

Título completo do manuscrito: Modelos Internacionais de Gestão de
Lares e Práticas de Gestão de Risco

Título resumido do manuscrito: Gestão de Lares e Gestão de Risco

Mariana Faria

CEO of a Healthcare and Real Estate Provider Vanguard Sphere, Lisbon
Managing Director of a Brokerage Company Baustelle International, London

Sílvia Silva

ORCID - 0000-0002-4215-2999

ESECS – IPEiria | ANGES

Emanuel Margarido

ORCID ID: 0000-0002-7248-7044

ESECS – IPEiria | ANGES

Sara Gordo

ORCID - 0000-0002-9578-9520

ESSLei – IPEiria | ciTechCare | ANGES

Vanessa Póvoa

ORCID ID: 0000-0003-0604-0882

ESECS – IPEiria |

Resumo

Com base nos dados do INE, a população portuguesa é bastante envelhecida, com cerca de 19% da população com mais de 65 anos. Existem mais de 2,500 lares em Portugal, dos quais 70% enquadram-se no regime não lucrativo. A oferta de lares cresceu 89% entre 1998 e 2018 com uma taxa média de ocupação de 93%. Conclui-se que a oferta de lares tem crescido a um ritmo bastante considerável, porém este aumento na oferta não é o suficiente para cobrir a procura existente. A abertura de mais um lar não iria afetar os outros players de mercado dado que o addressable market é bastante superior à oferta existente.

Neste âmbito é fundamental melhorar os modelos de gestão em lares e as formas convencionais de prestação de cuidados ao domicílio, bem como investir em tecnologia e no uso mais eficiente de pessoal qualificado.

Palavras-chave: envelhecimento; lares; modelos de gestão; práticas de gestão de risco

Introdução

A nível global existem cerca de 50 milhões de casos de demência, sendo que 60% - 70% destes casos são de Alzheimer. Na Europa, os casos de demência têm uma prevalência de 1.73% e o número absoluto de casos é de 8.8 milhões. Relativamente a Portugal, a taxa de incidência é superior à da Europa, contando com cerca de 1.88 casos por cada 100 habitantes, o que resulta em cerca de 193,500 casos, em valores absolutos. Em 2025 espera-se que a incidência desta doença suba para 2.29% e em 2050 chegue a 3.82%. Os drivers desta tendência são principalmente o envelhecimento da população e o decréscimo da natalidade.

Com o envelhecimento da população, o aumento de casos de demência e uma oferta limitada, é fundamental rever os modelos e as práticas de gestão convencionais em lares.

No Tupelo, Mississippi, os moradores da Green House acordam com o cheiro de bacon, canela e café fresco. O cheiro constante de cozinhados é deliberado; a diminuição do apetite pode ser um problema na velhice. “Já vi pessoas que veem de casas de repouso

tradicionais e voltam a comer, a andar e a falar”, diz Steve McAlilly, um dos fundadores. A Casa Verde consiste em dez casas, cada uma com 10 a 12 residentes. Não há piso de vinil, nem jantares em tabuleiro, nem bingo.

O Hogeweyk, na Holanda, é às vezes chamado de “vila da demência”. Com 169 moradores que vivem em casas de seis quartos. O idoso valoriza a autonomia e a independência. Assim, apesar de todos terem demência avançada, movem-se livremente no campus que inclui uma rua principal com um bar, um cabeleireiro, um supermercado, e 25 clubes sociais que organizam atividades. Os residentes podem trazer os seus próprios móveis e animais de estimação. Estes ajudam nas tarefas domésticas. “Quase ninguém quer ser um recetor passivo de cuidados”, diz Eloy van Hal, o fundador. Há vinte anos, quando este derrubou o lar convencional que costumava estar no mesmo local, ele foi avisado de que as “pessoas vão cair”. Em vez disso, os residentes tornaram-se mais saudáveis e alegres.

Buurtzorg, uma empresa de prestação de serviço de enfermagem na Holanda, defende um modelo que foi testado em 25 países. O seu segredo é simples, diz Jos de Blok, o seu fundador: deixe as enfermeiras fazerem o seu trabalho. Pequenas equipas têm autonomia considerável para cuidar de um bairro. Ao eliminar a burocracia, o modelo permite que os enfermeiros dediquem mais tempo a tarefas mais importantes e possam dispensar ajuda. Como todos os funcionários são enfermeiros qualificados, os seus salários são mais altos do que os dos cuidadores tradicionais. Porém, como têm mais formação e conhecimentos, podem fazer o mesmo que estes últimos, apesar de passarem menos de um terço do tempo com cada paciente.

Alguns idosos precisam de mudar de casa porque estas são inadequadas. Mas a maioria não precisa de ir para uma instituição, mesmo assim. A Dinamarca é líder no fornecimento de alternativas. O governo gasta mais com assistência não residencial do que residencial. As opções para os dinamarqueses mais velhos incluem comunidades para aposentados e apartamentos construídos perto, mas não em lares de idosos. As autoridades, em alguns outros lugares, estão a tentar facilitar as famílias com a construção de anexos para onde os parentes mais velhos possam mudar-se. Os estudantes e alguns outros jovens na Holanda são incentivados a compartilhar pátios ou

edifícios com pessoas idosas que não fazem parte de suas famílias, às vezes em troca de um aluguel mais barato. A ideia é que eles lhes proporcionem companhia e ajuda ocasional.

Daan Livestro, consultor da Gupta Strategists, estima que 25-60% dos cuidados prestados aos idosos nas instituições holandesas podem ser prestados em casa. Também no Canadá, cerca de 40% dos residentes poderiam voltar para casa se recebessem o apoio adequado, de acordo com uma pesquisa recente. Um estudo realizado em 2014 no Alabama descobriu que pessoas com necessidades semelhantes ficaram melhor nas suas próprias casas do que quanto estavam em lares de idosos. Mas o grupo que recebeu cuidados em casa economizou US\$4.500 por ano em custos.

Sempre haverá pessoas que querem ou precisam de cuidados residenciais. Nesses casos, “menor é geralmente melhor”, diz o Dr. Grabowski. A pesquisa mostra que lares de idosos mais pequenos usam menos restrições, têm menos infecções e têm residentes mais satisfeitos do que os maiores. As pequenas instituições promovem amizades mais estreitas entre os residentes e conexões mais estreitas com os funcionários.

Modelo Enhanced Health in Care Homes (EHCH)

As pessoas que vivem em lares de idosos devem esperar um nível de apoio e de cuidados elevado e personalizado, como se eles estivessem a morar na sua casa. Estudos mostram que isto só pode ser alcançado com um trabalho colaborativo entre todos os agentes envolvidos, nomeadamente lares de idosos (trabalhadores, fornecedores e administração), Serviço Nacional de Saúde, assistência social, voluntários, comunidade, e Parceiros do Setor de Empreendimentos Sociais (VCSE).

No Reino Unido, o modelo Enhanced Health in Care Homes (EHCH) afasta-se de modelos tradicionais reativos de prestação de cuidados de saúde e concentra-se num atendimento pró-ativo centrado nas necessidades dos residentes, das suas famílias e dos trabalhadores. Esse cuidado só pode ser alcançado através de uma abordagem completa e colaborativa. Os objetivos principais deste modelo é "reduzir a divisão histórica" entre cuidados primários e serviços de saúde comunitários e definir um padrão mínimo de apoio a pessoas que vivem em lares de idosos.

Este modelo teve por base um conjunto de evidências baseadas em intervenções no Reino Unido, desenhado para ser desenvolvido dentro e à volta de lares de uma forma coordenada para melhorar os serviços e resultados para todas as pessoas que vivem em lares e aquelas que precisam de apoio para viver de forma independente na comunidade.

A implementação do modelo ajudará a garantir o seguinte:

- i. Os residentes têm acesso a cuidados personalizados e a serviços especializados, e a manter a sua independência, na medida do possível, reduzindo, adiando ou evitando a necessidade de serviços de saúde e assistência social;
- ii. Os funcionários sentem-se no centro de uma equipa integrada, que oferece cuidados primários e especializados, comunitários, de saúde mental, e, também, serviços de assistência social e voluntariado;
- iii. Os orçamentos e os incentivos estão alinhados para que todas as partes trabalhem juntas e motivadas para melhorar o serviço de saúde e o bem-estar prestado;
- iv. Os serviços de saúde (física e mental) e de assistência social são, devidamente, coordenados para uma melhor imagem do sector.

O modelo EHCH tem três objetivos principais:

- i. Prestar um atendimento personalizado de alta qualidade em lares de idosos;
- ii. proporcionar, sempre que possível, às pessoas que (temporária ou permanentemente) residam em um lar o acesso aos cuidados adequados e aos serviços de saúde adequados no local da sua escolha; e
- iii. permitindo o uso eficaz de recursos, reduzindo transportes desnecessários para hospitais, internações hospitalares e uso de camas, garantindo o melhor atendimento dos residentes.

As condições fundamentais para o sucesso deste modelo são as seguintes:

- i. Cuidado personalizado: Colocar as necessidades da pessoa no centro de todo o trabalho, perguntado “o que é importante para si”, foco em cuidados

personalizados e em processos de planeamento de apoio; Incentivar e apoiar as pessoas a falar sobre os resultados que mais importam para elas; encorajá-las e capacitá-las a assumir todas as responsabilidades que desejarem para administrar os seus próprios cuidados de saúde; e Apoiar os cuidadores e as famílias, reconhecer as suas necessidades, bem como, as do residente, e reconhecê-los a todos como especialistas nos seus próprios cuidados e nas suas vidas.

- ii. Co-produção: Trabalhar com a autoridade local, a comunidade e outros lares de idosos, públicos e privados, para co-projetar e entregar o modelo de cuidado de saúde como parceiros iguais; Reconhecer o valor do setor de lares de idosos em trabalhar ao lado do SNS e o nível de cuidados de saúde prestados por funcionários de assistência social; Adotar uma abordagem integral entre os vários organismos, rompendo as barreiras organizacionais entre saúde, assistência social e VCSE.
- iii. Qualidade: Foco na qualidade como fator impulsionador de mudança; e Uso de evidências clínicas para impulsionar e manter a mudança.
- iv. Liderança: Liderança forte e uma visão partilhada para uma melhor compreensão e relacionamento; e reconhecer as diferenças culturais entre organizações, setores e diferentes pessoas e focar na visão e objetivos partilhados.

O modelo será do interesse de todos os stakeholders. Estes precisam de trabalhar colaborativamente e de forma transversal a toda a organização para oferecer um serviço de alta qualidade com uma boa relação custo-benefício para residentes.

Os 7 elementos de cuidados são os seguintes:

1. *Melhorar o apoio a cuidados primários*

Cada lar faz parte de uma Rede de Cuidados Primários (PCN), que conduz uma "ronda em casa" multidisciplinar semanal – a ser liderada por um clínico com habilitações e conhecimentos para uma avaliação avançada e tomada de decisão clínica; Para permitir a consistência dos cuidados e construir relações de trabalho fortes e acordos de cuidados integrados; Acordo prévio com os indivíduos que serão avaliados; recolher

informações relevantes de cada indivíduo de diferentes fontes / registros; definir datas de revisão para cada indivíduo para um acompanhamento; Planos de atendimento e apoio personalizados – elaborados com base nos princípios da Avaliação Geriátrica Abrangente (CGA) e numa revisão estruturada de medicamentos (SMR); o plano será desenvolvido com a pessoa e com o seu(s) cuidador(es), incluindo, também, familiares na avaliação, quando for o caso, tendo em consideração a capacidade mental, vulnerabilidade ou coerção; Avaliações de medicamentos; Avaliação holística das necessidades e de cuidados personalizados, e processo de planeamento de apoio; Hidratação e suporte nutricional; Saúde oral; Acesso a atendimento fora do horário / urgente quando necessário

2. Apoio da equipa multidisciplinar (MDT), incluindo saúde coordenada e assistência social

Aconselhamento e cuidado especializado para aqueles com necessidades mais complexas; Promoção e gestão de continência; Prevenção e gestão da gripe; Tratamento de feridas - úlceras de perna e pé; e Ajudar profissionais, cuidadores e indivíduos com necessidades a navegar o sistema de saúde de e cuidados

3. Prevenção de quedas e reabilitação, incluindo força e equilíbrio

Serviços de reabilitação / reabastecimento; Quedas, força e equilíbrio; Desenvolver recursos da comunidade para apoiar a resiliência e a independência

4. Cuidados paliativos e de fim de vida de alta qualidade, saúde mental e cuidados para a demência

Cuidados paliativos e de fim de vida; Cuidados de saúde mental; Cuidados com demência

5. Colaboração entre saúde e assistência social

Coprodução com organizações e lares de idosos em rede; Mecanismos contratuais partilhados para promover a integração (incluindo cuidados de saúde continuados); Acesso a opções adequadas de habitação

6. Desenvolvimento dos trabalhadores

Formação e desenvolvimento para os funcionários; Planeamento conjunto do trabalho a nível transversal a toda a empresa

7. *Dados e tecnologia*

Ligação de dados de saúde e assistência social; Acesso ao registo de dados e e-mail seguro; Melhor uso da tecnologia em lares de idosos

Saúde Mental

Os problemas de saúde mental são comuns em pessoas que vivem em lares de idosos. Por exemplo, a depressão é o problema de saúde mental mais comum em idosos, afetando até 40% dos mesmos. Para aqueles que vivem com dificuldades de aprendizagem, problemas de saúde mental são quase o dobro da média geral. No entanto, essas condições são frequentemente subidentificadas, subdiagnosticadas e subtratadas em lares. Algumas ações simples podem ser tomadas para melhorar a identificação e a gestão de problemas de saúde mental que vivem em lares, reduzir o risco de automutilação e suicídio e apoiar o seu bem-estar mental geral.

As melhores práticas incluem: Oportunidades diárias por meio de um estilo de vida saudável, atividades relevantes (por exemplo, música, artes, jardinagem, terapia assistida por animais e atividade física) e um ambiente acolhedor, aproveitando os recursos da comunidade e de outros organismos; A avaliação holística inicial e o planeamento de cuidados e apoios personalizados, realizados na admissão do idoso no lar, devem incluir uma abordagem sistemática e proativa para identificar e registar as necessidades de saúde mental, de acordo com os princípios de um Avaliação Geriátrica Abrangente (CGA), envolvendo sempre a família. Este processo deve ser repetido após apresentar o primeiro / novo sinal e sintoma. A avaliação deve incluir a triagem de condições comuns de saúde mental, como depressão e ansiedade, bem como doenças mentais graves e delírio. Para pessoas com dificuldades significativas de linguagem ou comunicação, por exemplo, pessoas com deficiências sensoriais ou dificuldades de aprendizagem, pode considerar-se o uso de ferramentas como o termômetro de socorro e/ ou pergunte a um membro da família ou cuidador sobre os sintomas da pessoa para identificar um possível transtorno de saúde mental comum; As necessidades biopsicossociais dos indivíduos devem ser registadas no plano de atendimento personalizado, como parte de um registo de atendimento integrado, acessível a todos os

envolvidos no atendimento da pessoas; As pessoas devem ter acesso a serviços especializados de saúde mental para avaliação e gestão de necessidades complexas da mesma, incluindo a gestão de medicamentos. Também deve ser considerado o apoio direto aos funcionários, ajudando a identificar e gerir as suas necessidades de saúde mental, bem como aprimorando-os nos cuidados de saúde mental; Pessoas com necessidades de saúde mental devem ter acesso a uma ampla gama de terapias e serviços de apoio especializados para as suas necessidades psicológicas. Isso pode incluir terapias psicológicas por meio de serviços de Melhoria do Acesso a Terapias Psicológicas (IAPT), incluindo terapia cognitivo-comportamental em grupo ou individual; Formação e desenvolvimento profissional devem ser disponibilizados para ajudar a garantir que os cuidadores, famílias e funcionários do lar se sintam apoiados e confiantes na identificação e gestão das necessidades de saúde mental dos indivíduos e ajudando-os a prevenir a automutilação e o suicídio.

Cuidados com demência

Hoje cerca de 70% de pessoas que vivem em lares de idosos têm demência, uma prevalência que aumentou de 56% em 2002. A maioria dos residentes de lares de idosos que vivem com demência estão nos estágios finais da doença e podem ter dificuldades para comunicar sobre suas necessidades e preferências. Isso pode fazer com que ajam de maneiras consideradas desafiadoras, incluindo agressão. Eles também podem experimentar outras condições de saúde física e mental, por exemplo, fragilidade, diabetes, depressão e delírio. No entanto, apesar de uma prevalência crescente, a demência e o comprometimento cognitivo permanecem subdiagnósticos em lares de idosos, e muitas pessoas que vivem com a doença são admitidas no hospital devido à falta de apoio adequado em instituições de acolhimento e na comunidade.

Várias etapas podem ser tomadas para melhorar a identificação e o tratamento da demência em lares de idosos e para apoiar a manutenção das habilidades cognitivas.

A melhor prática inclui: Oportunidades diárias para os residentes manterem a sua saúde cerebral e habilidades cognitivas por meio de um estilo de vida saudável, atividades

significativas (por exemplo, música, artes, jardinagem, terapia assistida por animais e atividade física) e um ambiente social acolhedor e favorável à demência para todos os residentes e visitantes, valendo-se dos recursos da comunidade e de VCSE, conforme apropriado; Deve haver uma abordagem sistemática e proativa para identificar, diagnosticar e registrar a demência e as necessidades cognitivas em tempo hábil, após a admissão no lar e na primeira apresentação de sinais e sintomas. Isso pode ser alcançado por meio do apoio do clínico geral local e dos serviços comunitários de demência / saúde mental. Ferramentas como DiADeM e DeAR-GP podem ajudar os médicos de clínica geral a encontrar e diagnosticar casos de demência em ambientes residenciais e confirmar se os residentes têm demência ou delírio ou ambos; O diagnóstico de demência e as necessidades holísticas dos indivíduos devem ser registrados num único plano individual personalizado, como parte de um registo de atendimento integrado, acessível a todos os envolvidos no atendimento da pessoa (atenção primária, atenção secundária, assistência social, VCSE e parentes, etc.). O plano de cuidados deve ser desenvolvido em parceria com o residente onde for possível, com a contribuição da família/ cuidador quando apropriado, e incluir plano de cuidados antecipado / necessidades e preferências de cuidados de fim de vida, bem como cronogramas para revisão; Acesso a especialistas em demência / saúde mental para uma melhor avaliação e gestão das necessidades; Acesso a terapias e serviços de pós-diagnósticos: terapia de estimulação cognitiva / reabilitação cognitiva / reminiscência e musicoterapia; Formação e desenvolvimento profissional devem ser uma prioridade para os cuidadores, famílias e funcionários para ajudar estes a sentirem-se apoiados e confiantes na identificação, avaliação e gestão da demência e das necessidades cognitivas em residentes de casas de saúde.

Passos para transformar o princípio em prática

Transformar os princípios de tratamento da demência em práticas que produzem mudanças objetivas e mensuráveis requer um processo, sistema e ferramentas. Especificamente, os principais componentes de um protocolo de melhores práticas de tratamento de demência incluem: i) Avaliação holística das principais experiências e

capacidades de um novo residente no início do atendimento. As áreas importantes a serem avaliadas incluem cognição: Use telas e avaliações cognitivas funcionais para identificar o estágio de demência e as habilidades restantes e História de vida; 2) Planos, intervenções e programas de cuidados terapêuticos individualizados. Planos e programas terapêuticos - tais como aqueles em torno de refeições, atividades da vida diária e bem-estar emocional (também chamado de gerenciamento de comportamento) - devem ser projetados de acordo com as necessidades, capacidades e preferências de cada residente, conforme identificado nas avaliações holísticas. Como resultado, esses serviços devem otimizar a participação de um residente nos cuidados e ter um impacto positivo e mensurável em sua função, saúde, segurança e / ou qualidade de vida; 3) Suporte ambiental. Todo o ambiente físico da instalação - incluindo espaços sociais internos e externos e quartos pessoais - deve ser projetado para incentivar e apoiar a independência, o envolvimento e a segurança entre todos os residentes. Exemplos de práticas: Reduzir a estimulação perturbadora e o excesso de ruído; Incorporar adereços e dicas adequadas às atividades, particularmente aquelas que são de navegação ou orientação por natureza; Identificar maneiras de atender às necessidades exclusivas do idoso, como fornecer níveis mais elevados de luz devido a mudanças na visão normal ou instalar barras de apoio e pisos antiderrapantes para acomodar mudanças no equilíbrio; Equipas interdisciplinares treinadas e colaborativas, com terapeutas especializados em demência, Permanência do pessoal - promove o desenvolvimento de relacionamento; Apoio e envolvimento da família.; Stakeholders: incutir paixão e compromisso.

Boas práticas de gestão

As boas práticas de gestão em lares incluem os seguintes pontos:

- i) A importância de usar uma linguagem centrada na pessoa, ou seja, honrar a individualidade da pessoa e fazer com que o serviço de atendimento se adapte a essa individualidade, tanto quanto possível (Por exemplo, "Eu gosto de cereais / torradas no café da manhã e, ocasionalmente, adoro ter um café

da manhã cozido - sem feijão." versus "ele tem um bom apetite / gosta de qualquer tipo de comida de café da manhã." Esta diferença é significativa pois ajuda os cuidadores a ver a pessoa e, também, cria a oportunidade de o cuidador perceber as mudanças de preferências ao longo do tempo e, conseqüentemente, o plano de cuidados deve evoluir e refletir isso).

- ii) Realizar avaliações regulares de cuidados com o residente e a sua família: Mensal ou trimestral, apenas com o residente ou com ambos. Importante promover uma conversa aberta e com tempo para garantir que todos os aspetos da prestação de cuidados são adequados e para responder a quaisquer alterações ou preferências; Conforme a evolução das necessidades dos residentes, qualquer alteração ou mudança deve ser refletida no plano de cuidados; As avaliações de risco, também, devem ser revistas. A informação sobre o histórico, tarefas, hábitos, preferências, opiniões dos destinatários dos cuidados deve ser solicitada, considerada, atuada e documentada em conformidade.
- iii) Planos de cuidados - papel versus eletrônico: Desvantagens de registo em papel: repetição, duplicação e desperdício de tempo. A nova geração de software de cuidados é movida a dispositivos móveis / PDA, intuitiva (ícones, não palavras para capturar atividades) e bem projetada para gerir riscos, incluindo alertas para mudanças nas condições do individuo; Gestão de riscos - se algo adverso acontece há um alerta. Algumas marcas líderes de monitoramento de cuidados são Person Centered Care (PCS) e Nourish. Se um lar usa planos de cuidados eletrônicos, os benefícios precisam de ser, devidamente, explicados e exemplificados e a equipe precisa de ser consistente com o uso do mesmo.
- iv) Gestão de incidentes / acidentes: Registo de ocorrências, avaliar a situação, decisão conjunta sobre as ações a tomar, informar a família. Definir concretamente o significado de incidente ou acidente dentro da sua organização e equipa: Qual é o limite? Alguns lares definem um acidente como qualquer coisa que cause danos reais (um rasgo na pele) ou algo mais significativo. Outros, por exemplo, residentes que bateram com a cabeça

serão frequentemente monitorados pelas próximas 24 horas e terão seu bem-estar registrado a cada 2 horas para observar qualquer mudança.

Gestão de risco

Nos países desenvolvidos, quase metade de todas as mortes por covid-19 aconteceram em lares de idosos, embora menos de 1% das pessoas vivam neles. No Canadá, 80% de todas as mortes por covid-19 ocorreram em lugares como Camilla (um espaço grande). Na Grã-Bretanha, o vírus matou cerca de 5% de todas as pessoas que vivem nessas instituições. O problema não é apenas a idade dos residentes que os torna particularmente vulneráveis, mas também algumas práticas de gestão que criaram oportunidades para a propagação do vírus. O número de camas em lares de idosos explica 28% da variação nas taxas de mortalidade entre os países europeus e 16% entre os estados americanos, de acordo com um estudo de Neil Gandal e da Universidade de Tel Aviv.

No curto prazo, os lares de idosos precisarão de mais equipamentos de proteção individual, de novas infraestruturas e acessos, bem como de melhor acesso aos testes. Deixando de lado o risco da pandemia, as principais causas de morte em residências de idosos são quedas, fuga (quando um residente confuso deixa uma instituição) e cortes da pele ou úlceras de decúbito (“úlceras de pressão”). Margaret H. Karnick, líder da equipa de profissionais de saúde nacional da Burns & Wilcox, explicou ao *the Economist* que a maioria das mortes "pode ser atribuída à falta de controlo de gestão adequada de risco" e à "falta de políticas, procedimentos e formação adequados."

As condições económicas extraordinárias exacerbaram o stress preexistente na gestão de risco. Algumas instituições líderes de mercado sugerem o monitoramento mais frequente para identificar modelos em risco, controlos de compensação, como sobreposições de modelo e substituições usando modelos alternativos existentes, desenvolver uma governança adequada, transparência, abordagem centrada na validação, ênfase na revisão técnica do modelo, recrutamento de pessoas qualificadas para a gestão do próprio modelo.

Métodos

Participaram quatro empresa de serviço domiciliário em Ontário, Canadá, que implementaram as melhores práticas relacionadas a adultos mais velhos (prevenção de quedas, controle da dor, controle de úlceras venosas na perna). Usando um estudo teórico de fundamentação qualitativa, as entrevistas foram conduzidas com trabalhadores da linha de frente, gerentes e diretores da linha de base (n = 44) e 1 ano depois (n = 40); utilizou-se a codificação aberta, axial e seletiva, e análise de comparação constante.

Resultados

Foi desenvolvido um modelo de disseminação das melhores práticas dentro das organizações de serviço ao domicílio.

As fases de disseminação incluíram (1) compromisso com a mudança, (2) implementação em pequena escala, (3) adaptação local, (4) disseminação interna para múltiplos usuários e sites, e (5) disseminação externa.

Os fatores que facilitaram a progressão através dessas fases foram (1) liderar com paixão e compromisso, (2) estratégias de sustentação e (3) ver os benefícios.

Os líderes de projeto, diretores, gerentes e administração desempenharam papéis vitais na liderança do processo de disseminação. A disseminação ocorreu num contexto de alta rotatividade de funcionários e gerentes, e restrições de tempo e recursos. As principais estratégias de mudança são: educação / formação, avaliação e feedback.

Em relação às considerações práticas do estudo, quase todos os participantes referiram a importância de implementar uma inovação em pequena escala, antes de transferi-la para o resto da organização, bem como, garantir a viabilidade e aplicabilidade da mesma; que a equipa da linha da frente tenha a oportunidades de experimentar, dar feedback e construir um processo de adesão. Outro fator relevante envolve o planeamento, tanto para a disseminação, quanto para a sustentabilidade no início do processo de mudança. Embora o compromisso e a paixão sejam comportamentos consistentes entre os líderes que divulgam as melhores práticas, as evidências mostram que a liderança pode ser desenvolvida e adquirida e não é uma característica inata. O

estudo releva que a formação de liderança pode resultar em melhorias significativas no conhecimento e capacidades. Portanto, é fundamental envolver as equipas de liderança na definição de prioridades para implementar, sustentar e disseminar qualquer tipo de mudança.

O estudo, também, destaca os seguintes pontos: necessidade de garantir os recursos necessários para que as partes interessadas "vejam os benefícios" da disseminação; mecanismos eficientes de auditoria e feedback; investir em registos eletrônicos de saúde.

Discussão

A disseminação das melhores práticas é otimizada através da aplicação das fases de disseminação, alocação de recursos e a implementação de estratégias.

No Reino Unido, embora muitos lares de idosos e serviços locais do SNS tenham programas de formação e desenvolvimento em vigor, estes nem sempre conseguem ser ministrados de forma consistente. As melhores práticas incluem o investimento em desenvolvimento profissional; o aumento da confiança e a proficiência da equipa; Os profissionais de saúde devem ser treinados em competências como o tratamento de feridas, nutrição e quedas, entre outros; Treinar, recrutar e reter cuidadores e enfermeiros. Nos países ricos, o número de prestadores de cuidados precisa de aumentar em 60% até 2040 para manter a proporção atual de cuidadores por idosos, OCDE

O setor dos lares para idosos tem uma taxa de rotatividade de 50%, de acordo com o Bureau of Labor Statistics. A cada 100 contratações, metade deles precisará de ser recontratada para evitar a falta de pessoal.

Quando as pessoas pensam em setores com alta rotatividade, muitas vezes presumem que os restaurantes são os mais atingidos; no entanto, nenhum desses estabelecimentos atingiu as taxas de rotatividade dos lares. Com a rotação de funcionários há consequências negativas que os diretores de lares têm que mitigar: o esgotamento; o impacto negativo no moral dos funcionários; a falta de consistência e qualidade; a diminuição da receita e aumento as despesas da empresa; formas de

diminuir sua taxa de rotatividade; foco no processo de contratação; incentivar o crescimento – formação, comunicação, colaboração, ambiente positivo e de confiança, horários flexíveis, oportunidades na carreira. As pessoas permanecem em empresas onde se sentem respeitadas; melhorar os salários baixos; gestão da carga de trabalho; investimento em tecnologia.

Pesquisadores do Care Research & Technology Center do Instituto de Pesquisa de Demência do Reino Unido, com sede no Imperial College de Londres, estão a fazer experiências com diferentes tipos de tecnologias, nomeadamente sensores infravermelhos e de radar instalados nas casas de pessoas com demência, dispositivos usados por eles como relógios ou scanners cerebrais do tipo aparelhos auditivos. Estes equipamentos podem fornecer dados e alertar, antecipadamente, para alguns problemas. Eles podem captar indícios de agravamento da demência ou doença. Por exemplo, medições de pressão arterial e temperatura e visitas frequentes a casa de banho podem indicar uma infecção do trato urinário (um motivo comum para pessoas com demência acabarem no hospital porque podem demorar para responder aos sintomas). Agora imagine uma casa onde os sensores vigiam todas essas coisas. Eles detetam uma mudança na marcha, apetite ou atividade cedo o suficiente para prever uma queda, desidratação ou depressão. Um dispensador de pílulas inteligente ajuda com a medicação. Um robô companheiro oferece segurança, informações, treinamento do cérebro e companhia. Alguns dos desenvolvimentos científicos e tecnológicos recentes mais atraentes visam ajudar as pessoas com demência. Um produto produzido pela Elovee, uma startup americana, permite que eles tenham conversas simples com um avatar digital estilizado para parecer e soar como um de seus parentes. A ideia é dar segurança durante os momentos de ansiedade ou tédio que ocorrem quando os seus entes queridos não estão por perto.

A tecnologia “nunca substituirá a atenção amorosa de um cuidador”, diz Wilco Achterberg, da Universidade de Leiden. Mas o processamento de dados pode tornar mais fácil descobrir como implantar cuidadores com mais eficiência. A videochamada está a tornar mais fácil para parentes, cuidadores e médicos fazerem check-in com mais frequência. Joan Gallimore, uma senhora de 91 anos que mora sozinha na Inglaterra, diz

que ligar para sua família usando um tablet, que os seus cuidadores lhe deram quando os bloqueios começaram, foi uma revelação. Ela gosta de conversar com as netas.

A adoção de robôs que servem de cuidadores, que registem os hábitos e as necessidades dos clientes, que recolhem data. Por vezes os clientes com demências podem tornar-se mais agitados e ficar mais ansiosos no final da tarde. Os robots podem contribuir para mitigar estes efeitos, tal como melhorar o bem-estar psicológico e social dos clientes. Adicionalmente, os robôs podem ajudar os clientes através das seguintes formas:

- i) Ajudar em pequenas tarefas, como ir buscar bebidas ou comida
- ii) Diminuir a sensação de isolamento através de jogos
- iii) Relembrar os clientes de eventos que tenham
- iv) Os robôs maiores podem ajudar na mobilidade e garantir o transporte aos clientes

Conclusão

Após a elaboração deste estudo, pondera-se que a melhor abordagem social deve ter por base a colaboração e a comunicação continua entre todos os intervenientes (internos e externos) ao lar, onde residentes e colaboradores se sentem a viver na própria casa. Por exemplo, seria interessante introduzir um vestuário informal / confortável / colorido, não ter atividades obrigatórias apenas convites e sugestões, comer em mesas redondas com individuais, ou ter uma decoração acolhedora.

Com o aumento da população idosa e de pessoas com demência, na maioria dos países desenvolvidos será difícil encontrar cuidadores suficientes. Assim, pode-se concluir que é fundamental melhorar os modelos de gestão em lares e as formas convencionais de prestação de cuidados ao domicílio, bem como investir em tecnologia e no uso mais eficiente de pessoal qualificado.

Referências

<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/03/the-framework-for-enhanced-health-in-care-homes-v2-0.pdf>

<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/01/universal-personalised->

care.pdf

[https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-014-0162-](https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-014-0162-4)

[4](https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-014-0162-4)

<https://www.nurseryworld.co.uk/features/article/nursery-management-management-overlooked>

<https://jdisearch.com/best-practices-for-retaining-senior-living-staff/>

<https://www.insurancebusinessmag.com/us/news/specialty-insurance/best-practice-risk-mitigation-for-senior-living-facilities-222310.aspx>

<https://thegreenhouseproject.org/>

<https://hogeweyk.dementiavillage.com/>

“Todos os autores declaram que não há conflitos de interesse.”