da família.

Este testemunho ilustra, em parte, o que já foi afirmado por alguns dos informantes-chave. Na primeira entrevista informal, a informante-chave afirmou que no período após a alta da RNCCI, as pessoas idosas que não recuperaram completamente e os seus familiares, não têm apoio ou suporte e, por vezes, há retrocessos nas recuperações. O investimento realizado com a recuperação de uma pessoa em concreto, pode ser desperdiçado e traduzir-se-á em perda de qualidade de vida e aumento da despesa para retomar a recuperação ou compensar as perdas. O Senhor X perdeu a capacidade funcional conquistada na RNCCI após a alta e a descontinuidade das intervenções nas primeiras 4 semanas no seu domicílio, porque no momento em que saiu da RNCCI deixou de usufruir de acompanhamento. Para ativar os recursos, foi preciso pesquisar, procurar, estabelecer contactos e reuniões, consultar o médico de família e fazer novos exames para avaliação médica. Entretanto, cada dia que passou sem intervenção, a capacidade funcional do Senhor X retrocedeu, perdeu qualidade de vida e no sistema familiar instalou-se uma grande ansiedade, com impactos na saúde da esposa e na vida pessoal e profissional da filha.

Finalmente, na Fase 3 deste estudo, a entrevista à representante da Associação Nacional de Gerontólogos (ANG) permitiu compreender o posicionamento desta nova classe profissional em relação à Gestão de Caso, à prestação de serviços integrados, à atividade do gerontólogo nas equipas multidisciplinares e ao cenário mais adequado para desempenhar as suas funções enquanto gestor de caso. A Gestão de Caso constitui um dos três eixos do perfil de competências do gerontólogo que a Associação Nacional de Gerontólogos (ANG) definiu a partir de um estudo de empregabilidade. O gestor de caso é definido como o profissional que coordena os serviços, de forma articulada, para serem prestados com eficiência e qualidade. As funções do gestor de caso estão relacionadas com as etapas de intervenção. O processo inicia-se com a avaliação biopsicossocial da pessoa mais velha e a identificação das necessidades que têm de ser satisfeitas para proporcionar qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento. Os instrumentos utilizados na avaliação têm de ser validados e adaptados à população portuguesa. Seguidamente, procede-se à elaboração do plano individual de intervenção. Os objetivos são definidos em função das necessidades identificadas e com o contributo da equipa multidisciplinar. A partir do plano individual de intervenção, o gestor de caso procura os serviços e os recursos mais adequados às necessidades identificadas. Estes serviços podem emergir da comunidade ou do contexto institucional. Seguidamente, agiliza a prestação desses serviços e o acesso aos recursos. Esta etapa exige do gestor de caso um profundo conhecimento dos meios existentes e dos canais de comunicação. Cabe, ainda, ao gerontólogo - gestor de caso, desenhar e implementar programas, iniciativas e atividades que complementem os recursos existentes ou que acrescentem valor. O gerontólogo deve pautar a sua ação em função dos paradigmas do Envelhecimento Ativo e do Envelhecimento Bem-Sucedido, para promover o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa idosa, mesmo que frágil e vulnerável. Contudo, quando a fragilidade é profunda e extravasa o âmbito de atuação do gerontólogo, é sua função, encaminhar a pessoa idosa para outros profissionais. Estas etapas de intervenção estão em linha com o estudo de Lukersmith, Millington e Salvador-Carulla (2016), que investigaram a forma como a GC é descrita na literatura. Da análise efetuada, os autores identificaram 17 etapas, nas quais se enquadram as etapas apontadas pela representante da ANG.

Segundo a representante da ANG, a participação do gerontólogo nas equipas multidisciplinares das UCCI é pertinente, porque a sua formação biopsicossocial lhe permite agir num território onde serviços de saúde e de apoio social se cruzam. Nas unidades de

convalescença e de média duração, a pessoa mais velha está num processo de recuperação e reabilitação, findo o qual regressará ao domicílio ou à instituição. No momento da alta, a capacidade funcional pode não estar totalmente recuperada, pelo que, a transição Unidade - Casa tem de ser preparada para que as necessidades da pessoa mais velha sejam satisfeitas com os recursos da comunidade considerados mais adequados. O gerontólogo, pela sua formação psicossocial, é o profissional melhor qualificado para gerir os casos nesta transição e coordenar os diferentes serviços. Embora a RNCCI integre a saúde e o social, a representante da ANG considera que, na atualidade, a Rede é um território onde a saúde está muito vinculada e o gerontólogo não é um profissional de saúde. Contudo, a formação do gerontólogo, que assenta em conteúdos da saúde e do social, e o exercício da atividade de gestor de caso, adequam-se a essa realidade e poderiam acrescentar valor à RNCCI. No seu entender, se a UCCI pertencer à Santa Casa da Misericórdia, o contexto social está mais vincado e será mais propício à intervenção do gerontólogo. A esta questão de definição de território, acresce, na sua opinião, as dificuldades de comunicação entre profissionais da saúde e do social, que podem comprometer os resultados das intervenções e o conhecimento das diferentes realidades.

O lugar do gerontólogo - gestor de caso, no seu entender, é na comunidade, próximo das pessoas, sob a responsabilidade do Estado, e não no setor privado ou até mesmo nas UCCI. Esta opinião é consistente com o primeiro informante-chave proveniente do contexto académico, na medida em aponta a comunidade como o melhor cenário para o gerontólogo - gestor de caso, de uma forma concreta, na ação social das Autarquias em coordenação com as USF. O foco da intervenção do gerontólogo está nas pessoas idosas e nas suas necessidades/problemas. Considera que, em certas instituições, os serviços existentes nem sempre se adequam às necessidades. Esta constatação está ilustrada no caso do Senhor X, quando a filha percebe que o SAD tem dias e horários de funcionamento rígidos, que não satisfazem as necessidades do seu pai. Destaca, ainda, o facto de as necessidades se encontrarem em evolução e considera que o gerontólogo tem de assumir uma atitude criativa e pensar diferente, com base nas evidências científicas. No seu entender, a formação base na área da Gerontologia centra-se na licenciatura. Embora o Mestrado em Gerontologia permita uma especialização na área do Envelhecimento a licenciados de outros ramos, não modifica a base dos conhecimentos. A representante da ANG valoriza as *soft skills* na educação do



gerontólogo, porque este tem de conquistar o seu território de trabalho e afirmar-se de forma diferente e ousada.

Em Portugal, a RNCCI foi criada em 2006 para responder às necessidades de serviços de saúde e apoio social de pessoas em situação de dependência. A RNCCI é um território onde os serviços de saúde e apoio social se integram, sob a tutela do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho, da Solidariedade e da Segurança Social, em articulação com organizações públicas e privadas com e sem fins lucrativos, no domicílio do utilizador ou em instalações próprias. A Portaria n.º 174/2014 recomenda que as equipas multidisciplinares sejam constituídas por médicos, enfermeiros, terapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e animadores socioculturais. O modelo de Gestão de Caso utilizado é pontual e intensivo, com o foco na reabilitação, acompanhando o paciente da admissão até ao momento da alta. De acordo com a literatura, este modelo de GC aproxima-se do “*Clinical (rehabilitation, direct care)*” (Lukersmith, Millington & Salvador-Carulla, 2016) e traduz-se em intervenções clínicas, serviços médicos e reabilitação, assegura a continuidade dos cuidados e identifica e avalia os défices do cliente, estabelecendo metas, objetivos, resultados e prazos.

A investigação mostra que a articulação dos serviços sociais e de saúde com base no modelo de Gestão de Caso reduz o declínio funcional, melhora os sentimentos de empoderamento e satisfação com os cuidados prestados e promove a utilização mais adequada dos serviços médicos (Herbert et al., 2010; Stewart, Georgiou & Westbrook, 2013). Evidências da investigação sugerem que a implementação da GC tem impacto positivo na prestação dos cuidados, na satisfação dos clientes e na utilização de recursos (Ross, Curry & Goodwin, 2011). Os resultados do estudo efectuado por Sandberg, Kristensson, Midlov e Jakobsson (2015) sugerem que a intervenção da GC tem efeitos na utilização dos cuidados de saúde traduzidos na diminuição das consultas médicas e internamentos e diminuiu a pressão sobre os cuidadores. No Canadá, o Programa PRISMA tem como base o modelo de Gestão de Caso, sendo que Hébert e colaboradores (2010) avaliaram o impacto do Programa e concluíram que o PRISMA melhora a eficácia do sistema de saúde nas pessoas idosas em situação de fragilidade. Na mesma linha Stewart, Georgiou e Westbrook (2013) consideram que o PRISMA é uma experiência da qual resultam evidências muito positivas acerca da integração de serviços de saúde e sociais de apoio à população idosa e realçam a importância das parcerias entre académicos, decisores políticos e prestadores de serviços, porque se refletirá na eficácia e eficiência da integração dos cuidados e prestação dos serviços.

Na RNCCI, a intervenção do gestor de caso termina com a alta, mas nas situações em que as pessoas idosas não recuperaram completamente a sua capacidade funcional, os problemas não estão resolvidos e começam as grandes dificuldades. Esta realidade é corroborada pelas declarações dos informantes-chave do contexto académico e da direção técnica da UCCI. Ambos afirmam que as pessoas idosas e os seus familiares não têm apoio ou suporte para se prepararem e adaptarem a uma realidade diferente. Num curto espaço de tempo, é preciso encontrar soluções para satisfazer necessidades de saúde e apoio social, reorganizar o espaço físico da habitação, providenciar ajudas técnicas e identificar e contratar os serviços mais adequados e ajustados às necessidades e ao rendimento disponível. A falta de informação e divulgação dos apoios existentes, bem como a dificuldade em encontrar apoios, são fatores indutores de sentimentos de sobrecarga nos cuidadores informais (Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes, 2010). O caso do Senhor X, relatado pela filha, é ilustrativo dessas reflexões. De facto, com a saída da RNCCI, o Senhor X e a sua família ficaram sem apoio ou orientação, com todos os impactos negativos que daí resultaram.

É na saída da RNCCI que se cria um vazio, que pode e deve ser colmatado no entender dos intervenientes da saúde (informantes – chave do contexto académico e da direção técnica de uma UCCI) e do social (representante da ANG). A representante da ANG considera que o gerontólogo é o profissional mais competente para acompanhar a transição Unidade – Casa e desempenhar o papel de gestor de caso, dada a sua formação biopsicossocial. No seu estudo, Piovezan e Bestetti (2012) referem que o gerontólogo seria o profissional mais competente para desempenhar as funções de gestor de caso. A sua formação de âmbito biopsicossocial permite compreender o fenómeno do envelhecimento de forma holística, preparando para avaliar e intervir em contextos multidisciplinares.

A questão que se coloca é: Qual o contexto/“lugar” mais adequado para o gerontólogo - gestor de caso intervir? O informante – chave do contexto académico aponta a ação social das Autarquias em colaboração com as USF. A representante da ANG considera que o lugar do gerontólogo é de facto na comunidade, sob a responsabilidade do Estado e acessível a todos. Após a alta da RNCCI, os idosos seriam encaminhados para esse “lugar” e afetos a um gestor de caso, que, de acordo com a prática gerontológica, pautaria a sua intervenção no sentido de ativar os recursos e os serviços ajustados às necessidades identificadas, tendo sempre subjacente a qualidade de vida da pessoa idosa (Fernández-Ballesteros, 2009; Bastos, Faria, Gonçalves & Lourenço, 2015). Esta questão é muito pertinente, na medida em que o envelhecimento da população portuguesa que o INE estima para as próximas décadas irá pressionar a utilização dos

recursos da RNCCI, com os consequentes custos associados e o avolumar das dificuldades que se levantam no momento da alta das pessoas idosas. Dada a formação e o perfil de competências, o gerontólogo surge como o profissional mais competente para assumir a função de gestor de caso no processo da saída da RNCCI das pessoas idosas.

Em síntese, considerando os resultados deste estudo exploratório, é evidente a necessidade de aprofundar esta matéria, pelo que, se sugere estudos adicionais, alargando a amostra e refinando os procedimentos de recolha e análise de dados. Outra linha de trabalho é avaliar o impacto da Gestão de Caso na RNCCI e compreender o que está a acontecer às pessoas idosas que saem da Rede com a capacidade funcional comprometida. Sendo a Rede um território onde os sistemas de saúde e o social se cruzam, a realidade é que a primazia está na saúde porque o principal objetivo é reabilitar. Estes sistemas estão, ainda, pouco integrados. No futuro, e com o crescente envelhecimento da população, os decisores políticos enfrentarão novos desafios e a integração de serviços permite criar respostas que implicam a partilha de processos, ferramentas, recursos e intervenções. É preciso investir na integração e pensar uma nova forma de integrar os serviços de saúde e apoio social, testá-la em projetos piloto e ajustar ao contexto e às necessidades. No entender dos participantes deste estudo, esta é uma competência do Estado porque facilitará a integração. Evidentemente, que o impacto financeiro, os recursos despendidos e a sua gestão têm de ser considerados neste processo. No entanto, também é importante ouvir os investigadores e os profissionais no domínio. Neste contexto, o gerontólogo pode acrescentar outra forma de pensar o fenómeno do envelhecimento, o qual exige respostas novas e diferentes formas de pensar este processo.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---



- Alkema, G. E. , Wilber, K. H., & Enguidanos, S. M. (2007). Community- and facility-based care. In J. A. Blackburn & C. N. Dulmus (Eds.), *Handbook of gerontology: evidence-based approaches to theory, practice, and policy* (455-487). New Jersey: Wiley.
- Angulo, J. V., & Jiménez, A. M. (2009). Sociodemografia. In Fernández-Ballesteros, R. (coord.), *Gerontologia social* (3ª ed.) (pp. 55-77). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Balard, F., Gely-Nargeot, M. C., Corvol, A., Saint-Jean, O., & Somme, D. (2016). Case management for the elderly with complex needs: Cross-linking the views of their role held by elderly people, their informal caregivers and the case managers. *BMC Health Services Research*, 16:635. DOI:10.1186/s12913-016-1892-6.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bastos, A., Faria, C., Gonçalves, D., & Lourenço, H. (2015). Envelhecimento ao longo da vida e prática gerontológica: Algures entre o pronto-a-vestir e o fato à medida. *Exedra Revista Científica*, 10-28.
- Bernabei, R. et al. (1998). Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in community. *British Medical Journal*, 316, 1348-1351.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Cabral, M. V., & Ferreira, P. M. (2014). *Envelhecimento ativo em Portugal: Trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Carta Social. (2016). Rede de serviços e equipamentos: Relatório 2016. *Carta Social - Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) Web site*. Acedido Janeiro 16, 2018, em <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial2016.pdf>
- CMSA. (2016). Standards of practice for Case Management. *Case Management Society of America (CMSA) Web site*. Acedido Março 23, 2018, em <http://solutions.cmsa.org/acton/media/10442/standards-of-practice-for-case-management>.
- Corvol, A., Moutel, G., & Somme, D. (2012). La gestion de cas en gérontologie: Nouveau métier, nouvelles questions. *Medicine Science*, 28 (3), 321-324.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Thousand Oaks: Sage.

- Cruz, D. C. M., Loureiro, H. A. M., Silva, M. A. N. C. G. M. M., & Fernandes, M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), 127-136. Acedido Dezembro 12, 2018, em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn2/serlIn2a14.pdf>.
- Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. *Diário da República n.º 109/2006, Série I-A*. Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Eeno, L. V. et al. (2015). Substantial between-country differences in organizing community care for older people in europe: A review. *European Journal of Public Health*, 26 (2), 213-219.
- Ervin, K., Finlayson, S., & Tan, E. (2012). Case Management the panacea for aged care? *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 30 (1), 5-11.
- Fernández-Ballesteros, R. (ed.) (2009). *Gerontologia social* (3ª ed.). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures: Selected essays*. New York: Basic.
- Gil, A. (2009). *Conciliação entre vida profissional e vida familiar: O caso da dependência*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, IP.
- Gonzales, R. I. C., Casarin, S. N. A., Calin, M. H. L., Sasaki, C. M., Monroe, A. A., & Vila, T.C. S. (2003). Gerenciamento de caso: Um novo enfoque no cuidado à saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (2), 227-231.
- Gouvernement du Québec. (2018). Programmes et services pour les aînés : Édition 2019. *Gouvernement du Québec Web site*. Acedido Dezembro 03, 2018, em [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/services\\_quebec/Guide-ProgrammesServicesAines-2019\\_2018-12\\_v8.pdf?1545334034](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/services_quebec/Guide-ProgrammesServicesAines-2019_2018-12_v8.pdf?1545334034).
- Hébert, R., et al. (2010). Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study. *Journal of Gerontology:Social Sciences*, 65B (1), 107-118.
- Holton, V., & Walsh, J. (2013). Case management. In B. Thyer, C. Dulmus, & K. Sowers (Eds), *Developing evidence-based generalist practice skills* (pp. 93-121). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Instituto da Segurança Social. (2017). Guia prático : Apoios sociais a pessoas idosas. *Instituto da Segurança Social, I. P. Web site*. Acedido Maio 25, 2018, em [http://www.seg-social.pt/documents/10152/33603/N35\\_apoios\\_sociais\\_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb](http://www.seg-social.pt/documents/10152/33603/N35_apoios_sociais_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb)



- Instituto da Segurança Social. (2018). Guia prático : Rede nacional de cuidados continuados integrados. *Instituto da Segurança Social, I. P. Web site*. Acedido Maio 25, 2018, em [http://www.seg-social.pt/documents/10152/27195/N37\\_rede\\_nacional\\_cuidados\\_continuados\\_integrados\\_rnci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a](http://www.seg-social.pt/documents/10152/27195/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rnci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a).
- Instituto Nacional de Estatística (2015). *Anuário estatístico de Portugal 2014 – Edição 2015*. Destaque: informação à comunicação social, Instituto Nacional de Estatística, [documento eletrónico] retirado de: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=249353419&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=249353419&DESTAQUESmodo=2)
- Kahana, E., Kahana, B., & Lee, J. (2014). Proactive approaches to successful aging: One clear path through the forest. *Gerontology*, 60 (5), 466-474.
- Kahana, E., Kelley-Moore, J., & Kahana, B. (2012). Proactive aging: A longitudinal study of stress, resources, agency and well-being in late life. *Aging & Mental Health*, 16 (4), 438-451.
- Kvale, S. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. London: Sage Publications.
- Low, L.-F., Yap, M., & Brodaty, H. (2011). A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Services Research*, 11:93.
- Lukersmith, S., Millington, M., & Salvador-Carulla, L. (2016). What is case management? A scoping and mapping review. *International Journal of Integrated Care*, 16 (4) 2, 1–13.
- Martins, M. C. A, & Fernandes, P. F. C. (2010). *O gestor de caso: Aplicabilidade do conceito*. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco.
- Organização Mundial de Saúde (2002). Declaração Política Y Plan de Accion Internaciocional de Madrid sobre el Envejecimiento. Acedido Janeiro 26, 2017, em <http://www.seg-de-https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>.
- Patrocínio, W. P. (2015). Gestão Gerontológica Individual. *Revista Kairós Gerontologia*, 18, 25-38.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In Paúl, C. & Fonseca, A. M. (Coords), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2012). Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da gerontologia. In Paúl, C. & Ribeiro, O. (Coords), *Manual de gerontologia* (pp. 1-17). Lisboa: Lidel.

- Piovezan, M., & Bestetti, M.L.T. (2012). O Gerontólogo como gestor de casos: Simulação de experiências em estudos distintos e específicos. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(8), 201-216.
- PORDATA Base de dados de Portugal Contemporâneo. Acedido em Maio 17, 2018, em <https://www.pordata.pt/Tema/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o-1>.
- Portaria nº 38/2013 de 30 de Janeiro. *Diário da República n.º 21/2013, Série I*. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social.
- Portaria n.º 174/2014 de 10 de Setembro. *Diário da República nº 174 /2014, Série I*. Ministérios das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social.
- Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, M. J. V., & Chitas, P. (2013). *Portugal e a Europa: Os números*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Ross, S., Curry, N., & Goodwin, N. (2011). *Case management: What it is and how it can best be implemented*. London: The King's Fund.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1998). *Successful aging*. New York: Random House.
- Royo, M. T. B. (2009). Sociedad y vejes: La familia y el trabajo. In Fernández-Ballesteros, R. (coord.), *Gerontologia social* (3ª ed.) (pp.241-249). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Salmazo-Silva, H., & Lima, A. M. M. (2012). Gestão da atenção ao idoso: Possibilidades e desafios no campo da Gerontologia. *Revista Kairós Gerontologia*, 15 (6), 503-514.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de pesquisa* (3ª ed.). São Paulo: McGraw-Hill.
- Sandberg, M., Kristensson, J., Midlov, P., & Jakobsson, U. (2015). Effects on healthcare utilization of case management for frail older people: A randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60, 71-81.
- Somme, D., Hébert, R., Bravo, G., Blanchard, F., & Saint-Jean, O. (2007). The individualized service plan as a clinical integration tool: Qualitative analysis in the Quebec PRISMA experiment. *International Journal of Integrated Care*, 7, 1-13.
- Somme, D. et al. (2008). PRISMA France : Programme d'implantation d'une innovation dans un système de soins et de services aux personnes en perte d'autonomie. Adaptation d'un modèle d'intégration basé sur la gestion de cas. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 56, 54-62.

- Somme, D. et al. (2014). Prise de position de la société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration: texte integral, deuxième partie. *Geriatric Et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillissement*, 12 (2), 123-130.
- Sowers, K. M., & Rowe, W. S. (2007). Global aging. In J. A. Blackburn, & C. N. Dulmus (Eds.), *Handbook of gerontology: evidence-based approaches to theory, practice, and policy* (pp.3-15). New Jersey: Wiley.
- Stewart, M. J., Georgiou, A., & Westbrook, J. I. (2013). Successfully integrating aged care services: A review of the evidence and tools emerging from a long-term care program. *International Journal of Integrated Care*, 13, 1-14.
- Summers, N. (2009). *Fundamentals of case management practice: Skills for the human services*. Belmont: Brooks/Cole.
- United Nations (2017). World population prospects the 2017 revision: Key findings and advance tables. *United Nations Web site*. Acedido Maio 14, 2018, em [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2017\\_KeyFindings.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf).
- Vara, M. (2012). O olhar do gerontólogo. In F. Pereira (coord.), *Teoria e prática da Gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 63-75). Viseu: PsicoSoma.
- Viscarret, J. J. (2007). *Modelos y métodos de intervención en trabajo social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Whitbourne, S. K. (2005). *Adult development & aging: Biopsychosocial perspectives* (2<sup>nd</sup> ed.). United States of America: Wiley.

### **Pesquisa eletrónica dos serviços**

14/05/18

<https://www.provedor-jus.pt/?idc=55>

<https://www.provedor-jus.pt/?idc=55>

<http://www.psp.pt/Pages/programasespeciais/apoio65.aspx?menu=6>

[http://www.gnr.pt/ProgEsp\\_idososSeguranca.aspx](http://www.gnr.pt/ProgEsp_idososSeguranca.aspx)

21/05/18

<https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/>



**ANEXOS**

---



## Anexo 1 – Resultados da pesquisa eletrónica na web

### Pesquisa 1 – Termos-chave: serviços gerontológicos; empresas; norte

ORGANIZAÇÃO	MISSÃO	Descrição dos Serviços Prestados	COBERTURA GEOGRÁFICA Norte
<p style="text-align: center;"><b>OLDCARE</b> <a href="http://www.oldcare.pt">www.oldcare.pt</a></p>	<p>A missão da OldCare é proporcionar a máxima autonomia e conforto à pessoa idosa. Trabalham para a manutenção e recuperação das capacidades físicas e cognitivas através de planos personalizados, que vão de encontro às necessidades da pessoa e da sua família. Funciona em regime de franchising.</p>	<p>Cuidados domiciliários:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio Domiciliário</li> <li>• Cuidados de higiene pessoal e conforto, ajuda no vestir, apoio na alimentação, mobilizações, posicionamentos, transferências</li> <li>• Apoio nas atividades de vida diária</li> <li>• Apoio de Enfermagem no domicílio</li> <li>• Apoio no Pós-alta Hospitalar</li> <li>• Cuidados Continuados e Paliativos no domicílio</li> <li>• Médico ao domicílio</li> </ul> <p>Reabilitação no domicílio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fisioterapia e Reabilitação</li> <li>• Terapias de Manutenção Física e Estimulação Cognitiva</li> <li>• Terapia da Fala</li> <li>• Adaptação do meio habitacional (ao nível de acessibilidades, adaptação de wc, elevadores de escadas)</li> </ul> <p>Loja online Teleassistência 24h Workshops Consultadoria em Gerontologia e Geriatria Sessões de Saúde Comunitária Formação no domicílio ao Cuidador Informal Formação Certificada para Profissionais e Instituições Franchising</p>	<p>Bragança Vila Real Porto Braga Viana do Castelo</p>
<p style="text-align: center;"><b>MIMINHOS AOS AVÓS</b> <a href="http://www.miminhoaosavos.pt">www.miminhoaosavos.pt</a></p>	<p>A Miminho aos Avós é um Centro de Recursos no apoio ao idoso e dependente em geral, com resposta no serviço de apoio domiciliário, venda/aluguer de equipamento, teleassistência e formação. Funciona em regime de <i>franchising</i>.</p>	<p>Venda e Aluguer de equipamentos e produtos Serviço Apoio Domiciliário Serviços de saúde Reabilitação Higiene e conforto pessoal Tratamento de roupa Refeições Habitação Terapias complementares Apoio na área da saúde Acompanhamento no exterior Dinamização Social Dinâmica pessoal Acompanhamento de doentes terminais Estética Terapias complementares em casa ou no trabalho (Hidrolinfa, Mesoterapia homeopática, Massagem de relaxamento, Ginástica anti-stress, Correções posturais Terapia respiratória, Exercícios anti-envelhecimento, Outras terapias complementares) Formação Teleassistência 24h Franchising</p>	<p>Gaia Matosinhos Monção Porto - Antas Porto-Boavista Viana do Castelo</p>

Pesquisa 1 – Termos-chave: serviços gerontológicos; empresas; norte (cont.)

(continuação)

<p><b>IDADE MAIS</b>  <b>www.idademais.pt</b></p>	<p>Empresa especializada na prestação de Serviços de Apoio Domiciliário e Assistência Geriátrica, vocacionada para aqueles que, pelo seu estado de saúde, dependência, situações crónicas, isolamento e outros fatores, necessitem de atenção e cuidados especiais para poderem permanecer no seu lar.</p>	<p>Cuidados de Higiene e Conforto Pessoal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhamento diurno e noturno</li> <li>• Prestação de cuidados de saúde sob supervisão de pessoal qualificado</li> <li>• Nutrição, alimentação e acompanhamento de refeições</li> <li>• Tratamento de roupas</li> </ul> <p>Ações paliativas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermagem 24h</li> <li>• Fisioterapia</li> <li>• Cinesioterapia e reabilitação artro-muscular</li> <li>• Consultas de Clínica Geral</li> <li>• Podologia</li> </ul> <p>Acompanhamento a consultas, passeios e outras atividade</p> <p>Acompanhamento durante internamento clínico</p> <p>Aquisição de bens e serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Medicação, pagamento de contas, compras de supermercado, entre outros</li> </ul> <p>Terapias (Desintoxicação Iónica, Reflexologia, Shiatsu, Reiki, Plataforma, Massagens)</p> <p>Venda de material hospitalar de apoio</p> <p>Orientação na adaptação de espaços para maior segurança e conforto no domicílio</p> <p>Estética</p>	<p>Braga</p>
---	--	--	--------------

Pesquisa 2 – Termos-chave: unidade hospitalar; apoio domiciliário; norte

ORGANIZAÇÃO	MISSÃO	SERVIÇOS	COBERTURA GEOGRÁFICA Norte
<p><b>CUF Hospital</b>  <b>www.saudecuf.pt</b></p>	<p>Os Cuidados Domiciliários <b>CUF</b> consistem numa solução integrada de apoio clínico e/ou operacional domiciliário a clientes incapazes (temporária ou permanentemente) de viver de forma independente.</p>	<p>Acompanhamento diurno ou noturno</p> <p>Cuidados de enfermagem</p> <p>Ensino ao idoso e família</p> <p>Consultas de neurologia ou outras</p> <p>Análise Clínicas</p> <p>Ambulâncias</p> <p>Apoio domiciliário</p> <p>Venda e aluguer de materiais ortopédicos e equipamentos</p> <p>Oxigenoterapia</p> <p>Teleassistência</p>	<p>Grande Porto</p>



Pesquisa 3 – Termos-chave: serviço de apoio domiciliário; norte

ORGANIZAÇÃO	MISSÃO	SERVIÇOS	COBERTURA GEOGRÁFICA Norte
<p><b>MIMINHOS AOS AVÓS</b>  <a href="http://www.miminhoaosavos.pt">www.miminhoaosavos.pt</a></p>	<p>Esta empresa surgiu na pesquisa 1, pelo que a informação já foi descrita.</p>		
<p><b>Norte Care</b>  <a href="http://www.nortecare.com">www.nortecare.com</a></p>	<p>A <b>NorteCare</b> é uma empresa que se dedica ao apoio domiciliário, composta por uma equipa de profissionais nas áreas da saúde, geriatria, serviço social, entre outras. O objetivo é a manutenção da qualidade de vida dos clientes, no seu ambiente, perto de tudo quanto faz parte da sua vida, desde recordações, familiares, bens e pertences.</p>	<p>Cuidados de higiene e conforto. Colaboração na prestação de cuidados de saúde sob supervisão de pessoal de saúde. Manutenção e limpeza da habitação, necessária à prestação dos cuidados. Confeção de Refeições no domicílio e seu acompanhamento. Acompanhamento em deslocações ao exterior. Ministração dos medicamentos, mediante informação clínica. Apoio psicossocial. Consultadoria em políticas sociais. Assessoria Técnica. Médico; Nutricionista e Dentista no domicílio. Consultas de Podologia no domicílio e no consultório. Consultas de Psicologia Clínica no domicílio e no consultório. Serviço de enfermagem e fisioterapia no domicílio. Formação de pessoal na área dos serviços prestados. Aluguer e comercialização de ajudas técnicas. Colaboração na aquisição de bens e serviços que contribuam para a qualidade de vida da família.</p>	<p>Grande Porto</p>
<p><b>CRUZ VERMELHA</b>  <a href="http://www.cruzvermelha.pt">www.cruzvermelha.pt</a></p>	<p>A missão da Cruz Vermelha Portuguesa centra-se na prevenção e alívio do sofrimento humano, em Portugal e no mundo, protegendo a vida e a saúde e preservando a dignidade das pessoas, em especial das mais vulneráveis e desfavorecidas.</p>	<p>Satisfação de necessidades básicas e instrumentais da vida diária; Teleassistência, telessegurança e teleurgência; Banco de ajudas técnicas.</p>	<p>Arcos de Valdevez                      Braga                      Marco de Canavezes                      Matosinhos                      Porto                      Valença                      Cabeceiras de Basto                      Felgueiras                      Maia</p>
<p><b>MAIS QUE CUIDAR</b>  <a href="http://www.maisquecuidar.com">www.maisquecuidar.com</a></p>	<p>A “Mais que Cuidar” é um projeto que engloba vários serviços na área da saúde, ortopedia e geriatria que podem ser prestados no domicílio dos clientes tais como cuidados de saúde, demonstração e aconselhamento de produtos, aluguer de equipamentos médicos, reparação, montagem e manutenção de equipamentos médicos.</p>	<p>Conversação e Companhia.                      Preparação de refeições personalizadas;                      Tarefas domésticas leves;                      Cuidados Pessoais: banho e cuidar da higiene pessoal, apoio na locomoção, posicionamentos e transferências; Cuidados Especiais: programa de acompanhamento de doenças crónicas, degenerativas e oncológicas, Alzheimer, Parkinson, entre outras;                      Cuidados Permanentes (Lar em Casa): diurno, noturno. assistência 24 horas;                      Cuidados Paliativos;                      Enfermagem;                      Fisioterapia;                      Apoio do hospital para casa com adaptação de espaços e prestação de serviços no pós-alta;                      Venda e aluguer de ajudas técnicas;                      Serviço de reparação e manutenção de equipamentos adquiridos na empresa;</p>	<p>Grande Porto e Braga</p>

**Anexo 2- Documento preparatório para reuniões/entrevista informal com informantes-chave, com vista à exploração do tema em estudo**

**Local e Hora:** *(a inserir)*

**Nome do entrevistado(a):** *(a inserir)*

**QUESTÕES ORIENTADORAS**

1. A Gestão de Caso (GC) é descrita como um processo interventivo e colaborativo, que integra serviços de saúde e sociais prestados por equipas multidisciplinares, envolvendo e comprometendo a pessoa/cliente e o cuidador ao longo de todo o processo. O que pensa acerca da GC e do seu potencial nas unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)?
2. A GC é por definição um tipo de intervenção que pode ser pontual e intensiva ou contínua e prolongada. Do seu ponto de vista, em que circunstâncias a GC seria mais pertinente? E relativamente às altas da Rede?
3. Quando as necessidades da pessoa/cliente persistem após a alta da Rede, qual o papel do gestor de caso?
4. Da sua experiência, qual é o profissional mais adequado para desempenhar a função de gestor de caso na Rede? Pode-me dar um exemplo de uma situação em concreto onde haja a intervenção do gestor de caso?
5. Com o envelhecimento da população, e se pensarmos que os gerontólogos podem exercer funções de gestor de caso, que vantagens e inconvenientes vê na entrada destes profissionais nas equipas da Rede?
6. Que dificuldades antecipa à entrada de um novo profissional na equipa (neste caso, o gerontólogo) com funções de gestor de caso na Rede?
7. Em seu entender, nos Serviços de Saúde e de Apoio Social, que resposta poderia ser dada no pós-alta às pessoas idosas em situação de vulnerabilidade e/ou fragilidade?
8. O que pensa na entrada do gerontólogo neste processo, na qualidade de gestor de caso?
9. Antes de finalizarmos esta conversa, há alguma questão que queira colocar?

Agradeço-lhe a disponibilidade e colaboração.

### **Anexo 3 – Entrevista a cuidador informal em situação de alta da RNCCI**

#### **PROTOCOLO DE ENTREVISTA**

**Local e Hora:** *(a inserir)*

**Nome do entrevistado(a):** *(a inserir)*

1. Fale-me da história do seu pai, relativamente à passagem por várias unidades da Rede de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).
2. Quais as principais dificuldades que sentiu nesta situação, tendo em conta a sua experiência no papel de filha?
3. Que recomendações ou sugestões daria para que esta transição entre as unidades da RNCCI e a casa/família se fizesse de forma a preservar dignidade de todos os envolvidos?
4. A partir desta experiência que está a viver, o que pensa sobre a figura de um gestor de caso que acompanhasse o processo de pessoas como o seu pai dentro da Rede e depois continuasse o acompanhamento em casa?
5. Conhece alguém que tenha passado por uma situação idêntica e que eu possa entrevistar?
6. Antes de finalizarmos esta entrevista, há alguma questão que queira colocar.

Agradeço-lhe a disponibilidade e colaboração nesta entrevista.

Quatro semanas depois ...

7. Depois da nossa última conversa sobre o seu pai, qual é o ponto da situação atual?

Agradeço-lhe a disponibilidade e colaboração nesta entrevista.

## Anexo 4 – Entrevista a representante da Associação Nacional de Gerontólogos (ANG)

### PROTOCOLO DE ENTREVISTA

**Hora e Local:** *(a inserir)*

**Nome do entrevistado:** *(a inserir)*

1. No site da ANG é apresentado o perfil de competências do gerontólogo em três eixos: gestor de caso (coordenar os diferentes serviços), prestador de serviços (providenciar serviços) e consultor (avaliar as necessidades). No eixo específico do gestor de caso, quais são as funções atribuídas a este perfil?
2. Nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), onde se cruzam os serviços de saúde e de apoio social, a função de gestor de caso é geralmente atribuída ao enfermeiro ou outro técnico de saúde. Numa equipa multiprofissional, em seu entender qual a posição do gerontólogo?
3. Alguns dos meus entrevistados durante este processo de investigação sobre *Gestão de Caso e Envelhecimento*, sugeriram as autarquias como cenário mais adequado para o trabalho do gerontólogo, em articulação com as Unidades de Saúde Familiar (USF) e a pessoa idosa/família. O que pensa acerca disso?
4. Em alguns países, como por exemplo nos EUA, a transição hospital-casa e a permanência no domicílio, com conforto e qualidade de vida, é uma das situações onde o gestor de caso intervém. Pensando no modo como os serviços em Portugal estão organizados, qual o papel do gerontólogo nesta situação?
5. Considerando a sua posição na ANG, do ponto de vista das competências técnicas em Gerontologia, o que recomendaria às Instituições de Ensino Superior responsáveis pela Educação e Formação pré e pós-graduada em Gerontologia?
6. Antes de finalizarmos esta entrevista, há alguma questão que queira colocar?

Agradeço-lhe a disponibilidade e colaboração nesta entrevista.