

**REVISTA GESTÃO & SAÚDE**  
**JOURNAL OF MANAGEMENT AND HEALTH**

<https://doi.org/10.26512/rgs.v15i2.54430>  
Revista Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785

Recebido: 19.06.2024  
Aprovado: 21.08.2024  
Artigo de Pesquisa

**Jéssica da Costa Tavares**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2678-5972>  
Doutoramento em Políticas Públicas  
Universidade de Aveiro  
Email: [jessicacostatavares@ua.pt](mailto:jessicacostatavares@ua.pt)

**Gonçalo Alves de Sousa Santinha**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4732-5959>  
Doutoramento em Ciências Sociais.  
Universidade de Aveiro.  
Email: [g.santinha@ua.pt](mailto:g.santinha@ua.pt)

**Nelson Fernando Pacheco da Rocha**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3801-7249>  
Doutoramento em Engenharia Eletrotécnica.  
Departamento de Ciências Médicas da  
Universidade de Aveiro.  
Email: [npr@ua.pt](mailto:npr@ua.pt)

**Cuidados de Saúde Amigos da Pessoa Idosa no Serviço Nacional de Saúde: Realidade ou Miragem?****Age-Friendly Healthcare in National Health Service: Reality or Mirage?****Atención Sanitaria Adaptada a Las Personas Mayores en el Servicio Nacional de Salud: ¿Realidad o Miraje?****RESUMO**

O envelhecimento demográfico evidencia a necessidade de adaptação dos sistemas de saúde ao perfil de comorbilidade das pessoas idosas. Contudo, estes encontram-se ainda orientados para situações de doença aguda. Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs um conjunto de Princípios Amigos da Pessoa Idosa que procuram otimizar a prestação de cuidados a esta população. Neste artigo, apresenta-se o resultado de uma avaliação à atual adaptação dos prestadores de cuidados de saúde aos princípios da OMS e dos meios necessários para a sua operacionalização no Serviço Nacional de Saúde, de Portugal. Foi aplicado um questionário aos administradores dos cuidados primários e hospitalares, abrangendo 173 entidades. Foram realizados três estudos de caso, envolvendo 11 entrevistas a atores-chave com intervenção no domínio da saúde. Os resultados mostram que os prestadores analisados não estão adaptados na globalidade aos princípios mencionados, principalmente acerca da formação dos profissionais e do sistema de gestão. Os principais desafios são a falta de recursos humanos e financeiros e as infra estruturas

desadequadas. Como facilitador, é assinalada a colaboração entre os serviços de saúde e sociais e as autoridades locais. É recomendado o desenvolvimento de um sistema de acreditação que incentive a aplicação desses princípios em todo o mundo.

**DESCRITORES:** Cuidados de Saúde Universais; Envelhecimento Demográfico; Saúde da Pessoa Idosa; Serviço Nacional de Saúde; Portugal.

## ABSTRACT

Demographic aging highlights the need to adapt health systems to the comorbidity profile of older people. However, these still are oriented towards situations of acute illness. In this sense, the World Health Organization (WHO) proposed a set of Age-Friendly Principles to optimize care provision for this population. This paper presents the results of an assessment of the current adaptation of healthcare providers to the WHO principles and the means necessary for their implementation in the National Health Service of Portugal. We applied a questionnaire survey to primary and hospital care administrators, covering 173 entities. We carried out three case studies involving 11 interviews with key actors in the health sector. The results show that the providers analyzed are not generally used to the WHO principles, especially concerning professional training and the management system. The main challenges are lacking human and financial resources and inadequate infrastructure. We highlight as a facilitator the collaboration between health and social services and the local authorities. We recommend the development of an accreditation system to encourage the application of these principles worldwide.

**KEYWORDS:** Universal Health Care; Population Dynamics; Health of the Elderly; National Health Programs; Portugal.

## RESUMEN

El envejecimiento demográfico pone de relieve la necesidad de adaptar los sistemas sanitarios al perfil de comorbilidad de las personas mayores. Sin embargo, estos todavía están orientados a situaciones agudas. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso un conjunto de Principios Amigables con las Personas Mayores que buscan optimizar la prestación de atención a esta población. Este artículo presenta los resultados de una evaluación de la adaptación actual de los proveedores de atención médica a los principios de la OMS y los medios necesarios para su operacionalización en el Servicio Nacional de Salud, de Portugal, mediante una encuesta a administradores de atención primaria y hospitalaria, abarcando 173 entidades. Para profundizar el conocimiento del tema, se realizaron tres estudios de caso que incluyeron 11 entrevistas a actores clave en el sector salud. Los resultados muestran que los proveedores analizados no están generalmente adaptados a los principios de la OMS, especialmente en lo que respecta a la formación profesional y al sistema de gestión. Los principales desafíos son la falta de recursos humanos y financieros y una infraestructura inadecuada. Como facilitador, se destaca la colaboración entre los servicios sanitarios y sociales y las autoridades locales. Se recomienda desarrollar un sistema de acreditación que fomente la aplicación de estos principios en todo el mundo.

**DESCRIPTORES:** Atención de Salud Universal; Dinámica Poblacional; Salud del Anciano; Programas Nacionales de Salud; Portugal.

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenómeno demográfico mundial, constituindo um conjunto de desafios para os sistemas de saúde e os decisores políticos. Estes desafios incluem não só um aumento nas despesas públicas em saúde, mas também mudanças estruturais relativas à natureza da prestação de cuidados e à organização dos serviços de saúde<sup>(1)</sup>.

Historicamente, os serviços de saúde foram estruturados em torno do diagnóstico e do tratamento de problemas de saúde agudos, predominantemente as doenças transmissíveis. Hoje, os cuidados de saúde já

não se encontram preparados para gerir eficazmente as necessidades de cuidados de saúde das pessoas idosas<sup>(2)</sup>.

Reconhecendo a necessidade de desenvolver políticas e medidas para garantir a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a prestação de cuidados equitativos, centrados na pessoa e de alta qualidade, a Organização Mundial da Saúde (OMS) formulou, em 2004, três Princípios Amigos da Pessoa Idosa<sup>(3)</sup>, compostos da seguinte forma: (I) Informação, Educação, Comunicação e Formação; (II) Sistema de Gestão de Cuidados de Saúde; e (III) Ambiente Físico. Em 2008, a OMS desenvolveu um conjunto de ferramentas para apoiar a implementação desses princípios, que pode ser utilizado pelos profissionais de saúde para avaliar e adaptar os cuidados às pessoas idosas nos cuidados primários<sup>(4)</sup>.

Apesar da sua formulação em 2004, a literatura científica revela uma escassa implementação dos princípios da OMS nos sistemas de saúde de todo o mundo, onde Portugal não é exceção<sup>(5)</sup>. Com efeito, somente em 2017 é que os princípios da OMS foram incluídos na proposta portuguesa “Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025”, desenvolvida pela Direção-Geral da Saúde, propondo a generalização do projeto da OMS “Centro de Saúde Amigo das Pessoas Idosas”<sup>(6)</sup>. No entanto, ainda não é clara a forma como os princípios da OMS estão a ser implementados nos cuidados de saúde portugueses, bem como o modelo orientador para a sua aplicação eficaz no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Assim, este artigo teve como objetivo avaliar o estado atual da adaptação dos cuidados de saúde aos princípios da OMS e, simultaneamente, assinalar as condições e os recursos necessários para prestar cuidados de saúde amigos das pessoas idosas no SNS.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

O aumento da longevidade é um triunfo para a saúde pública e o resultado do desenvolvimento social e económico. No entanto, com o envelhecimento, aumenta o risco de desenvolver doenças crónicas e incapacidade<sup>(7)</sup>. Embora muitas pessoas possam ter uma vida mais longa, o risco de ter pelo menos uma doença crónica, como hipertensão ou diabetes, aumenta com a idade. Segundo Barros<sup>(8)</sup>, as doenças crónicas são já um dos principais desafios ao sistema de saúde, enquanto fator que pode conduzir ao declínio físico, sensorial e cognitivo, gerando uma maior probabilidade de morbilidade e mortalidade das pessoas idosas. Assim, um doente crónico necessita de monitorização regular do seu estado de saúde, incorrendo num aumento da utilização de cuidados de saúde<sup>(8)</sup>.

Neste sentido, a OMS<sup>(3)</sup> reconhece o papel que os prestadores de cuidados desempenham na saúde das pessoas idosas em todo o mundo e a necessidade de estes se tornarem acessíveis e adaptados às suas necessidades. Assim, desenvolveu um conjunto de Princípios Amigos das Pessoas Idosas que, embora beneficiem principalmente as populações mais velhas, também permitem que as pessoas com limitações funcionais temporárias ou permanentes acedam aos cuidados necessários e mantenham a saúde e a independência.

Os Princípios Amigos das Pessoas Idosas foram criados para servir como um guia para os cuidados de saúde primários, a fim de modificar os serviços clínicos e de gestão, a formação dos profissionais e o ambiente físico, para responder melhor às necessidades das pessoas idosas. Deste modo, os Princípios Amigos da Pessoa Idosa incidem sobre três áreas principais<sup>(3)</sup>:

1. *Informação, Educação, Comunicação e Formação*, os quais incluem a formação dos profissionais em geriatria clínica e as abordagens à educação do utente e familiares;
2. *Sistema de Gestão de Cuidados de Saúde*, isto é, a adaptação dos procedimentos às necessidades especiais das pessoas idosas e o apoio à continuidade dos cuidados através de registos médicos atualizados disponíveis em cada consulta; e
3. *Ambiente Físico*, ou seja, centros limpos e confortáveis que aplicam, na medida do possível, os princípios do design universal.

Nos diversos Estados-membros e outros países fora da União Europeia, a literatura científica mostra preocupação com a prestação de cuidados de saúde amigos da pessoa idosa, os quais estão aplicados no âmbito dos cuidados de saúde primários, secundários e terciários (vulgarmente denominados de cuidados continuados)<sup>(5)</sup>. No entanto, são poucos os estudos científicos que reconhecem exatamente os princípios definidos pela OMS e usam a sua *toolkit*<sup>(4)</sup>, demonstrando possíveis falhas na disseminação do projeto da OMS.

Em Portugal, o Ministério da Saúde, através da Direção-Geral da Saúde, desenvolveu uma Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025<sup>(6)</sup>. Esta estratégia consolida um conjunto de linhas orientadoras de ação a partir de quatro eixos estratégicos: (I) Saúde; (II) Participação; (III) Segurança; e (IV) Medição, Monitorização e Investigação. Neste contexto, importa o eixo da Saúde, que visa à prevenção e à gestão das doenças crónicas, bem como à reorientação do sistema de saúde para responder às necessidades das pessoas idosas. Aqui, são propostas ações que “incentivam a adaptação dos serviços, viabilizando a melhoria dos cuidados, da participação, da independência e da dignidade das pessoas idosas – no sentido de tornar os cuidados amigos das pessoas idosas”<sup>(6)</sup>. Estas ações implicam, entre outras medidas, a generalização do projeto “Centro de Saúde Amigo da Pessoa Idosa”, proposto pela OMS.

Tal situação demonstra que a agenda política na área da saúde, em Portugal, considera as orientações formuladas pela OMS; no entanto, desconhecem-se os mecanismos da sua implementação no contexto português, designadamente no SNS.

### 3 MÉTODO

O estudo foi desenvolvido em duas fases: uma primeira fase dedicada à aplicação de um inquérito por questionário nas entidades de saúde do SNS; e uma segunda fase vertida na realização de três estudos de caso, com recurso a um inquérito por entrevista a atores-chave com intervenção no domínio da saúde.

### 3.1 Primeira fase

Os questionários foram administrados em todas as entidades de saúde do SNS, nomeadamente na Direção Executiva dos cuidados primários (n = 911) e no Conselho de Administração dos hospitais (n = 81). A recolha de dados foi realizada por meio de um inquérito por questionário autoadministrado através da plataforma LimeSurvey. O questionário foi desenvolvido com base na lista de verificação da *toolkit* da OMS<sup>(4)</sup>, adaptada ao contexto português. O mesmo foi enviado para os e-mails institucionais obtidos no site do Ministério da Saúde. Uma breve explicação do âmbito e dos objetivos do estudo foi enviada junto com o questionário. Os serviços centrais das entidades de saúde receberam o questionário e encaminharam-no para as comissões de ética, que analisaram e aprovaram antes de o divulgar pelos administradores.

No que respeita à estrutura, o questionário foi dividido em três secções. As secções dizem respeito aos três princípios da OMS, sendo que, para cada princípio, foi apresentada a respetiva lista de verificação desenvolvida pela OMS: o Princípio da Informação, Educação, Comunicação e Formação inclui 11 critérios sobre a formação dos profissionais em geriatria clínica e as abordagens para a educação dos utentes e familiares; o Princípio do Sistema de Gestão de Cuidados de Saúde inclui 25 critérios que abordam a adaptação dos procedimentos às necessidades especiais das pessoas idosas; e o Princípio do Ambiente Físico também inclui 25 critérios e defende a aplicação dos princípios do design universal. Todas as perguntas usaram uma escala de resposta múltipla, em que foram consideradas as opções “Não”, “Sim” e “Não sei”.

Os dados foram analisados com recurso ao software Statistical Package for Social Sciences, vulgo SPSS, na versão 27.0. Uma análise descritiva (frequências e percentagens) foi realizada para caracterizar a amostra em relação às variáveis em estudo.

### 3.2 Segunda fase

Os estudos de caso centraram-se em três regiões NUTS II, abrangendo duas sub-regiões localizadas no litoral (Centro e Sul) e uma situada no interior de Portugal (Norte). O primeiro estudo de caso insere-se na rede global de cidades amigas das pessoas idosas (um projeto da OMS), na qual se preveem ações de promoção da saúde e de adaptação dos serviços de saúde, e representa um território de elevada densidade populacional. No segundo estudo de caso, foi desenvolvido um número substancial de projetos no domínio dos ambientes amigos das pessoas idosas. O terceiro estudo de caso apresenta um dos índices de envelhecimento mais elevado em nível nacional, representa um território de baixa densidade populacional e dispõe de uma unidade local de saúde (*i.e.*, uma única entidade que gere os cuidados de saúde primários e hospitalares de uma determinada área geográfica).

Nesta fase, procurou-se envolver os decisores com influência direta sobre a implementação de políticas de saúde para compreender as suas perspectivas, não só dos meios necessários para a correta adoção dos princípios da OMS, mas também das limitações que moldam as suas ações. Para o efeito, foram auscultadas as principais partes interessadas, tanto em nível regional como local, designadamente os representantes das administrações regionais de saúde (*i.e.*, descentralização de competências em nível regional), dos agrupamentos de centros de saúde (*i.e.*, *cluster* de unidades de cuidados primários de uma determinada área geográfica), das unidades hospitalares e dos cuidados primários.

Ainda neste contexto, o Decreto-Lei nº 23, de 30 de janeiro de 2019, conferiu novas competências aos governos locais (*i.e.*, municípios) no domínio dos cuidados de saúde primários, incluindo responsabilidades de manutenção, conservação e melhoria das instalações. Assim, os representantes das comunidades intermunicipais (*i.e.*, livre associação de municípios) dos três estudos de caso, com responsabilidades na área da saúde, foram também auscultados.

O processo de recrutamento dos participantes foi realizado por meio do e-mail institucional, acompanhado por uma explicação concisa do estudo, incluindo seus objetivos e a necessária autorização da comissão de ética. O método de recolha de dados envolveu entrevistas individuais semiestruturadas em formato online e presencial. Um guião foi elaborado previamente dividido em quatro blocos: Bloco A – Legitimação da entrevista e considerações éticas; Bloco B – Desenvolvimento; Bloco C – Questões finais; e Bloco D – Agradecimento e validação. O Bloco A começou com uma breve apresentação do entrevistador e do entrevistado, seguida de uma explicação concisa dos objetivos da entrevista e da garantia da confidencialidade e do anonimato. O Bloco B incluiu um conjunto de questões que visavam determinar as condições favoráveis, os condicionantes e os atores envolvidos na operacionalização dos princípios da OMS no SNS. O Bloco C apresentou uma pergunta de síntese para resumir os temas abordados durante a entrevista e destacar os pontos-chave. Por fim, no Bloco D, foi agradecida a colaboração do entrevistado e informada a necessidade de validação da transcrição da entrevista.

Todo o material recolhido foi transcrito manualmente pelos autores e apresentado aos respectivos entrevistados para validação, garantindo a veracidade das suas falas. Para processar os dados, foi aplicada uma técnica de análise de conteúdo, seguindo as etapas definidas por Bardin<sup>(9)</sup>: (I) pré-análise; (II) exploração do material; e (III) tratamento dos resultados. A análise de conteúdo foi realizada com recurso ao software webQDA, que auxiliou na organização do material e na codificação dos dados.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Implementação dos Princípios Amigos da Pessoa Idosa

A atual implementação dos princípios da OMS no SNS foi analisada com base na opinião dos administradores hospitalares e diretores dos cuidados primários sobre a verificação dos critérios definidos na *toolkit* da OMS<sup>(4)</sup> para cada um dos três princípios.

Do total de 173 respostas válidas, 74,6% (n = 129) dos entrevistados exerciam funções nos cuidados primários, e 25,4% (n = 44), nos cuidados hospitalares. Para os cuidados primários, obteve-se uma resposta de 14,2% (n = 129) da amostra total (n = 911) e, para os cuidados hospitalares, obteve-se uma resposta de 54,3% (n = 44) da amostra total (n = 81).

#### 4.1.1 Princípio da Informação, Educação, Comunicação e Formação

Os resultados relativos ao Princípio da Informação, Educação, Comunicação e Formação demonstraram que apenas metade dos critérios está a ser implementada (cf. Quadro 1). Nesta secção, destacam-se a falta de protocolos específicos para avaliação e gestão clínica das pessoas idosas (56,1%, n = 97), a falta de capacitação dos profissionais de saúde (74,6%, n = 129) e demais funcionários (75,7%, n = 131) na comunicação verbal e não verbal e a falta de formação dos profissionais de saúde sobre as quatro principais síndromes geriátricas (52%, n = 90).

Neste sentido, um estudo de Geng et al.<sup>(10)</sup> destaca a necessidade de investir mais na formação profissional de médicos, enfermeiros e assistentes sociais, aumentar a sua experiência clínica com pessoas idosas, melhorar as suas competências de comunicação e fortalecer a simpatia dos profissionais. Da mesma forma, um estudo realizado por Weldingh e Kirkevold<sup>(11)</sup>, considerando os relatos das pessoas idosas e seus familiares, revela a importância de os profissionais estabelecerem uma comunicação holística e individualizada adaptada às pessoas idosas, respeitando o utente, e não focando apenas na tarefa ou no diagnóstico.

**Quadro 1 – Implementação do Princípio da Informação, Educação, Comunicação e Formação**

Item do questionário	Total n (%)		
	Não	Sim	Não sei
Existem instruções e ferramentas para fornecer serviços preventivos, em particular aconselhamento comportamental sobre os três principais fatores de risco (tabagismo, estilo de vida sedentário e alimentação não saudável)?	28 (16,2)	141 (81,5)	4 (2,3)
Existem protocolos específicos para avaliação e gestão clínica de utentes idosos?	97 (56,1)	67 (38,7)	9 (5,2)
Existem protocolos para lidar com questões de abuso de pessoas idosas em casos suspeitos ou confirmados?	74 (42,8)	80 (46,2)	19 (11,0)
Os profissionais de saúde são formados, pela própria entidade, em comunicações verbais e não verbais adequadas às pessoas idosas?	129 (74,6)	35 (20,2)	9 (5,2)

Os restantes colaboradores têm formação, ministrada pela própria entidade, sobre comunicação verbal e não verbal adequada às pessoas idosas?	131 (75,7)	21 (12,1)	21 (12,1)
Os profissionais de saúde são sensibilizados pela própria entidade para o processo normal de envelhecimento e suas características?	60 (34,7)	104 (60,1)	9 (5,2)
Os restantes colaboradores são sensibilizados pela própria entidade para o processo normal de envelhecimento e suas características?	77 (44,5)	74 (42,8)	22 (12,7)
Os profissionais de saúde são treinados pela própria entidade nas quatro síndromes geriátricas (perda de memória, incontinência urinária, depressão e quedas)?	90 (52,0)	70 (40,5)	13 (7,5)
Os profissionais de saúde são capacitados pela própria entidade nas duas doenças crônicas mais prevalentes (diabetes e hipertensão)?	18 (10,4)	148 (85,5)	7 (4,0)
Os profissionais de saúde são capacitados pela própria entidade para prestar serviços preventivos e de aconselhamento sobre os três principais fatores de risco (tabagismo, estilo de vida sedentário e alimentação não saudável)?	45 (26,0)	121 (69,9)	7 (4,0)
Os profissionais de saúde têm conhecimento dos programas de saúde existentes no município, das políticas de saúde dirigidas às pessoas idosas e dos seus direitos?	43 (24,9)	61 (35,3)	69 (39,9)

Fonte: dados da pesquisa, 2024.

#### 4.1.2 Princípio do Sistema de Gestão de Cuidados de Saúde

Ao contrário do observado no princípio anterior, aqui é evidente que a grande maioria (72%) dos critérios não está a ser implementada (cf. Quadro 2). Ressalta-se a ausência significativa de um sistema de prioridade nos balcões de atendimento (72,3%, n = 125) e no agendamento de consultas (86,7%, n = 150), de uma fila exclusiva nos balcões de atendimento (90,2%, n = 156), de um coordenador de cuidados (77,5%, n = 134), de protocolos de triagem específicos (90,8%, n = 157) ou de uma área clínica especializada (87,9%, n = 152), de um sistema de lembrete de consultas (86,1, n = 149), de uma sala exclusiva de tratamento (97,1%, n = 168), de uma área de lazer dedicada (94,2%, n = 163), de um horário específico de atendimento (96,5%, n = 167), de tempo extra para consultas médicas (88,4%, n = 153), da divulgação antecipada dos custos (85,5%, n = 148) e da disponibilidade de um especialista em ética para auxiliar os profissionais e utentes (76,9%, n = 133).

Tais falhas são partilhadas por um estudo de Boltz et al.<sup>(12)</sup>, às quais se somam a falta de protocolos baseados em evidências, o apoio inadequado para a tomada de decisão, os longos tempos de espera, a falta de voluntários e o elevado número de hospitalizações desadequadas. Assim, a adoção de programas de gestão

de cuidados revela-se urgente, à medida que os sistemas de saúde procuram melhorar a coordenação e a integração dos serviços.

**Quadro 2 – Implementação do Princípio do Sistema de Gestão de Cuidados de Saúde**

Item do questionário	Total n (%)		
	Não	Sim	Não sei
Os utentes com mais de 65 anos são aconselhados, examinados, tratados e monitorizados anualmente?	35 (20,2)	123 (71,1)	15 (8,7)
Existe um sistema de prioridade para as pessoas idosas em todos os serviços?	125 (72,3)	41 (23,7)	7 (4,0)
Existe uma fila exclusiva para as pessoas idosas nos balcões de atendimento?	156 (90,2)	16 (9,2)	1 (0,6)
Há voluntários disponíveis para orientar as pessoas idosas através dos diferentes serviços?	9 (20,5) <sup>a</sup>	35 (79,5) <sup>a</sup>	0 (0,0)
São dadas explicações claras às pessoas idosas sobre a toma dos medicamentos prescritos?	8 (4,6)	157 (90,8)	8 (4,6)
Todas as orientações médicas decorrentes da consulta são fornecidas por escrito à pessoa idosa, ao familiar ou ao cuidador?	36 (20,8)	106 (61,3)	31 (17,9)
Existem cuidados de saúde ao domicílio, com profissionais de saúde a deslocarem-se às casas das pessoas idosas, se necessário?	20 (11,6)	152 (87,9)	1 (0,6)
Existe partilha de informação clínica sobre as pessoas idosas entre os diferentes níveis de cuidados?	22 (12,7)	142 (82,1)	9 (5,2)
A entidade de saúde designa um coordenador de cuidados para a pessoa idosa?	134 (77,5)	28 (16,2)	11 (6,4)
Existem protocolos de triagem específicos para as pessoas idosas (e.g., triagem geriátrica)?	157 (90,8)	12 (6,9)	4 (2,3)
Existe uma área clínica multidisciplinar especializada nas pessoas idosas (e.g., geriatria)?	152 (87,9)	9 (5,2)	12 (6,9)
Existe uma lista de cuidadores informais ou respostas sociais disponíveis para as pessoas idosas?	78 (45,1)	66 (38,2)	29 (16,8)
Os cuidadores ou familiares podem acompanhar as pessoas idosas durante todo o processo de cuidado?	14 (8,1)	157 (90,8)	2 (1,2)

Existe um sistema específico de lembrete de consulta para as pessoas idosas?	149 (86,1)	14 (8,1)	10 (5,8)
Existe um sistema que permita a redução dos custos dos cuidados de saúde às pessoas idosas?	115 (66,5)	24 (13,9)	34 (19,7)
Existe um gabinete de enfermagem/sala de tratamento exclusivo para as pessoas idosas?	168 (97,1)	3 (1,7)	2 (1,2)
Existe alguma área e/ou forma de recreação para as pessoas idosas?	163 (94,2)	6 (3,5)	4 (2,3)
Existe uma sala de oração para cada departamento (i.e., agregação de serviços)?	28 (63,6) <sup>a</sup>	16 (36,4) <sup>a</sup>	0 (0,0)
O tempo de espera desde a chegada ao local até a consulta é minimizado para as pessoas idosas?	113 (65,3)	52 (30,1)	8 (4,6)
Existe um horário específico para atendimento das pessoas idosas?	167 (96,5)	4 (2,3)	2 (1,2)
As pessoas idosas têm tempo extra durante a consulta?	153 (88,4)	12 (6,9)	8 (4,7)
Existe um sistema de prioridade para as pessoas idosas no agendamento de consultas?	150 (86,7)	15 (8,7)	8 (4,6)
O valor a ser pago pela prestação de cuidados é divulgado à pessoa idosa na véspera da consulta?	148 (85,5)	11 (6,4)	14 (8,1)
Existe um especialista em ética disponível para aconselhar os profissionais e os utentes sobre questões relacionadas com o cuidado das pessoas idosas?	133 (76,9)	28 (16,2)	12 (6,9)
Existe uma forma acessível para as pessoas idosas avaliarem a sua satisfação para além do livro de reclamações?	85 (49,1)	81 (46,8)	7 (4,0)

Fonte: dados da pesquisa, 2024.

Legenda: <sup>a</sup> Não considera os casos omissos (i.e., opção de resposta não aplicável).

#### 4.1.3 Princípio do Ambiente Físico

Na análise do último princípio da OMS, verificou-se que a maior parte dos critérios (64%) está a ser implementada (cf. Quadro 3). Contudo, os resultados sobressaem a falta de vagas de estacionamento exclusivo para as pessoas idosas (86%, n = 147), de piso antiderrapante em todas as áreas (51,5%, n = 88), de portas com abertura nos dois sentidos (82,4%, n = 140), de supervisão no uso da casa de banho (62,4%, n = 106), de disponibilidade de tecnologias de apoio (64,2%, n = 106) e de telefones gratuitos (73,2%, n = 123), de pontos de água gratuitos (63,2%, n = 108) e *snacks* (69,1%, n = 114).

Embora este seja o princípio que mais critérios cumpre, um estudo desenvolvido por Tavares, Grácio e Nunes<sup>(13)</sup>, que analisa a acessibilidade física de um hospital localizado na região centro de Portugal, contradiz

os resultados positivos aqui alcançados. O estudo concluiu que mais da metade dos critérios avaliados não estavam a ser implementados, sugerindo que o desenho e as tecnologias de apoio eram escassas face às necessidades, à complexidade e à especificidade das pessoas idosas. Esta discrepância pode ser resultado dos recursos existentes, da gestão dos espaços e do foco dado à atividade física e à promoção da independência das pessoas idosas em cada entidade de saúde.

**Quadro 3 – Implementação do Princípio do Ambiente Físico**

Item do questionário	Total n (%)		
	Não	Sim	Não sei
Há sinalização em todas as áreas importantes (salas de espera, gabinetes, corredores, casas de banho)?	10 (5,8)	159 (92,4) <sup>a</sup>	3 (1,7)
O tamanho da fonte na sinalização é grande e em negrito para melhor visibilidade?	36 (20,9) <sup>a</sup>	132 (76,7) <sup>a</sup>	4 (2,3)
Todas as palavras e sinais estão escritos em português?	1 (0,6)	167 (97,7) <sup>a</sup>	3 (1,8) <sup>a</sup>
Os profissionais são facilmente identificáveis através de placas de identificação ou roupas?	32 (18,7) <sup>a</sup>	137 (80,1) <sup>a</sup>	2 (1,2)
Existem lugares de estacionamento destinados exclusivamente a pessoas idosas?	147 (86,0) <sup>a</sup>	19 (11,1) <sup>a</sup>	5 (2,9)
Existe estação rodoviária e/ou ferroviária próxima à entidade de saúde?	36 (21,2) <sup>a</sup>	131(77,1) <sup>a</sup>	3 (1,8)
Existe entrada adaptada para as pessoas idosas (e.g., piso nivelado, rampa, corrimão)?	14 (8,2) <sup>a</sup>	155 (90,6) <sup>a</sup>	2 (1,2)
Existe boa iluminação dentro e fora dos espaços (e.g., luz natural, luz branca artificial)?	11 (6,4)	160 (92,5)	2 (1,2)
Todas as portas são largas (porta de entrada: ≥ 0,90 m; portas interiores: ≥ 0,80 m)?	16 (9,2)	148 (85,5)	9 (5,2)
Existem elevadores disponíveis em todos os andares?	16 (12,5) <sup>a</sup>	108 (84,4) <sup>a</sup>	4 (3,1) <sup>a</sup>
Os elevadores e corredores são largos e espaçosos para que as pessoas possam se movimentar facilmente (elevador: 1,10 m de largura x 1,40 m de profundidade; corredor: ≥ 1,20 m de largura)?	17 (11) <sup>a</sup>	134 (86,5) <sup>a</sup>	5 (2,6) <sup>a</sup>
O interior da entidade não é complexo e o acesso às diferentes áreas é fácil (e.g., sinais de demarcação, sinais de identificação)?	33 (19,1)	138 (79,8)	2 (1,2)

Existe um número suficiente de cadeiras nas salas de espera (mínimo de 20)?	25 (15,1) <sup>a</sup>	138 (83,1) <sup>a</sup>	2 (1,8) <sup>a</sup>
Os pisos são antiderrapantes em todas as áreas (e.g., gabinetes, corredores, casas de banho)?	88 (51,5) <sup>a</sup>	68 (39,8) <sup>a</sup>	15 (8,8) <sup>a</sup>
Existem barras de apoio nas escadas em todos os andares?	41 (29,9) <sup>a</sup>	92 (67,2) <sup>a</sup>	4 (2,9) <sup>a</sup>
As casas de banho estão disponíveis em todas as áreas importantes e em todos os andares?	16 (9,5) <sup>a</sup>	150 (89,3) <sup>a</sup>	2 (1,2)
Os pisos da casa de banho estão sempre limpos e secos?	24 (14,0) <sup>a</sup>	134 (77,9) <sup>a</sup>	14 (8,1)
Existem barras de apoio em todas as casas de banho?	78 (45,9) <sup>a</sup>	76 (44,7) <sup>a</sup>	16 (9,4) <sup>a</sup>
Existe vigilância e acompanhamento das pessoas idosas quando utilizam a casa de banho?	106 (62,4) <sup>a</sup>	50 (29,4) <sup>a</sup>	14 (8,2) <sup>b</sup>
As casas de banho têm portas que abrem nos dois sentidos?	140 (82,4) <sup>a</sup>	20 (11,8) <sup>a</sup>	10 (5,9) <sup>a</sup>
As tecnologias de apoio estão disponíveis para as pessoas idosas (e.g., auxílios para caminhar, alimentação, higiene, comunicação)?	106 (64,2) <sup>a</sup>	45 (27,3) <sup>a</sup>	14 (8,5) <sup>a</sup>
Existe telefone ou telemóvel disponível para uso das pessoas idosas?	123 (73,2) <sup>a</sup>	35 (20,8) <sup>a</sup>	10 (6,0) <sup>a</sup>
Existem pontos de água gratuitos para as pessoas idosas?	108 (63,2) <sup>a</sup>	55 (32,2) <sup>a</sup>	8 (4,7) <sup>a</sup>
Há <i>snacks</i> disponíveis para as pessoas idosas?	114 (69,1) <sup>a</sup>	46 (27,9) <sup>a</sup>	5 (3,0) <sup>a</sup>

Fonte: dados da pesquisa, 2024.

Legenda: <sup>a</sup> Não considera os casos omissos (i.e., opção de resposta não aplicável).

## 4.2 Meios necessários para a implementação efetiva dos Princípios Amigos da Pessoa Idosa

A par da avaliação da atual implementação dos princípios da OMS no SNS, foram identificados os facilitadores, as barreiras e os atores que devem ser envolvidos neste processo, tendo em conta a opinião dos entrevistados dos três estudos de caso.

No total, foram realizadas onze entrevistas com representantes de entidades de saúde (n = 2 administrações regionais de saúde; n = 3 agrupamentos de centros de saúde, n = 2 unidades hospitalares; e n = 1 unidade local de saúde) e do governo local (n = 3).

### 4.2.1 Condições favoráveis

Neste contexto, os entrevistados centraram-se principalmente em aspetos relacionados com o *network*, tanto entre os prestadores de cuidados de saúde como entre estes e os atores da comunidade, nomeadamente os bombeiros (para transportes) e as autarquias locais (para acesso aos cuidados e requalificação dos espaços).

Posteriormente, abordaram aspectos relacionados com o sistema de gestão, incluindo a existência do Registo de Saúde Eletrónico para comunicação entre os cuidados primários e hospitalares, a criação das unidades locais de saúde para integração dos cuidados primários e hospitalares, a realização de reuniões, envolvendo organizações de saúde, o Ministério da Saúde, a Administração Central e as Administrações Regionais para identificação das necessidades, e a inclusão das comunidades intermunicipais nas reuniões do Conselho de Administração hospitalar para a tomada de decisão participativa.

De igual modo, foi mencionada a formação dos prestadores de cuidados de saúde, com referência à existência de centros de formação no âmbito dos agrupamentos de centros de saúde, à formação dos médicos em geriatria nos cuidados paliativos e continuados e à facilitação de estágios profissionais para aumento dos recursos humanos. No que diz respeito ao ambiente físico, foi dada ênfase à criação de novos centros de saúde com o apoio de fundos comunitários e acordos-quadro do governo e do Ministério da Saúde, bem como ao fundo ambiental para aquisição de veículos elétricos. Aqui, a região do litoral sul sublinhou as diferenças na atribuição do financiamento comunitário, notando que a sua região parecia menos favorecida em comparação com as outras. Por último, os entrevistados destacaram a mais-valia da formulação da *toolkit* da OMS<sup>(4)</sup> e sugeriram a criação de um programa nacional com recomendações para facilitar a implementação dos princípios da OMS no SNS.

#### 4.2.2 Principais limitações

As principais limitações foram encontradas em nível dos recursos humanos. Por um lado, os entrevistados mencionaram não ter tempo para se dedicarem a novos projetos ou formação específica devido ao elevado número de utentes afetados. Por outro lado, criticam o baixo número de profissionais de saúde no SNS (como médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas), atribuindo-o ao elevado número de reformas e à falta de profissionais de saúde que trabalhem exclusivamente no setor público. Neste contexto, os entrevistados queixaram-se da falta de autonomia da administração para contratar profissionais de saúde, pois muitas vezes têm de esperar pela autorização do Ministério das Finanças, o que agrava a questão da escassez de recursos humanos.

Outro aspecto mencionado diz respeito às disparidades regionais. A região do interior observou que a sua zona é a mais afetada pela falta de recursos humanos, uma vez que estes territórios são menos atrativos e carecem de políticas que incentivem a fixação de profissionais de saúde. O ambiente físico foi considerado uma limitação devido à falta de espaço extra para implementar melhorias (e.g., criação de áreas de lazer dedicadas e vagas específicas de estacionamento), bem como ao número insuficiente de veículos para prestar cuidados de saúde ao domicílio.

Foram também discutidas as limitações financeiras, nomeadamente o baixo orçamento atribuído à área da saúde e a falta de autonomia financeira dos agrupamentos de centros de saúde, que dependem inteiramente da autorização da Administração Regional de Saúde. Por último, os entrevistados destacaram a falta de

alfabetização das pessoas idosas, o que dificulta o seu envolvimento em programas e projetos que lhes são dirigidos, e a falta de integração entre as iniciativas comunitárias e os cuidados de saúde.

Estes desafios refletem-se à escala internacional, uma vez que a falta de pessoal e as elevadas cargas de trabalho foram citadas por profissionais de saúde, pessoas idosas e cuidadores como áreas críticas que requerem melhorias para prestar cuidados de saúde aos amigos das pessoas idosas<sup>(14-15)</sup>. As restrições financeiras também desempenham um papel fundamental em nível mundial, tornando difícil adaptar as entidades de saúde ao projeto da OMS, especialmente no que diz respeito às modificações no ambiente físico<sup>(16)</sup>.

#### 4.2.3 Atores envolvidos

Os entrevistados destacaram atores de cinco esferas principais: saúde; social; política; académica; e segurança. Entre os atores diretos, a esfera da saúde incluiu o Ministério da Saúde, a Direção-Geral da Saúde, a Administração Regional de Saúde, os agrupamentos de centros de saúde e os cuidados primários e hospitalares. Como atores indiretos, destacou-se a esfera política, que englobava as autarquias locais (municípios), seguida da esfera social, que incluía instituições de solidariedade social, centros paroquiais, redes de vizinhança e o Instituto de Segurança Social. A esfera académica incluiu as universidades e os institutos politécnicos, e a esfera da segurança incluiu a Guarda Nacional Republicana e a Polícia Municipal. Esta rede de colaboração reflete o Princípio da Saúde em Todas as Políticas, da Declaração de Helsínquia, que enfatiza que todas as políticas públicas e tomadas de decisões em todos os setores e níveis de governação podem ter um impacto significativo na saúde da população, na equidade em saúde e na capacidade dos sistemas de saúde para proteger e responder às necessidades de cuidados de saúde<sup>(17)</sup>. Os entrevistados reconhecem, assim, o papel primordial do setor da saúde, enquanto reconhecem o impacto específico e sinérgico das ações de outros setores da sociedade nas condições de saúde e na equidade. Esta abordagem política foi também adotada em nível local em países norte-americanos e europeus, conforme indicado por Guglielmin et al.<sup>(18)</sup>.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças demográficas nas últimas décadas aumentaram a necessidade de intervenção nos sistemas de saúde, com vista à promoção do envelhecimento saudável e à prestação de cuidados de saúde amigos das pessoas idosas. Este estudo apresenta o resultado de uma avaliação à atual adaptação das entidades prestadoras de cuidados do SNS aos princípios da OMS, bem como os meios necessários à sua correta operacionalização. Os resultados indicam que os prestadores de cuidados de saúde analisados não se encontram adaptados na globalidade aos princípios da OMS, sendo necessárias novas formas de incentivar e apoiar a sua implementação no SNS. Os principais desafios identificados prendem-se à falta de recursos humanos e financeiros e às infra estruturas desadequadas. Como possível facilitador à sua implementação, foi identificada a forte colaboração entre os serviços de saúde, os serviços sociais e as autoridades locais.

No que respeita a recomendações, destaca-se o desenvolvimento de um programa de formação geral para profissionais de saúde e pessoal administrativo, abrangendo estratégias de comunicação verbal e não verbal e de prevenção das quatro síndromes geriátricas. De igual modo, recomenda-se a criação de um sistema de prioridade no atendimento da população idosa e de um protocolo de triagem específico que avalie as pessoas idosas de forma holística. Outro aspeto crucial prende-se com a adaptação dos espaços físicos às necessidades de todos os utentes.

Além disso, destaca-se a criação de ferramentas de avaliação e monitorização do projeto da OMS no SNS. Por último, sugere-se a criação de um sistema de acreditação para cuidados de saúde amigos da pessoa idosa, semelhante a outras iniciativas globais (e.g., a Rede Global das Cidades e Comunidades Amigas das Pessoas Idosas e a Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés). Esta acreditação pode aumentar o interesse e a motivação das entidades de saúde em aderir a esta rede e promover a integração dos princípios da OMS nos sistemas de saúde em todo o mundo.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos o apoio financeiro da Unidade de Investigação em Governança, Competitividade e Políticas Públicas (UIDB/04058/2020) + (UIDP/04058/2020), financiada por fundos nacionais através da FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

## REFERÊNCIAS

1. Yang Y, Zheng R, Zhao L. Population aging, health investment and economic growth: based on a cross-country panel data analysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [citado em 2024 jul. 9];18(4):1801. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18041801>
2. Wong KS, Ryan DP, Liu BA. A system-wide analysis using a senior-friendly hospital framework identifies current practices and opportunities for improvement in the care of hospitalized older adults. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2014 [citado em 2024 jul. 9];62(11):2163-2170. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.13097>
3. Organização Mundial da Saúde. Towards age-friendly primary health care [Internet]. Genebra: OMS; 2004 [citado em 2023 mar. 10]. Disponível em: [https://www.emro.who.int/images/stories/elderly/documents/towards\\_age\\_freindly\\_phc.pdf?ua=1](https://www.emro.who.int/images/stories/elderly/documents/towards_age_freindly_phc.pdf?ua=1)
4. Organização Mundial da Saúde. Age-friendly primary health care centres toolkit [Internet]. Genebra: OMS; 2008 [citado em 2023 mar. 10]. Disponível em: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Age-friendly-Primary-Health-Care-toolkit.pdf>
5. Tavares J, Santinha G, Rocha NP. Age-friendly health care: a systematic review. *Healthcare* [Internet]. 2021 [citado em 2024 jul. 9];9(1):83. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare9010083>
6. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017–2025 [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2017 [citado em 2023 mar. 10]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
7. Santinha G, Marques S. Repensando o fenómeno do envelhecimento na agenda política das cidades: a importância da promoção da mobilidade de pedestres. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2013 [citado em 2024 jul. 9];16(2):393-400. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000200019>

8. Barros PP. Pela sua saúde. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2013.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Reto LA e Pinheiro A, tradutores. Lisboa: Edições 70; 2002.
10. Geng H, Wang Q, Cui J, Gu Q, Long J. Management and organization construction status and development suggestions of aged-friendly medical institutions in mainland China. *Aging Med* [Internet]. 2022 [citado em 2024 jul. 9];5(2):113-119. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/agm2.12209>
11. Weldingh NM, Kirkevold M. What older people and their relatives say is important during acute hospitalisation: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2022 [citado em 2024 jul. 9];22:578. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07981-9>
12. Boltz M, Parke B, Shuluk J, Capezuti E, Galvin JE. Care of the older adult in the emergency department: nurses views of the pressing issues. *Gerontologist* [Internet]. 2013 [citado em 2024 jul. 9];53(3):441-453. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/gnt004>
13. Tavares J, Grácio J, Nunes L. Assessment of hospital environments and policies: seeking an age-friendly hospital. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 [citado em 2024 jul. 9];20(2):255-259. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160095>
14. McClelland M, Sorrell J. Enhancing care of older adults in the emergency department: old problems and new solutions. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* [Internet]. 2015 [citado em 2024 jul. 9];53(3):18-21. Disponível em: <https://doi.org/10.3928/02793695-20150127-01>
15. Kelley M, Parke B, Jokinen N, Stones M, Renaud D. Senior-friendly emergency department care: an environmental assessment. *J Health Serv Res Policy* [Internet]. 2011 [citado em 2024 jul. 9];16(1):6-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2010.009132>
16. Hanson HM, Warkentin L, Wilson R, Sandhu N, Slaughter SE, Khadaroo RG. Facilitators and barriers of change toward an elder-friendly surgical environment: perspectives of clinician stakeholder groups. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017 [citado em 2024 jul. 9];17:596. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2481-z>
17. Green L, Ashton K, Bellis MA, Clemens, T, Douglas M. 'Health in all policies' — a key driver for health and well-being in a post-COVID-19 pandemic world. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [citado em 2024 jul. 9];18:9468. Disponível em: <https://doi.org/10.3390%2Fijerph18189468>
18. Guglielmin M, Muntaner C, O'Campo P, Shankardass K. A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level. *Health Policy* [Internet]. 2018 [citado em 2024 jul. 9];122(3):284-292. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.12.005>

## PARTICIPAÇÃO DOS AUTORES DO ARTIGO ORIGINAL

**Autor 1:**Trabalhou na concepção teórica, coleta de dados, análise de dados e elaboração e redação final do texto.

**Autor 2:** Trabalhou na concepção teórica, análise de dados e redação final do texto.

**Autor 3:** Trabalhou na concepção teórica, análise de dados e redação final do texto.

## CURRÍCULO DOS AUTORES

### Jéssica da Costa Tavares

Mestrado em Administração e Gestão Pública. Licenciatura em Gerontologia. Bolseira de Doutorado na Unidade de Investigação em Governança, Competitividade e Políticas Públicas da Universidade de Aveiro.

### **Gonçalo Alves de Sousa Santinha**

Doutoramento em Ciências Sociais. Mestrado em Inovação e Políticas de Desenvolvimento. Licenciatura em Planeamento Regional e Urbano. Professor Associado com Agregação no Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro. Investigador efetivo na Unidade de Investigação em Governança, Competitividade e Políticas Públicas da Universidade de Aveiro.

### **Nelson Fernando Pacheco da Rocha**

Doutoramento em Engenharia Eletrotécnica. Licenciatura em Engenharia Eletrônica e Telecomunicações. Professor Catedrático no Departamento de Ciências Médicas da Universidade de Aveiro. Investigador integrado no Instituto de Engenharia Electrónica e Telemática de Aveiro.