

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**  
**Escola Superior de Gestão e Tecnologia**



**POLITÉCNICO  
DE SANTARÉM**

**Modelo de Gestão Aplicado à Mitigação de Riscos na  
Desidratação em Idosos Institucionalizados  
Estudo de caso numa Estrutura Residencial para Idosos**

**Trabalho de Projeto Aplicado**

**Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde**

**Ana Patrícia Lavareda de Carvalho**

**Orientação:**

**Marta Maria Gonçalves Rosa**

**Marco José Barbas Pinto**

Julho, 2024

“Somente os livros podem dar aos jovens a sabedoria dos idosos.”

(Gustavo Jimenes)

*À minha família,*

*É com gratidão que dedico este trabalho de mestrado a vocês. Todo o apoio, encorajamento constante e amor incondicional que recebi ao longo desta jornada foram as forças motrizes por trás da minha conquista. Cada membro da minha família desempenhou um papel crucial na minha procura pelo conhecimento, inspirando-me a superar desafios e a alcançar este marco significativo.*

*Com carinho,*

*Patrícia Carvalho*

## **AGRADECIMENTOS**

*Este projeto só foi possível graças ao envolvimento de diversas pessoas e organizações, a quem expresso a minha sincera gratidão:*

*Ao Instituto Politécnico de Santarém, especialmente à Escola Superior de Gestão e Tecnologia, e a todos os professores do Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde, pela capacitação académica essencial para a realização deste projeto. Destaco particularmente a Professora Doutora Sandra Oliveira, coordenadora do curso de mestrado, pelo acompanhamento, apoio incondicional e constante motivação. Muito obrigada!*

*À Professora Doutora Marta Rosa, minha orientadora, pela orientação técnica e científica, pela disponibilidade e pelo incentivo que me proporcionou em cada etapa deste trabalho. A sua confiança e estímulo foram fundamentais para a conclusão deste projeto.*

*Ao Professor Marco Pinto, coorientador, pela sua valiosa colaboração e sabedoria, especialmente num dos momentos críticos do desenvolvimento do estudo.*

*A todos os colaboradores da Associação do Hospital Civil e Misericórdia de Alhandra, em especial à nutricionista Dra. Sofia Sousa e à Enfermeira Chefe Carla Madeira, pela disponibilidade e apoio essencial na realização deste estudo.*

*A todos os colegas que compartilharam este mestrado comigo. Foi um prazer conhecê-los e dividir trabalhos, histórias e momentos diversos.*

*Aos meus colegas do serviço de Medicina Transfusional do Hospital de Egas Moniz, pelo suporte contínuo e reforço positivo.*

*À minha amiga Dora Salvador, pelo apoio inestimável, pelas longas conversas e pelas incontáveis horas de diálogo que me ajudaram a perseverar. A sua amizade e compreensão foram fundamentais.*

*Em particular, aos meus pais e irmã, que sempre foram os meus grandes pilares, por estarem sempre presentes e apoiarem-me incondicionalmente.*

*Aos meus filhos Bernardo e Benedita. Apesar de jovens, foram grandes em pensamento. Souberam apoiar e compreender as minhas ausências e perceberam que nada se consegue sem esforço e determinação.*

*Terminando de maneira excelente, a ti, Paulo, pelo apoio constante em todos os momentos. Seguimos juntos nesta jornada que é a vida!*

**MUITO OBRIGADA!**

## **ABREVIATURAS/ACRÓNIMOS/SIGLAS**

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality  
AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária  
AVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária  
DM – Diabetes Mellitus  
DP – Desvio Padrão  
ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas  
Et al. – entre outros  
GAQGR – Gabinete de Auditoria, Qualidade e Gestão de Risco  
GEP – Gabinete de Estratégia e Planeamento  
HSOPSC - Hospital survey on patient safety culture  
HTA – Hipertensão arterial  
IMC – Índice de massa corporal  
IPQ – Instituto Português da Qualidade  
IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social  
ISO – International Organization Standardization  
JCI - Joint Commission International  
NP – Norma Portuguesa  
ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável  
OE - Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PI – Pessoas Idosas  
Q1 – Quartil 1  
Q2 – Quartil 2  
RH – Recursos Humanos  
RSES – Rede de Serviços e Equipamentos Sociais  
SAD – Serviços de apoio domiciliário  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
SU – Serviço de Urgência  
SWOT - strenghts, weaknesses, opportunities e threats  
VFX – Vila Franca de Xira

## **MODELO DE GESTÃO APLICADO À MITIGAÇÃO DE RISCOS NA DESIDRATAÇÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS. ESTUDO DE CASO NUMA ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA IDOSOS**

**Introdução:** Este projeto aborda a desidratação em idosos institucionalizados numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas. Com o envelhecimento mundial acelerado, é crucial promover um envelhecimento saudável. O estudo foca-se na gestão de risco da desidratação.

**Objetivos:** Analisar o modelo de gestão de risco na prevenção da desidratação, identificar fatores de risco, avaliar estratégias e propor medidas preventivas.

**Metodologia:** Revisão da literatura e estudo de caso observacional com 193 idosos, utilizando dados clínicos e uma grelha de observação. Análise estatística com o software R.

**Resultados:** A idade média dos residentes é 84 anos, predominando as mulheres. A desidratação prevaleceu nos homens. 83 residentes demonstraram consciência da sede, principalmente sem doenças cognitivas. A equipa de ação direta foi crucial na monitorização da ingestão de líquidos.

**Conclusão:** Uma gestão eficaz da hidratação exige uma abordagem multidisciplinar personalizada. A instituição usa eficientemente o software MySenior e oferece formação contínua, enfrentando desafios como a falta de recursos humanos e aproveitando oportunidades.

**Palavras-chave:** desidratação, ERPI, fatores de risco, gestão de risco, idosos.

## **MANAGEMENT MODEL APPLIED TO MITIGATING RISKS OF DEHYDRATION IN INSTITUTIONALIZED ELDERLY PEOPLE. CASE STUDY IN A RESIDENTIAL STRUCTURE FOR THE ELDERLY**

**Introduction:** This project addresses dehydration in institutionalized elderly individuals in a Residential Structure for the Elderly. With the accelerated global aging, it is crucial to promote healthy aging. The study focuses on dehydration risk management.

**Objectives:** To analyze the risk management model for preventing dehydration, identify risk factors, evaluate strategies, and propose preventive measures.

**Methodology:** Literature review and observational case study with 193 elderly individuals, using clinical data and an observation grid. Statistical analysis with R software.

**Results:** The average age of residents is 84 years, with a predominance of women. Dehydration was more prevalent in men. 83 residents demonstrated awareness of thirst, mainly without cognitive disorders. The direct action team was crucial in monitoring fluid intake.

**Conclusion:** Effective hydration management requires a personalized multidisciplinary approach. The institution efficiently uses the MySenior software and offers continuous training, addressing challenges such as lack of human resources and taking advantage of opportunities.

**Keywords:** dehydration, elderly, ERPI, risk factors, risk management.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>IV</b>
<b>ABREVIATURAS/ACRÓNIMOS/SIGLAS</b> .....	<b>V</b>
<b>MODELO DE GESTÃO APLICADO À MITIGAÇÃO DE RISCOS NA DESIDRATAÇÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS. ESTUDO DE CASO NUMA ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA IDOSOS</b> .....	<b>VI</b>
<b>MANAGEMENT MODEL APPLIED TO MITIGATING RISKS OF DEHYDRATION IN INSTITUTIONALIZED ELDERLY PEOPLE. CASE STUDY IN A RESIDENTIAL STRUCTURE FOR THE ELDERLY</b> .....	<b>VII</b>
<b>ÍNDICE</b> .....	<b>VIII</b>
<b>ÍNDICE DE QUADROS</b> .....	<b>XI</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	<b>XII</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b> .....	<b>XIII</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b> .....	<b>XIV</b>
<b>0. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I – FASE CONCEPTUAL</b> .....	<b>3</b>
1.1. DEFINIÇÃO GERAL DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO / OPORTUNIDADE DE MELHORIA .....	3
1.3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO .....	5
1.4. OBJETIVO GERAL .....	5
1.5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
1.6. JUSTIFICAÇÃO DO TEMA .....	6
<b>CAPÍTULO II – REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>9</b>
2.1. RESPOSTA SOCIAL DE SUPORTE AO IDOSO.....	9
2.2. MODELO DE REDE DE CUIDADOS FORMAIS EM PORTUGAL.....	10
2.3. ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS – A SOLUÇÃO.....	13
2.4. ÁGUA É VIDA – IMPORTÂNCIA DA INGESTÃO DE ÁGUA .....	14
2.8. FATORES DE RISCO NA DESIDRATAÇÃO DE PESSOAS IDOSAS.....	18
2.9. IMPACTO DA DESIDRATAÇÃO NA SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS – MEDIDAS PREVENTIVAS .....	20
2.10. FATORES DE RISCO .....	25
2.11. RISCO.....	26
2.11.1. <i>Pensamento Baseado em Risco</i> .....	26
2.11.2. <i>Gestão do Risco</i> .....	27

---

2.11.3. Gestão do Risco em ERPI.....	31
2.11.3.1. Perceções dos Profissionais de Saúde sobre Cultura de Segurança .....	32
2.11.3.2. Intervenções para Melhorar a Segurança nas ERPI .....	32
2.11.3.3. Cultura de Segurança em ERPI .....	33
2.11.3.4. Desafios na Qualidade e Segurança no Trabalho em ERPI .....	34
<b>CAPÍTULO III – FASE METODOLÓGICA .....</b>	<b>36</b>
3.1. CARACTERIZAÇÃO DA ERPI EM ESTUDO.....	38
3.1.1. Missão.....	39
3.1.2. Visão.....	39
3.1.3. Valores .....	39
3.1.4. Estrutura Organizacional .....	40
3.2. ESTUDO DE CASO .....	41
3.3. POPULAÇÃO .....	42
3.4. VARIÁVEIS EM ESTUDO .....	43
3.4.1. Variável dependente .....	43
3.4.2. Variável independente .....	44
3.5. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS .....	44
3.5.1. Dados secundários .....	44
3.5.2. Dados primários .....	45
3.5.2.1. Grelha de observação.....	46
3.5.2.2. Focus Group.....	47
3.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	48
3.7. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	49
<b>CAPÍTULO IV – FASE EMPÍRICA.....</b>	<b>50</b>
4.1. RESULTADOS E ANÁLISE DE DADOS.....	50
4.1.1. Dados Quantitativos - Caracterização sociodemográfica e de saúde.....	50
4.1.2. Dados Qualitativos - Grelha de Observação .....	56
4.1.2.1. Fatores fisiológicos e de saúde.....	57
4.1.2.2. Fatores institucionais .....	59
4.1.2.3. Fatores ambientais .....	62
4.1.2.4. Fatores comportamentais .....	65
4.1.2.5. Barreiras na comunicação .....	66
4.1.2.6. Otimização da gestão com <i>software</i> avançado .....	66
4.2. DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS .....	67
4.2.1. Análise SWOT.....	67
4.2.1.1. Pontos Fortes ( <i>Strengths</i> ):.....	67
4.2.1.2. Pontos fracos ( <i>Weaknesses</i> ):.....	68
4.2.1.3. Oportunidades ( <i>Opportunities</i> ): .....	68

---

4.2.1.4. Ameaças ( <i>Threats</i> ):.....	68
4.3. SUSTENTABILIDADE NAS PRÁTICAS DE GESTÃO.....	70
4.4. CONCLUSÕES .....	71
<b>5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....</b>	<b>75</b>
<b>6. PERSPETIVAS FUTURAS .....</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO I – ORGANOGRAMA DA INSTITUIÇÃO.....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO II – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA .....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DO CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO DO PROJETO .....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO IV – INDIVIDUAIS PERSONALIZADOS .....</b>	<b>97</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>99</b>
<b>APÊNDICE I – GRELHA DE OBSERVAÇÃO .....</b>	<b>100</b>
<b>APÊNDICE II - GUIÃO DE ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO DA GRELHA DE OBSERVAÇÃO .....</b>	<b>104</b>
<b>APÊNDICE III - GUIÃO / CONSENTIMENTO – FOCUS GROUP .....</b>	<b>110</b>
<b>APÊNDICE IV – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>115</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS COLABORADORES POR CATEGORIAS PROFISSIONAIS .....	40
QUADRO 2 - ANÁLISE TEMÁTICA DA DESIDRATAÇÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS .....	17
QUADRO 3 - EXISTÊNCIA DE PROTOCOLOS ESPECÍFICOS PARA A PROMOÇÃO DA HIDRATAÇÃO .....	60
QUADRO 4 - FORMAÇÃO MULTIDISCIPLINAR DA EQUIPA DE CUIDADOS.....	60
QUADRO 5 - LIMITAÇÕES DE RH .....	61
QUADRO 6 - TEMPERATURA AMBIENTE .....	63

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - MODELO CONCEPTUAL .....	4
FIGURA 2 - ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO NA EUROPA .....	6
FIGURA 3 - EVOLUÇÃO DA CAPACIDADE DAS PRINCIPAIS RESPOSTAS SOCIAIS PARA AS PI, CONTINENTE – 2000-2021 .....	12
FIGURA 4 - TAXA DE PREVALÊNCIA DE DESIDRATAÇÃO NO IDOSO .....	16
FIGURA 5 - DIAGRAMA DE ISHIKAWA. FATORES DE RISCO DE DESIDRATAÇÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS .....	25
FIGURA 6 - MODELO DO QUEIJO SUÍÇO .....	28
FIGURA 7 - ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO – EXPLORATÓRIA E DESCRITIVA .....	37
FIGURA 8 - ESTIMULAÇÃO SOCIO-AMBIENTAL .....	62
FIGURA 9 - ANÁLISE SWOT DO MODELO DE GESTÃO DA ERPI .....	69

## ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS PI NA ERPI .....	42
TABELA 2 - IDADE DOS PARTICIPANTES, IDADE DE INGRESSO E TEMPO DE PERMANÊNCIA NA ERPI DAS PI VIVAS .....	50
TABELA 3 - GRUPO ETÁRIO, GÊNERO, ESTADO CIVIL E ORIGEM .....	51
TABELA 4 - PESO .....	51
TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO POR GÊNERO .....	53
TABELA 6 - PARÂMETROS ANALÍTICOS POR SETOR .....	55
TABELA 7 - MEDICAÇÃO DIURÉTICA UTILIZADA .....	56

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - EPISÓDIOS DE URGÊNCIA HOSPITALAR E DE DESIDRATAÇÃO .....	52
GRÁFICO 2 - PATOLOGIAS ASSOCIADAS .....	53
GRÁFICO 3 - MOTIVO DE DESLOCAÇÃO AO SERVIÇO DE URGÊNCIA HOSPITALAR .....	54
GRÁFICO 4 - PERCEÇÃO DA SEDE POR PARTE DO IDOSO POR SETOR .....	58

## 0. INTRODUÇÃO

O presente estudo, resulta do percurso de investigação realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Escola Superior de Gestão e Tecnologia do Instituto Politécnico de Santarém.

O encontro com a realidade nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) durante a realização dos testes de COVID-19 durante os anos 2020/21/22 foi um ponto de inflexão marcante no percurso profissional de muitos profissionais de saúde. Para muitos que nunca tinham estabelecido uma conexão direta com este setor, a experiência vivida nesse período despertou uma sensibilidade profunda para as necessidades específicas da população idosa (SNS - Serviço Nacional de Saúde, 2020).

Neste contexto, motivado pela compreensão dessas necessidades e pelo desejo de contribuir positivamente para o bem-estar das pessoas idosas (PI) institucionalizadas, decidiu-se direcionar este trabalho de pesquisa para esta área. O terceiro setor, especialmente as ERPI, emergiu como um ponto focal de interesse e desenvolvimento. Partindo da reflexão e pesquisa bibliográfica, afunilou-se gradualmente o foco de pesquisa até chegar a um tema que envolve a complexidade e a relevância desta área - gestão de risco e desidratação no idoso institucionalizado.

À medida que a expectativa de vida aumenta, surge a necessidade premente de compreender e abordar os desafios específicos enfrentados pela população idosa. O processo natural de envelhecimento traz consigo uma série de mudanças fisiológicas que podem afetar o equilíbrio hídrico nesta população, colocando as PI em grande risco de desidratação (Gomes, 2014).

A desidratação, como fenómeno clínico e preocupação de saúde pública, apresenta desafios únicos quando se considera o contexto do idoso em instituições de cuidados. Este tema não apenas reflete uma necessidade prática e urgente, mas também vai ao encontro da qualidade de vida destes indivíduos vulneráveis (Araújo, 2013).

Neste documento, explorar-se-á de forma abrangente, o modelo de gestão de uma instituição do terceiro setor associado à desidratação no idoso, com a finalidade de se aprofundar a compreensão deste tema de vanguarda, nomeadamente a identificação de estratégias eficazes para lidar com os desafios associados aos fatores de risco, fornecendo *insights* valiosos para melhorar os protocolos de gestão e promover o bem-estar desta população vulnerável.

Esta pesquisa não pretende apenas preencher uma lacuna no conhecimento existente (Lisbon School of Economics & Management, 2012), mas também servir como um recurso valioso para os profissionais de saúde, cuidadores e gestores de instituições que partilham o compromisso de proporcionar cuidados de qualidade às instituições de longa permanência.

Este documento de pesquisa está organizado em quatro partes distintas, correspondendo a primeira parte à fase conceptual onde é apresentado a questão de investigação, os objetivos geral e específicos, assim como a justificação do tema. De seguida passa-se à revisão da literatura. Posteriormente na fase metodológica é referida a população, as variáveis em estudo, os instrumentos de recolha de dados, procedimentos éticos e tratamento e análise de dados. Por último, a fase empírica inclui os resultados dos dados quantitativos e qualitativos, a discussão e interpretação dos resultados obtidos em função dos objetivos do estudo e finalmente as principais conclusões, limitações e recomendações para estudos futuros.

## **Capítulo I – FASE CONCEPTUAL**

A fase conceptual é uma componente vital no processo de investigação, pois marca o início da jornada de identificação de um problema ou oportunidade de melhoria e a procura por soluções inovadoras, contribuindo significativamente para a construção do conhecimento. Nesta etapa inicial, são definidos os elementos essenciais de um problema ou uma oportunidade de melhoria, além da formulação de ideias preliminares e da recolha de literatura relevante sobre um tema específico. O objetivo principal é obter uma compreensão aprofundada e clara do problema em questão.

De acordo com Bryman (2012), esta fase é de suma importância, pois fornece à investigação uma direção clara e um propósito bem definido. A autora destaca que a fase conceptual é fundamental para a estruturação do estudo, estabelecendo a base para todas as fases subsequentes da pesquisa. A revisão da literatura realizada nesta fase é crucial, pois permite aos investigadores identificar lacunas no conhecimento existente e contextualizar o problema no âmbito de estudos anteriores.

Além disso, a fase conceptual também envolve a clarificação dos objetivos da pesquisa e a definição dos conceitos e variáveis a serem estudados. Este aprofundamento proporciona uma compreensão mais robusta e detalhada do problema, permitindo a formulação de estratégias e abordagens adequadas para investigar e resolver a questão proposta. Como Fortin (2009) enfatiza, esta fase oferece à investigação não apenas uma direção e um propósito, mas também uma base sólida sobre a qual todo o estudo será construído.

### **1.1. DEFINIÇÃO GERAL DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO / OPORTUNIDADE DE MELHORIA**

A definição geral do problema de investigação envolve a preocupação com a desidratação em PI residentes em ERPI. A área de intervenção deste trabalho está centrada na relação da desidratação nas PI institucionalizadas e as práticas de cuidado numa ERPI do concelho de Vila Franca de Xira (VFX). Ao escolher este tema, procura-se não apenas explorar os fatores de risco que contribuem para a desidratação em PI, mas também analisar a gestão da ERPI neste âmbito. A pesquisa visa contribuir para a implementação de práticas

complementares mais eficazes e humanizadas, garantindo que a atenção à hidratação seja integralmente incorporada nos cuidados oferecidos a esta população específica.

Há uma necessidade de compreender os fatores que contribuem para a desidratação das PI em contexto institucional, avaliar as práticas já existentes na ERPI relacionadas à promoção da hidratação e identificar oportunidades de melhoria (Figura 1).

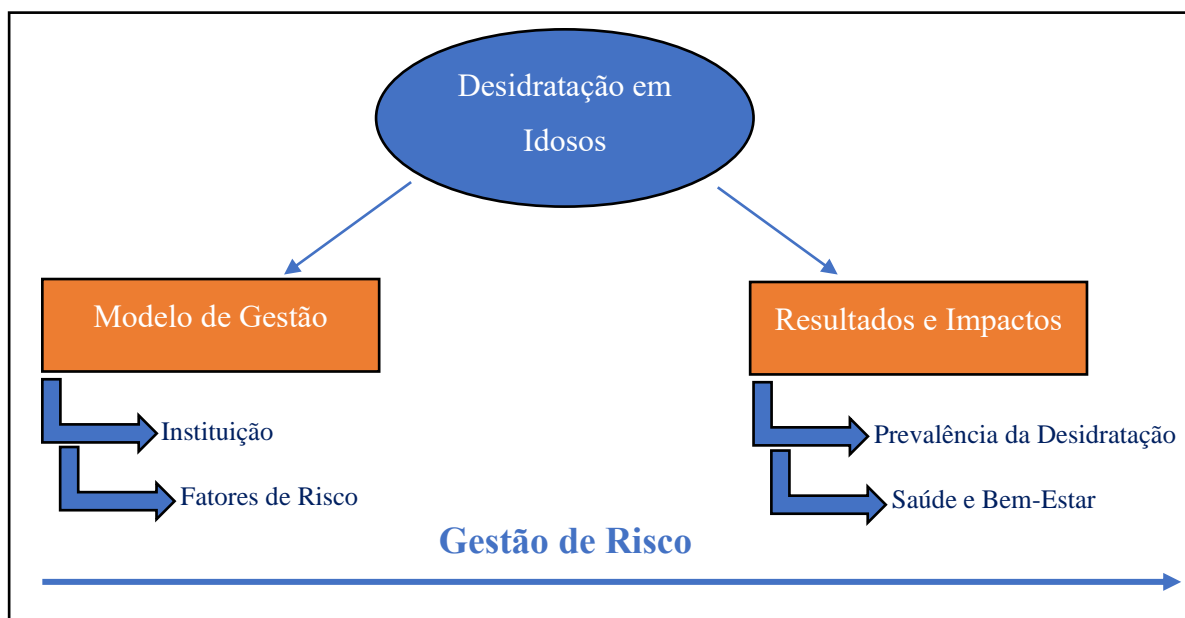


Figura 1 - Modelo Conceptual

Fonte: Próprio autor

Perante o cenário complexo e multifacetado, é imperativo investigar a fundo os problemas que permeiam o problema central. Muitas vezes, o problema central é composto por uma série de desafios específicos, cada um exigindo atenção particular. Neste contexto, a abordagem deste documento volta-se para a identificação e gestão dos problemas parcelares que, em conjunto, contribuem para a complexidade do quadro geral. Assim, procura-se não apenas diagnosticar os sintomas evidentes, mas também entender as raízes que sustentam o desafio mais amplo que se enfrenta, através de um Diagrama de *Ishikawa*.

O Diagrama de *Ishikawa*, Diagrama de Causa e Efeito ou também conhecido por Diagrama de Espinha de Peixe, devido à forma que tem, é uma ferramenta gráfica utilizada para identificar e analisar as possíveis causas (fatores de risco/problemas parcelares) de um problema específico (desidratação/problema de investigação), ajudando as equipas a identificar e abordar as causas raízes, em vez de apenas tratar os sintomas superficiais do problema (Wong, 2011). Os problemas parcelares fornecem uma base sólida para a

implementação de estratégias de intervenção adaptadas às necessidades específicas da população idosa na ERPI.

### 1.3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Depois de identificar o problema, surge a exigência de formular a questão inicial, que deve abranger as variáveis em análise e à qual se deve responder no desfecho do projeto de pesquisa (Fortin, 2009).

Num mundo repleto de informações, é fundamental estabelecer limites para uma abordagem eficiente e concentrar a pesquisa em questões relevantes e essenciais ao tema principal. Posto isto, é de extrema importância levantar uma questão de pesquisa que proporcione a estrutura necessária para a definição dos objetivos gerais e específicos. De acordo com Ribeiro (2010), a questão de investigação constitui o elemento fundamental do início de uma investigação. Assim, considerando o que foi descrito anteriormente, formulou-se para este estudo a seguinte questão de investigação:

"Como é que o modelo de gestão aplicado na ERPI contribui para a mitigação de riscos associados à desidratação em PI institucionalizadas, promovendo a saúde e o bem-estar desta população vulnerável?"

Esta questão de investigação abrange diversos aspetos essenciais. Destaca a necessidade de estratégias eficazes, reconhecendo a importância de considerar as características do ambiente de cuidados, as necessidades únicas das PI e as práticas já estabelecidas. Além disso, oferece espaço para uma análise detalhada e a identificação de intervenções práticas e personalizadas.

### 1.4. OBJETIVO GERAL

Para responder a esta questão de investigação desenvolveu-se o seguinte objetivo geral:

- Analisar o modelo de gestão aplicado à prevenção da desidratação em idosos residentes na ERPI em estudo.

### 1.5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Associado a este objetivo geral desenvolveram-se os seguintes objetivos específicos:

- Identificar os fatores de risco relacionados à desidratação em PI residentes na ERPI.

- Avaliar as estratégias implementadas para prevenir a desidratação das PI na instituição.

- Propor estratégias complementares e eficazes, considerando as infraestruturas existentes com o intuito de prevenir a desidratação.

## 1.6. JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

O processo de envelhecimento é uma situação de preocupação tanto para a população em Portugal como na Europa, e a sua influência é observada em diversas partes do mundo. A população mundial está a envelhecer rapidamente devido ao aumento da esperança média de vida e à diminuição da taxa de natalidade. Projeções indicam que o número de pessoas com 60 anos ou mais duplicará até 2050, atingindo 2,1 biliões, e triplicará até 2100, chegando a 3,1 biliões (Organização das Nações Unidas, 2019).

O índice de envelhecimento é o número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos. Um valor inferior a 100 significa que há menos idosos do que jovens (PORDATA, 2024). A Figura 2 compara o índice de envelhecimento em diversos países europeus entre os anos de 1960 e 2022. Portugal, em segundo lugar, apresenta um aumento significativo no índice de envelhecimento, passando de 27% em 1960 para 185,3% em 2022.

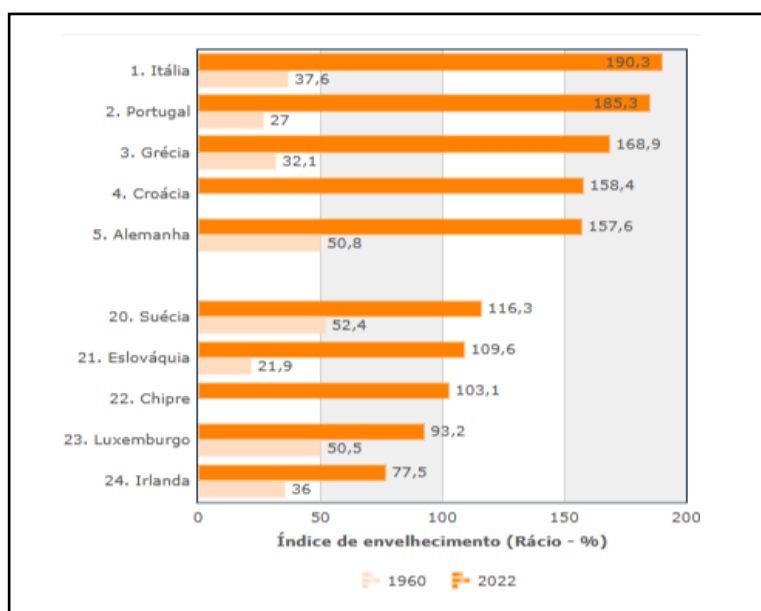


Figura 2 - Índice de envelhecimento na Europa

Fonte: (PORDATA, 2024)

Segundo a Organização Mundial da Saúde [OMS] (2015), à medida que a população mundial envelhece, destaca-se a necessidade premente de promover um envelhecimento

ativo e saudável. Este fenómeno demográfico é descrito como a procura otimizada de oportunidades para a saúde, participação e segurança, visando melhorar a qualidade de vida durante o envelhecimento.

A institucionalização de PI emerge como uma consideração sensível. À medida que as populações envelhecem, enfrenta-se o desafio de equilibrar a promoção do envelhecimento ativo com a necessidade de fornecer cuidados adequados. Em determinadas circunstâncias, a institucionalização pode ser uma opção vital para lidar com a deterioração da saúde, solidão insustentável e a crescente dependência nas atividades diárias. No entanto, esta decisão deve ser ponderada como último recurso, com ênfase contínua na preservação da autonomia e qualidade de vida das PI, com o intuito de garantir um equilíbrio entre a assistência institucional e a promoção de um envelhecimento digno e participativo.

O envelhecimento populacional nas sociedades desenvolvidas levou à implementação de medidas de suporte social, incluindo cuidados informais fornecidos por familiares e cuidados formais oferecidos por instituições. Nos países desenvolvidos, houve um aumento na oferta de infraestruturas e serviços de saúde e bem-estar para atender às necessidades das PI, destacando-se lares de idosos, centros de dia e serviços de apoio domiciliário (SAD). Conforme as diretrizes da Ordem dos Enfermeiros (OE), a prestação de cuidados de enfermagem às PI em ERPI tem como objetivo atender às necessidades humanas básicas, promover a máxima independência nas atividades diárias, adaptar funcionalmente às limitações e facilitar a transição para um ambiente seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Acompanhando as mudanças demográficas ao longo dos anos, diversos esforços foram empreendidos para melhorar o suporte social às PI. Estas iniciativas foram acompanhadas por novas regulamentações e legislações na área, resultando no aumento do número de instituições dedicadas a esta finalidade. Na década de 70, as PI passaram a ter autonomia como um público com características e necessidades específicas, levando ao surgimento das primeiras instituições voltadas para a prevenção da dependência e a sua integração na sociedade (Jacob et al., 2013).

Ao longo do tempo, a rede de suporte social evoluiu, inicialmente liderada por instituições ligadas a ordens militares e religiosas, passando depois para a responsabilidade do Estado e da sociedade civil. Foram criadas instituições como a Casa Pia e, mais tarde, legislação específica resultou na formação das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), como as Santas Casas da Misericórdia e Centros Sociais. Esta evolução culminou na criação de centros de dia, SAD e nas atuais ERPI, que substituíram os antigos lares de idosos e residências assistidas (Martin et al., 2013).

Com o avançar da idade, todas as partes do corpo humano passam por um processo degenerativo que resulta na diminuição da função e capacidade, independentemente da presença de uma condição patológica. Os processos degenerativos mais frequentes em PI estão associados à capacidade de locomoção, visual, auditiva e à dificuldade de deglutição (disfagia) (Namasivayam-MacDonald & Riquelme, 2019).

A desidratação em PI institucionalizadas é uma preocupação crescente na saúde devido ao envelhecimento populacional e ao aumento de idosos em instituições. Fatores como condições clínicas, barreiras físicas à ingestão de líquidos, diminuição da sensação de sede, alterações renais e condições crônicas contribuem para o problema. Dificuldades de mobilidade e dependência de cuidadores também limitam o acesso à água, aumentando o risco de desidratação, que pode levar a complicações clínicas graves, como disfunções renais, distúrbios cognitivos e desnutrição (Botigué et al., 2019).

Para Gomes (2014), é imperativo reconhecer a interconexão entre o envelhecimento da população e a incidência de desidratação, pois isto não apenas impacta a qualidade de vida das PI, mas também coloca uma pressão adicional nos sistemas de saúde. Ao compreender os mecanismos subjacentes e os fatores de risco associados, podem-se desenvolver estratégias mais eficazes de prevenção e gestão da desidratação numa população cada vez mais idosa, promovendo assim um envelhecimento saudável e sustentável.

A água é essencial para a vida e crucial para várias funções do organismo. Para a população idosa, a hidratação é especialmente importante devido aos desafios únicos que enfrentam. Em ambientes como as ERPI, onde o cuidado dos residentes é prioritário, a atenção à hidratação é fundamental (Akram & Hamid, 2013).

Ao longo deste trabalho, examinar-se-á de perto os fatores que contribuem para a desidratação em PI, os desafios específicos enfrentados na ERPI e as intervenções que podem ser adotadas para prevenir esta condição. Ao fazê-lo, visa-se contribuir para a construção de práticas mais eficientes e humanizadas, garantindo que o cuidado com a hidratação seja parte integrante do compromisso em proporcionar uma vida plena e saudável para a população idosa em ambientes residenciais especializados.

## Capítulo II – REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo foi elaborado a partir da revisão bibliográfica efetuada em bases de dados digitais ou em plataformas online especializadas, como o PubMed, o Google Scholar ou outras ferramentas académicas disponíveis na internet.

Para os temas desidratação e gestão de risco, foram selecionados e analisados artigos relevantes da literatura especializada. Esta pesquisa na base de dados do PubMed, ocorreu entre fevereiro e abril de 2024, utilizou os termos "desidratação", "idosos", "fatores de risco", "gestão de risco" e "lares de idosos" em inglês e português, filtrando os artigos dos últimos 10 anos, com textos completos e de acesso livre de quartil 1 (Q1) e quartil 2 (Q2).

### 2.1. RESPOSTA SOCIAL DE SUPORTE AO IDOSO

A definição e desenvolvimento das respostas sociais e de saúde para as PI são influenciadas por diversos fatores, como o aumento constante do envelhecimento demográfico, a significativa expectativa de vida, as transformações na estrutura familiar com a redução da responsabilidade familiar no cuidado aos idosos, a transição das PI para a reforma deixando de participar ativamente no mercado de trabalho e o reconhecimento de que este grupo é altamente vulnerável.

Nos primeiros anos da década de 80, diante do desafio do envelhecimento populacional enfrentado por muitos países, começaram a surgir as primeiras contribuições para a criação de redes sociais de apoio às PI (Berkman et al., 2000). Neste contexto, os países planearam e deram início a reformas nas suas redes sociais de apoio, que ocorreram durante um período político em que as economias desaceleraram e surgiram constrangimentos financeiros (Uchino, 2009).

A estrutura de suporte social para as PI abrange tanto a rede de cuidados informais, composta por membros da família, amigos, vizinhos e serviços comunitários que procuram melhorar o bem-estar pessoal e social das PI (Brandt et al., 2009), quanto a rede de cuidados formais, que engloba organizações sociais formais (hospitais, instituições, programas governamentais, serviços, etc.) e os profissionais que nelas atuam (médicos, psicólogos, assistentes sociais, etc.) (Janse et al., 2018).

Numa fase inicial, as redes informais de cuidados desempenham um papel crucial no suporte às PI, atendendo tanto às necessidades emocionais quanto físicas (Mazzella et al.,

2010). De acordo com Frericks et al. (2014), a presença de uma rede informal possibilita abordar muitos dos problemas de saúde das PI sem recorrer a instituições formais de assistência. Embora a distribuição de cuidados informais varie de acordo com as características culturais, sociais e históricas de cada sociedade, a maior parte do encargo de cuidados recai ainda sobre as famílias, especialmente as mulheres. Embora estas redes aliviem o Estado e, em particular, as finanças públicas, de grande parte do fardo financeiro, também modificam a dinâmica e as responsabilidades das famílias (Kehusmaa et al., 2013). A quantidade de PI que recebe cuidados informais supera aquelas que recebem cuidados formais, sendo que a coabitação desempenha um papel significativo na escolha do tipo de cuidados, especialmente entre os homens (Sigurdardottir & Kåreholt, 2014). A preferência por cuidados informais, de custos mais baixos, em detrimento dos cuidados formais é também influenciada pelo elevado nível de encargos enfrentados pela PI e pela família, especialmente pelo cônjuge, e pela proximidade geográfica com os familiares (Wimo et al., 2017).

Coexistindo com as redes de cuidados informais, encontram-se as redes de cuidados formais inseridas numa estrutura burocrática, fornecendo assistência por meio de organizações estatais, privadas ou público-privadas. Exemplos comuns dessas estruturas de apoio incluem ERPI, SAD e centros de dia (Wacker R & Roberto K, 2018). Um aspeto relevante destas redes é a coordenação entre o sistema integrado de serviços estatais e os de natureza privada disponíveis numa comunidade específica. A existência e disponibilidade destes serviços têm um efeito tranquilizador tanto para os potenciais utilizadores diretos quanto para os membros da rede informal de apoio (van Wieringen et al., 2015).

Embora alguns autores sugiram que os cuidados informais influenciam a busca por cuidados formais (Balía & Brau, 2014), outros argumentam que as PI tendem a recorrer ao apoio formal somente quando as estruturas de cuidados informais se esgotam, entram em colapso ou são inexistentes. Nestes casos, as suas necessidades são atendidas ao ingressar em instalações sociais (Fulbright, 2010; C. M. Murphy et al., 2015; Tennstedt et al., 1996).

## 2.2. MODELO DE REDE DE CUIDADOS FORMAIS EM PORTUGAL

Com o intuito de enfrentar o isolamento tanto individual quanto social, fomentar a autonomia e garantir uma gama de serviços e cuidados multidisciplinares para grupos específicos e vulneráveis, como as PI, pessoas com deficiência e/ou incapacidade, e/ou

pessoas em situação de dependência, houve necessidade de estabelecer uma variedade abrangente de serviços e instalações sociais de apoio.

Até o final do século XV, em Portugal, a assistência social era provida por instituições que tinham alguma ligação com ordens militares e religiosas, além de outras criadas por iniciativa de monarcas e nobres mais abastados. Destas instituições, destacam-se as leprosas, as confrarias, as misericórdias e os hospitais, conforme relatado pela história. Os hospitais são os únicos que permaneceram até aos dias atuais, com o seu principal propósito de fornecer cuidados de saúde à população. A partir do século XVII, a assistência social passou a ser reconhecida como uma responsabilidade do Estado e da sociedade civil, expandindo-se para além das entidades mencionadas anteriormente (Marques, 2011). Neste contexto, surgiram novas instituições, como a Casa Pia, no final do século XVIII, que representa um marco significativo na história da assistência e apoio social na sociedade portuguesa (Martin et al., 2013).

As respostas sociais para as PI em Portugal, a partir da década de 70 e em conformidade com as novas políticas sociais para idosos, foram estabelecidas pelas instituições com o propósito de prevenir a dependência e integrar os idosos na comunidade. Assim, em relação ao encargo social, foi durante este período que surgiram duas categorias distintas de instituições: aquelas cujo objetivo era proporcionar a institucionalização das PI (como Lares de Idosos e Residências) e aquelas que visavam criar as condições necessárias para permitir que as PI permanecessem nas suas residências, recebendo assistência (como SAD) (Martin et al., 2013). Este reconhecimento impulsionou o desenvolvimento e aperfeiçoamento contínuo do Modelo de Rede de Cuidados Formais em Portugal, visando garantir uma resposta abrangente e eficaz às exigências de uma população idosa em constante crescimento.

Em 2012 as respostas residenciais para PI passaram a designar-se Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (Portaria nº 67/2012 Do Ministério Da Solidariedade e Da Segurança Social, 2012). Esta portaria de 21 de março, define as condições de organização, funcionamento e instalações a que devem obedecer as ERPI. As disposições deste diploma aplicam-se, nomeadamente, a estruturas residenciais a implementar em edifícios a construir de raiz ou em edifícios já existentes a adaptar para o efeito, bem como aos que tenham em curso processo de licenciamento da construção ou da atividade. Considera-se ERPI, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem. Segundo o artigo 3.º desta Portaria, constituem como objetivos da estrutura residencial: a)

Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das PI; b) Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; c) Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar; d) Potenciar a integração social.

Segundo o GEP - Gabinete de Estratégia e Planeamento (2023), as intervenções sociais para idosos têm como objetivo atender às necessidades das Atividades da Vida Diária (AVD) e das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), além de garantir a prevenção e o tratamento das situações de carência e dependência, com especial foco na proteção dos grupos mais vulneráveis, especialmente as PI em situação de dependência ou carência económica ou social. No contexto da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES), várias respostas sociais para PI estão disponíveis, incluindo Centros de Dia, SAD e ERPI. Estas respostas têm experimentado um notável avanço em termos de desenvolvimento, destacando-se as ERPI como as que mais cresceram nos últimos anos.

Entre os anos 2000 e 2021, as iniciativas voltadas para as PI registaram um aumento significativo de 53%, representando um acréscimo de 2737 novas iniciativas. As ERPI e os SAD foram os que mais cresceram neste período, com aumentos de 178% e 171% respetivamente. Em 2021, no território continental, havia aproximadamente mais 7390 iniciativas entre ERPI, SAD e Centros de Dia. Os SAD tinham a maior representação, abrangendo 37% das principais respostas destinadas aos idosos (GEP - Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2023).

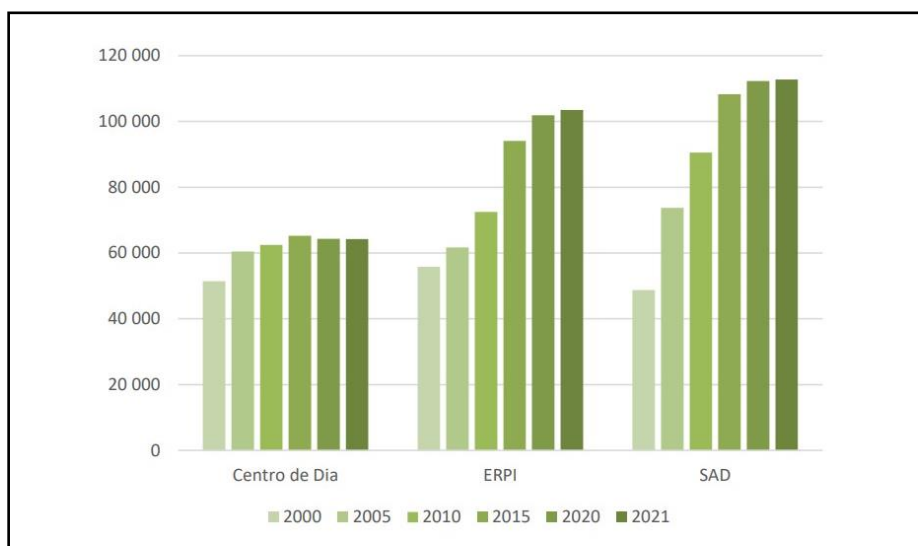


Figura 3 - Evolução da capacidade das principais respostas sociais para as PI, Continente – 2000-2021

Fonte: GEP - Gabinete de Estratégia e Planeamento (2023)

### 2.3. ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS – A SOLUÇÃO

Da revisão da legislação, relativa às ERPI conclui-se que o Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de fevereiro, o Despacho Normativo n.º 30/2006 de 31 de março e o Despacho Normativo n.º 3/2011 de 16 de fevereiro, foram revogados pela Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, que define os padrões reguladores para as condições de instalação e operação das ERPI. Esta portaria refere que as ERPI fornecem várias atividades e serviços, nomeadamente “(...) Apoio no desempenho das atividades da vida diária (...) Cuidados de enfermagem, bem como o acesso a cuidados de saúde (...) Administração de fármacos quando prescritos”. Podem também fornecer outro tipo de serviços, como “fisioterapia, hidroterapia, cuidados de imagem e transporte” e devem “permitir a assistência religiosa, sempre que o residente o solicite (...)”. Relativamente ao pessoal, refere que “(...) além do diretor técnico, deve dispor no mínimo de um animador sociocultural ou educador social ou técnico de geriatria, a tempo parcial por cada 40 residentes; um enfermeiro, por cada 40 residentes; um ajudante de ação direta, por cada 8 residentes e um ajudante de ação direta por cada 20 residentes, com vista ao reforço no período noturno (...)” Sempre que a ERPI acolher grandes dependentes os rácios de enfermeiros, ajudantes de ação direta e auxiliares, passam a ser “Um enfermeiro, para cada 20 residentes; um ajudante de ação direta, por cada 5 residentes e um empregado auxiliar por cada 15 residentes “.

Embora as regulamentações e definições das ERPI variem entre países, representam uma resposta organizada para atender às necessidades de cuidados daqueles que não podem ou preferem não viver de forma independente.

A decisão de institucionalização não é exclusivamente motivada por problemas de saúde ou perda de autonomia, mas também por questões financeiras e habitacionais (Pimentel, 2005). Além disso, a solidão desempenha um papel significativo, refletindo a falta de interações sociais e de suporte familiar (Nogueira, 2009).

Mesmo que a instituição apresente elevada qualidade, inevitavelmente ocorrerá uma rutura com o passado e um distanciamento do convívio social e familiar. Em contrapartida, a pessoa enfrentará a necessidade de se adaptar a uma série de novas situações, incluindo novos ambientes, contextos e situações, rotinas diferentes e a convivência com indivíduos desconhecidos, o que pode suscitar reações como angústia, medo, revolta e insegurança (Padrão, 2020).

A experiência prática destaca a importância dos administradores, gestores e diretores em ERPI, evidenciando a responsabilidade especial atribuída a estes profissionais no

contexto nacional. São responsáveis por proteger, supervisionar e garantir o bem-estar dos residentes, especialmente aqueles que não podem viver de forma independente. Isto traduz-se numa obrigação legal e contratual de fornecer cuidados adequados às necessidades das PI, incluindo alimentação, higiene, conforto, ocupação, cuidados médicos e de enfermagem, conforme estipulado pela legislação vigente. Além disso, a gestão das ERPI deve garantir condições de trabalho que respeitem os princípios éticos e a legislação aplicável, promovendo o respeito pela autonomia técnica e científica das diversas profissões envolvidas. Estas medidas visam assegurar a prestação de cuidados de saúde de acordo com as melhores práticas e evidências disponíveis (Grupo de Projeto de Trabalho Colaborativo, 2022).

#### 2.4. ÁGUA É VIDA – IMPORTÂNCIA DA INGESTÃO DE ÁGUA

A origem da vida está associada à água, e cada ser humano inicia o seu desenvolvimento *in útero*, imerso num ambiente aquoso. No entanto, apesar da espécie humana viver em terra, cada indivíduo transporta consigo um ambiente rico em água. A ausência de ingestão de água pode levar à morte em poucos dias, um desfecho significativamente mais rápido do que a falta de qualquer outro nutriente. Dada a função vital da água na biologia e dinâmica humanas, a escassez deste recurso compromete integralmente o funcionamento do organismo humano, favorece o aparecimento de doenças e contribui para prognósticos desfavoráveis em diversos aspetos (Hooper et al., 2014).

A água é fundamental para o corpo, proporcionando um ambiente aquoso para várias reações bioquímicas e atuando diretamente nos processos metabólicos (Akram & Hamid, 2013). Sustenta o metabolismo celular, facilita o transporte de nutrientes e resíduos, e é essencial para a termorregulação (Armstrong, 2012). Além disso, a água é crucial para o sistema linfático, funcionamento celular, eliminação de resíduos, ingestão e digestão, e atua como lubrificante, prevenindo inflamações no trato urinário e nos olhos (Hooper et al., 2014). Ao considerarmos a água como um elemento vital para a existência humana, é fascinante conhecer a sua distribuição pelo corpo.

De acordo com Messinger-Rapport et al. (2009), a maior parte do peso corporal humano, em média cerca de 60%, é composto por água. Esta substância vital distribui-se nos compartimentos intracelulares, representando aproximadamente 40% do peso total do corpo, e os compartimentos extracelulares, que compreendem todo o líquido fora das células, equivalendo a cerca de 20% do peso total corporal. Em termos absolutos, o volume total de

água no corpo humano é aproximadamente 42 litros para uma pessoa com 70 kg, o que corresponde a 600 ml por cada quilo de peso.

A água desempenha uma função central nos fluidos do corpo, incluindo o sangue, o líquido sinovial presente nas articulações, a saliva e a urina, sendo essenciais para diversas funções vitais no organismo (Popkin et al., 2010).

A osmolalidade dos líquidos corporais é mantida sob rigoroso controlo, e até mesmo pequenas variações desencadeiam respostas fisiológicas. Essas respostas podem incluir o aumento da quantidade de água no corpo por meio da redução na produção de urina e da estimulação da sede, ou a eliminação do excesso de água através da urina (Araújo, 2013). As alterações na osmolalidade desempenham um papel fundamental na ativação dos mecanismos de regulação homeostática, sendo que os adultos são capazes de realizar esse controlo com precisão (Cowen et al., 2013; Jéquier & Constant, 2010), porém as PI são mais vulneráveis aos desequilíbrios hidro-electrolíticos. As origens desses distúrbios são variadas, indo desde desafios na mobilidade e na obtenção de líquidos até fatores iatrogênicos, que envolvem a influência de múltiplos medicamentos (Begum & Johnson, 2010; El-Sharkawy et al., 2014). Estes incidentes são passíveis de prevenção, motivando a procura por métodos mais eficazes na avaliação e prevenção da desidratação, especialmente em contextos hospitalares e de cuidados prolongados (Rösler et al., 2010).

As conclusões de Lacey et al., (2019), destacam a falta de uma definição universalmente aceite para "desidratação" e a complexidade da avaliação da hidratação, que requer consideração de variáveis fisiológicas e laboratoriais. Termos como "desidratação" e "hipovolemia" são frequentemente usados de forma inadequada. A desidratação é comum em ambientes hospitalares e em ERPI, associada a resultados adversos e a um aumento na prevalência de condições como doença renal crónica, diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial (HTA).

O estado de hidratação anormal envolve irregularidades na água corporal e na osmolalidade<sup>1</sup> sérica/plasmática, sendo que uma osmolalidade elevada geralmente indica desidratação.

Beck et al., (2021) reforçam que a desidratação por baixa ingestão é comum e crónica em PI, ligada a impactos adversos na saúde, como declínio cognitivo e aumento da mortalidade. Métodos subjetivos de avaliação são inadequados, e há limitações na

---

<sup>1</sup> refere-se ao número de partículas osmoticamente ativas de soluto presentes em um quilograma do solvente. A osmolalidade de uma solução aumenta à medida que a concentração de solutos na solução aumenta. (McNaught & Wilkinson, 2019).

compreensão da ingestão ideal de líquidos. A consciencialização sobre a desidratação por baixo consumo deve ser ampliada entre os profissionais de saúde em ERPI, hospitais e cuidadores informais, ressaltando a importância de abordagens individualizadas e da necessidade de mais pesquisas na área.

A análise dos diversos artigos consultados revela um panorama abrangente sobre a desidratação em idosos institucionalizados. Destacam-se as taxas variáveis de prevalência da desidratação, frequentemente associadas a fatores como comprometimento cognitivo e limitações funcionais. Além disso, os estudos examinam estratégias de intervenção, incluindo a eficácia de programas de esclarecimento, modificações ambientais e implementação de práticas de hidratação. A compilação dos resultados proporciona uma visão abrangente das complexidades envolvidas, fornecendo *insights* valiosos para o esclarecimento e a mitigação deste desafio significativo, que é a desidratação, em PI institucionalizadas em ERPI.

A desidratação é uma preocupação de saúde pública mundial. Neste contexto, a Figura 4 (com base na cronologia dos diversos artigos) apresenta as taxas de prevalência de desidratação em quatro países distintos: Estados Unidos da América (38,3%), Reino Unido (20%), Japão (16,9%) e Portugal (16,3) (Jimoh et al., 2019; Marra et al., 2016; Nagae et al., 2020; Amaral et al., 2018). De acordo com o projeto Nutrition Up 65, realizado com 1320 participantes com idade superior a 65 anos, por Amaral et al. (2018), Portugal registava uma taxa de desidratação no idoso de 16,3%. Estes dados oferecem informações valiosas sobre as disparidades geográficas e podem auxiliar na formulação de estratégias preventivas e intervenções direcionadas destacando a magnitude do desafio e ressaltando a importância de abordagens específicas.

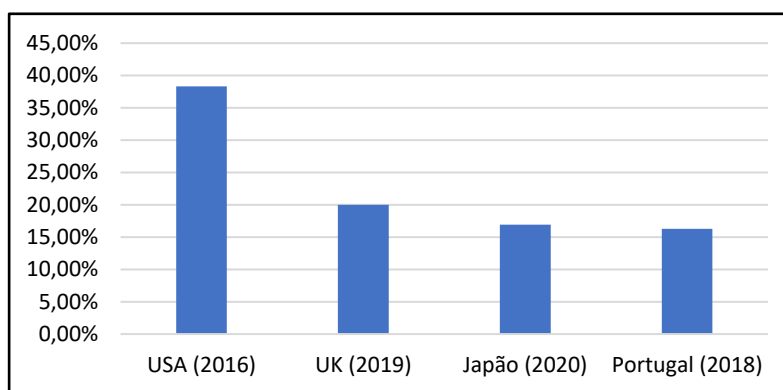


Figura 4 - Taxa de prevalência de desidratação no idoso

Fonte: Jimoh et al. (2019), Marra et al. (2016), Nagae et al. (2020), Amaral et al. (2018)

Nos diversos estudos, notam-se padrões recorrentes que se entrelaçam, delineando uma compreensão mais profunda do fenómeno da desidratação. Neste contexto, no Quadro 2, destacam-se alguns temas essenciais que permeiam a literatura, lançando luz sobre aspetos cruciais da desidratação e o impacto nos cuidados a idosos institucionalizados, nomeadamente os fatores de risco e medidas preventivas. Os artigos convergem na identificação de fatores de risco comuns, desde condições de saúde específicas até desafios ambientais. Estratégias multifacetadas focadas na educação, monitorização e intervenções personalizadas, emergem como pilares essenciais para prevenir a desidratação. Os temas do Quadro 2 fornecem um panorama abrangente da desidratação em idosos institucionalizados, fundamentando a necessidade de estratégias holísticas e adaptadas a contextos específicos para melhorar a saúde e o bem-estar desta população.

Quadro 1 - Análise temática da desidratação em idosos institucionalizados

<b>Pontos em comum</b>	<b>Fatores de risco</b>	<b>Impacto na saúde dos utentes</b>	<b>Medidas preventivas</b>	<b>Artigos</b>
<b>Desidratação em idosos institucionalizados</b>	Comprometimento cognitivo, DM, desnutrição, disfagia,	Declínio cognitivo, redução da qualidade de vida, aumento da mortalidade	Intervenções nutricionais, considerar o tipo de bebidas líquidas, suplementos e lanches entre as refeições	(Botigué et al., 2019; Marra et al., 2016; Masot et al., 2018; Nagae et al., 2020; Paulis et al., 2018; van Wietmarschen et al., 2020)
<b>Efeitos positivos de estratégias múltiplas</b>	Não especificado	Não especificado	Implementação de estratégias múltiplas	(Bunn et al., 2015)
<b>Estratégias para melhorar a ingestão de líquidos</b>	Baixa ingestão de líquidos, desnutrição	Risco de úlceras por pressão, associação com comprometimento cognitivo e desnutrição	Desenvolvimento de intervenções específicas baseadas nos resultados, oferta regular de bebidas	(Botigué et al., 2019; Bunn et al., 2018; DiMaria-Ghalili & Nicolo, 2014; Donaldson et al., 2018; Keller

				et al., 2015; Volkert et al., 2019)
<b>Associação entre desidratação e demência</b>	Demência, IMC elevado	Desidratação crônica,	Considerar a função cognitiva e o peso corporal nas estratégias de prevenção	(Marra et al., 2016; Nagae et al., 2020)
<b>Impacto da COVID-19 na hidratação em cuidados residenciais</b>	Apatia dos residentes, novos colaboradores, distanciamento físico	Desafios na hidratação, necessidade de adaptação de procedimentos	Oferecer opções de hidratação, formar colaboradores, fornecer água automaticamente durante as refeições	(Keller et al., 2022)
<b>Necessidade de mais pesquisas sobre desidratação</b>	Dificuldade na padronização dos métodos de avaliação	Dificuldade nas comparações entre estudos	São necessárias mais pesquisas robustas	(Bunn et al., 2015; Paulis et al., 2018)

Fonte: Próprio autor

## 2.8. FATORES DE RISCO NA DESIDRATAÇÃO DE PESSOAS IDOSAS

A investigação abrangente dos artigos selecionados sobre desidratação em PI residentes em instituições de cuidados de longa permanência revela um panorama complexo de fatores de risco, com algumas tendências comuns aos estudos, mas também nuances importantes que refletem a diversidade deste evento adverso de saúde mais comum que o esperado.

### **Comprometimento cognitivo e demência**

Segundo a revisão da literatura, os autores Botigué et al. (2019), Masot et al. (2018) e Paulis et al. (2018) identificaram o comprometimento cognitivo como um fator essencial associado à desidratação. A relação entre comprometimento cognitivo e desidratação levanta questões sobre a autonomia na procura de líquidos, indicando a importância de intervenções por parte dos colaboradores das instituições que considerem as capacidades cognitivas dos residentes. A perda de capacidade de autorregulação na ingestão de líquidos torna-se

evidente, tornando estes idosos mais suscetíveis à desidratação. A presença de demência é consistentemente associada à desidratação em diversos estudos, sinalizando a necessidade de estratégias adaptadas para lidar com os desafios específicos enfrentados por esta população (Paulis et al., 2018; Masot et al., 2018; Nagae et al., 2020).

### **Desnutrição**

Além deste fator descrito anteriormente, a desnutrição emerge como um fator de risco significativo. A inadequada ingestão de nutrientes está intrinsecamente ligada à desidratação, criando um ciclo de vulnerabilidade para as PI em ambientes de cuidados de longa permanência (Botigué et al., 2019; Bunn et al., 2018; Dimaria-Ghalili & Nicolo, 2014; Donaldson et al., 2018; Keller et al., 2015; Volkert et al., 2019).

Botigué et al. (2019), por meio de um estudo transversal, destaca a prevalência da baixa ingestão de líquidos em idosos institucionalizados, identificando fatores como comprometimento cognitivo e funcional, dieta modificada, disfagia e segurança de deglutição comprometida correlacionados à baixa ingestão de líquidos, além da desnutrição. Bunn et al. (2018), contribui para esta explicação, ao realizar uma revisão no âmbito do mapeamento de políticas relacionadas à hidratação e nutrição em lares residenciais no Reino Unido. Destaca a persistência da desnutrição, apesar das diretrizes já existentes, ressaltando a necessidade de estratégias específicas para a população idosa. A desnutrição é também abordada pelos autores Keller et al. (2015) e Volkert et al. (2019), que destacam a endemia desta condição entre os idosos em ERPI, destacando a necessidade de intervenções viáveis e sustentáveis, a importância do acompanhamento regular para a desnutrição e a abordagem multidisciplinar para os resultados centrados na pessoa.

### **IMC elevado**

É crucial notar as variações nos fatores específicos destacados em cada estudo. Enquanto uns enfocam a importância do índice de massa corporal (IMC) mais elevado como um fator de risco, como é o caso dos autores Marra et al. (2016) e Nagae et al. (2020), outros priorizam a influência de infecções, doenças renais, cardiovasculares e situações de fim de vida (Masot et al., 2018). Estas variações indicam a complexidade multifacetada da desidratação em PI e a necessidade de abordagens personalizadas.

## **Diabetes**

Para Marra et al. (2016), a relação entre diabetes e desidratação também é abordada em vários estudos, destacando-se a importância da gestão de condições crônicas para prevenir a desidratação. Quer por poliúria (eliminação excessiva de urina) ou polidipsia (sede excessiva), se a ingestão de líquidos não acompanhar a eliminação excessiva de urina, a pessoa pode ficar desidratada. Os níveis elevados de glicose no sangue (hiperglicemia) podem levar à excreção de glicose na urina (glicosúria), contribuindo para a desidratação por elevada diurese. Em casos de cetoacidose diabética (uma complicação grave, geralmente associada ao DM I), a presença de corpos cetônicos na urina também pode aumentar a perda de líquidos.

É fundamental que os idosos com DM mantenham um controle adequado da glicose, hidratem-se adequadamente e estejam atentos aos sinais de desidratação.

## **COVID-19**

Estudos específicos exploram os impactos da COVID-19 na hidratação em cuidados residenciais. A apatia dos residentes, a introdução de novos colaboradores e a necessidade de distanciamento físico emergiram como desafios significativos no contexto da COVID-19. A apatia pode impactar negativamente a motivação dos residentes para se manterem hidratados, enquanto a presença de novos colaboradores pode resultar em mudanças nas dinâmicas de cuidado, afetando a oferta regular de líquidos. O distanciamento físico, uma medida crucial para conter a propagação do vírus, também interferiu nas interações sociais durante as refeições e atividades relacionadas ao consumo de líquidos (Keller et al., 2022).

A diversidade de abordagens nos estudos realizados destaca a complexidade do problema da desidratação e a necessidade contínua de pesquisa e inovação no campo do cuidado aos idosos em ambientes institucionais.

## **2.9. IMPACTO DA DESIDRATAÇÃO NA SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS – MEDIDAS PREVENTIVAS**

Com base na revisão bibliográfica, é possível identificar diversos pontos comuns relacionados ao impacto na saúde das PI, com foco na desidratação. Isto tem implicações significativas para a qualidade de vida dos residentes em ERPI.

A saúde mental e cognitiva das PI é um componente crucial do seu bem-estar geral. Ao longo do envelhecimento, muitos indivíduos enfrentam mudanças na sua saúde mental e habilidades cognitivas.

Para Paulis et al. (2018), a falta de distinção entre desidratação aguda e crônica é destacada como relevante, tornando-se difícil tirar conclusões sobre os fatores de risco e o impacto que têm na saúde das PI. Concluiu que a desidratação crônica, frequentemente ligada a uma ingestão insuficiente de líquidos por um longo período, é especialmente difícil de detetar. A natureza silenciosa da desidratação crônica pode levar ao subdiagnóstico entre idosos com comprometimento cognitivo. A desidratação pode contribuir para o comprometimento das funções cognitivas, afetando a clareza mental e a capacidade de raciocínio. Aliado ao declínio cognitivo, existem outras consequências adversas associadas à desidratação por baixa ingestão de líquidos em PI, nomeadamente a redução da qualidade de vida, delírio, quedas, fraturas, piora na recuperação, doenças cardíacas, insuficiência renal e mortalidade (Beck et al., 2021), assim como admissões hospitalares não planeadas o que provoca custos adicionais para o sistema de saúde (Lean et al., 2019; van Wietmarschen et al., 2020).

A desidratação, emerge como um fator significativo na predisposição e agravamento das úlceras de pressão, uma preocupação comum em idosos. A baixa ingestão de líquidos contribui para a redução da elasticidade da pele e a diminuição do fluxo sanguíneo, aumentando a vulnerabilidade da pele à pressão e fricção, fatores desencadeantes das úlceras de pressão. Além disso, a desidratação compromete a capacidade de regeneração da pele, prolongando o processo de cicatrização e aumentando a suscetibilidade a complicações (Botigué et al., 2019).

No contexto da desidratação em idosos, as medidas preventivas envolvem estratégias destinadas a garantir uma ingestão adequada de líquidos, identificar precocemente os sinais de desidratação e promover práticas que contribuam para a hidratação eficaz. Isto pode incluir consciencialização, educação, implementação de protocolos de cuidados, monitorização regular e intervenções personalizadas para atender às necessidades específicas das PI. O objetivo central das medidas preventivas é criar um ambiente propício à saúde, minimizando os riscos associados à desidratação e melhorando a qualidade de vida dos indivíduos.

## **Conscientização**

Vários autores destacam a importância em aumentar a conscientização entre profissionais de saúde, cuidadores e residentes, visando melhorar o reconhecimento precoce dos sinais de desidratação, promover práticas de cuidado adequadas e incentivar estratégias preventivas. Os profissionais de saúde têm de estar conscientes sobre as mudanças fisiológicas associadas ao envelhecimento, de serem capazes de reconhecer os fatores de risco, assim como compreenderem como os fatores externos podem afetar as práticas de cuidados e a necessidade de adaptação. A juntar a estes descritos anteriormente também têm de saber identificar as barreiras práticas e organizacionais que podem influenciar a implementação de estratégias eficazes e reconhecer a importância da colaboração multidisciplinar para fornecer cuidados abrangentes e eficazes (Beck et al., 2021; Bunn et al., 2015; Keller et al., 2022; Paulis et al., 2022).

## **Intervenções nutricionais**

Relativamente às intervenções nutricionais, Marra et al. (2016) recomenda considerar o tipo de bebidas líquidas, suplementos e lanches entre as refeições para prevenir ou reverter a desidratação. Reconhece a necessidade de estratégias que levem em conta a diversidade de fatores que influenciam a ingestão de água. Por outro lado, van Wietmarschen et al. (2020) avalia o uso de probióticos como medida preventiva. A desidratação, frequentemente desencadeada por episódios de diarreia, é caracterizada pela perda significativa de fluidos e eletrólitos. Neste contexto, o uso de probióticos apresenta um potencial terapêutico, atuando na promoção do equilíbrio da flora intestinal e contribuindo para a redução da gravidade dos sintomas diarreicos, além de auxiliar na recuperação do estado hidroeletrólítico. A administração adequada de probióticos pode representar uma estratégia eficaz na gestão da desidratação associada à diarreia assim como mostraram-se eficazes na redução da diarreia associada a antibióticos.

## **Formação dos profissionais de saúde e cuidadores**

A formação contínua dos profissionais de saúde e cuidadores é fundamental na luta contra a desidratação em PI. Face aos desafios associados ao envelhecimento e às complexidades de identificar e prevenir a desidratação, a capacitação adequada emerge como uma ferramenta essencial. A compreensão aprofundada destas matérias contribuirá para a construção de estratégias educacionais eficazes, capacitando os profissionais de reconhecerem, prevenirem e intervirem proactivamente contra a desidratação em PI.

A falta de formação específica sobre desidratação pode limitar a capacidade de reconhecimento dos profissionais. Estudos destacam a necessidade de descrições claras de funções e responsabilidades, formação estruturada e colaboração interdisciplinar para abordar eficazmente a desidratação em lares de idosos (Paulis et al., 2022). A formação adequada de todos os profissionais de saúde para reconhecerem o risco de desidratação numa fase precoce é de extrema importância e a janela de oportunidade para intervenção pode ocorrer numa fase muito anterior à admissão nas ERPI. As necessidades específicas das PI devem ser consideradas no planeamento de intervenções no que diz respeito aos efeitos do envelhecimento.

A formação não é apenas vista como uma ferramenta para prevenir números em escalas de desidratação, mas também como um meio de melhorar a qualidade de vida das PI. Enfatizam que as intervenções oferecidas devem ter um impacto positivo perceptível na qualidade de vida dos residentes (Bunn et al., 2018; Donaldson et al., 2018).

### **Estímulo social e ambiente favorável**

Cook et al. (2019) e Wilson et al. (2019) partilham da mesma opinião relativamente à interação social e promoção favorável do ambiente. É necessária a criação de espaços para as refeições que sejam confortáveis, acessíveis e encorajadores. É importante oferecer opções alimentares variadas e adequadas às preferências individuais das PI. Isto inclui considerar restrições dietéticas, preferências culturais e necessidades nutricionais específicas, assim como envolver estratégias como disponibilizar água, sumos ou outras bebidas atrativas. A interação social durante as refeições é mencionada como um fator importante. Estimular a socialização durante as refeições pode contribuir para um ambiente positivo, incentivando a participação ativa das PI na alimentação e hidratação (Cook et al., 2019). É essencial criar ambientes favoráveis à ingestão de líquidos nas ERPI, reconhecendo que intervenções personalizadas, métodos de melhoria contínua e abordagens que consideram barreiras práticas e organizacionais são essenciais para promover uma hidratação adequada e sustentável para os idosos vulneráveis (Wilson et al., 2019).

### **Envolvimento multidisciplinar**

É importante uma abordagem colaborativa e multidisciplinar envolvendo diferentes profissionais de saúde, destacando a necessidade de cooperação entre enfermeiros, auxiliares de enfermagem e outros membros da equipa, principalmente nutricionistas, para abordar efetivamente a questão da desidratação em PI em ambientes de cuidados de longa duração.

Segundo as descobertas de Paulis et al., num estudo abrangente em 2022 sobre esta temática, em idosos na Holanda, as estratégias multidisciplinares emergiram como elementos cruciais na promoção da ingestão adequada de líquidos. Juntamente às suas conclusões, que sugerem uma abordagem colaborativa entre diferentes profissionais de saúde, que desempenham um papel significativo na mitigação dos desafios associados à desidratação em ambientes de cuidados geriátricos, Cook et al. (2019) realça a importância de uma liderança forte, apoio organizacional e trabalho em equipa para mudanças sustentáveis neste tipo de instituições.

### **Desafios específicos**

À medida que nos deparamos com os desafios específicos relacionados à prevenção da desidratação, torna-se imperativo adotar uma abordagem estratégica e proativa para determinados desafios. Oferecer líquidos com atividades rotineiras como é o caso da toma de comprimidos e juntamente ao pequeno-almoço são mudanças simples na prática que aumentam o número de episódios de ingestão de líquidos (Jimoh et al., 2019). Manter um costume antigo como tomar o “chá das cinco” não pode faltar no final de tarde, e apenas porque as pessoas estão a viver num lar de idosos não muda um comportamento que tem sido apreciado por décadas (Cook et al., 2019).

Ao promover o ambiente de jantar, especificamente ao optarem por fazer as refeições na sala de jantar em oposição a fazê-las nos quartos, vai proporcionar um contexto mais propício e socialmente estimulante, o que pode influenciar positivamente o comportamento de ingestão de líquidos dos residentes (Bunn et al., 2015).

Para Lean et al. (2019), a principal intervenção consistiu na introdução de sete rodadas estruturadas de oferta de bebidas contando com a formação da equipa multidisciplinar, consciencialização e campanhas, diários de bebidas para residentes em risco de desidratação e orientações para manter as mudanças a longo prazo.

Em tempo de pandemia da COVID-19 o tédio e a depressão tomaram conta de muitos idosos devido ao isolamento nos quartos a que estavam sujeitos, provocando uma diminuição do apetite e falta de interesse na ingestão de líquidos. Segundo Keller et al. (2022), foram criadas interações fisicamente distanciadas para partilhar bebidas (por exemplo, os residentes ficavam sentados perto da entrada dos quartos), assim como era-lhes oferecido gelados à base de gelo com sumo de fruta e outras bebidas “divertidas”. Optaram também por colocar sinos nos carrinhos para anunciar a chegada das bebidas.

## 2.10. FATORES DE RISCO

Na Figura 5, podem-se observar os fatores de risco (problemas parcelares), que foram identificados segundo a revisão da literatura, como possíveis causas que levam à desidratação (problema de investigação). Estes fatores de risco são elementos específicos que, quando combinados, contribuem para a complexidade do problema da desidratação. Ao analisar e abordar estes problemas parcelares, cria-se uma base sólida para serem desenvolvidas estratégias preventivas de intervenção adaptadas às necessidades específicas da população idosa.

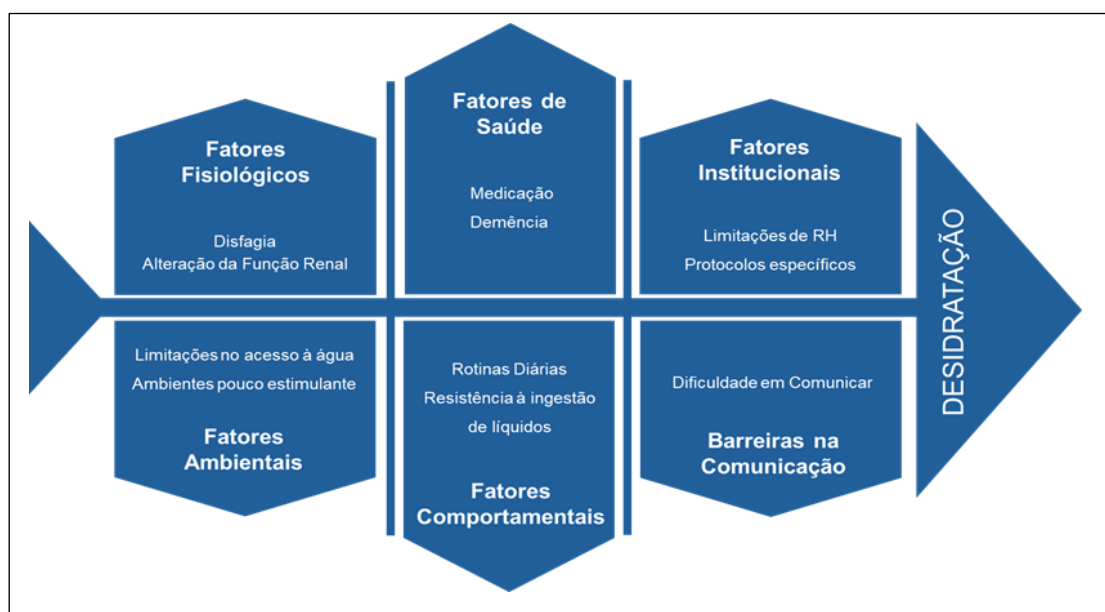


Figura 5 - Diagrama de Ishikawa. Fatores de risco de desidratação em idosos institucionalizados

Fonte: Próprio autor (adaptado do Quadro 1)

Assim, os fatores de risco são os seguintes:

- Fatores Fisiológicos: Diminuição da sensação de sede relacionada ao envelhecimento, alterações nas funções renais que afetam o equilíbrio hídrico, dificuldade na regulação térmica devido à idade, disfagia (Botigué et al., 2019).

- Fatores de Saúde: Presença de condições clínicas crónicas que aumentam o risco de desidratação, uso de medicamentos que interferem na hidratação, doenças cognitivas que podem afetar a consciência da necessidade de ingestão de água (Botigué et al., 2019; Masot et al., 2018; Paulis et al., 2018).

- Fatores Institucionais: Falta de protocolos específicos para monitorização da hidratação, falta de formação adequada para a equipa de cuidados sobre a importância da hidratação, limitação de Recursos Humanos (RH) (Paulis et al., 2022).

- Fatores Ambientais: Ambientes internos pouco estimulantes que não incentivam a ingestão de líquidos, temperaturas inadequadas nas instalações que podem contribuir para a desidratação, limitações nas opções e acessibilidade à água nas instalações (Cook et al., 2019).

- Fatores de Comportamento: Resistência por parte das PI em aceitar assistência na ingestão de líquidos, falta de consciência individual sobre a importância da hidratação, rotinas diárias, preferências individuais (Bunn et al., 2015; Cook et al., 2019).

- Barreiras na Comunicação: Dificuldade de comunicação efetiva entre os idosos e a equipa de cuidados, falta de canais adequados para expressar necessidades relacionadas à hidratação (Paulis et al., 2022).

## 2.11. RISCO

O conceito de risco é fundamental em diversas áreas, especialmente em ambientes de cuidados à saúde. Risco refere-se à probabilidade de ocorrência de eventos adversos e às consequências associadas a esses eventos. No contexto de ERPI, o risco pode abranger uma vasta gama de fatores, desde problemas de saúde das PI até questões de segurança e operacionais. Compreender e gerir os riscos é essencial para garantir a segurança e o bem-estar das PI. A identificação precoce de potenciais riscos, aliada a estratégias eficazes de mitigação, permite a minimização de impactos negativos e a promoção de um ambiente mais seguro e protegido para todos os envolvidos. A literatura recente sublinha a importância de abordagens sistemáticas e proativas na gestão de riscos em ambientes de cuidados prolongados (Aven, 2016).

### 2.11.1. Pensamento Baseado em Risco

O conceito de pensamento baseado em risco foi explicitamente abordado na versão de 2015 da ISO 9001, apesar de estar presente nas versões anteriores, evidenciando a prevenção e a proporcionalidade das medidas de controlo e gestão, determinadas com base nas consequências das falhas (Pires, 2012). O risco é inerente a todos os sistemas, processos e funções, e o pensamento orientado pelo risco, possibilita a identificação de elementos que podem desviar os resultados do sistema de gestão da qualidade em relação ao planeado. Identificar estes elementos permite a implementação de controlos preventivos para reduzir

os efeitos negativos (riscos) e otimizar os efeitos positivos (oportunidades) à medida que surgem. Assim, o pensamento orientado pelo risco é uma prática contínua e quase automática, aumentando a probabilidade de atingir objetivos e proporcionando uma compreensão mais aprofundada dos riscos. Isto prepara a organização para enfrentar os desafios, integrando a ação preventiva no planeamento estratégico e operacional ao longo de todo o sistema (Pinto & Soares, 2018).

### **2.11.2. Gestão do Risco**

A introdução de uma abordagem de gestão de risco tem como propósito identificar, analisar e avaliar riscos, permitindo a sua mitigação através de ações corretivas. Isto promove uma postura proativa por parte das organizações, visando reduzir e prevenir efeitos indesejados nos seus objetivos. Tais medidas, capacitam as organizações a antecipar falhas sistémicas e os seus impactos, evitando situações que possam comprometer o funcionamento normal e prejudicar o alcance dos objetivos estabelecidos. A utilização de ferramentas de gestão e análise de risco visa auxiliar os profissionais envolvidos, proporcionando uma avaliação abrangente dos riscos para orientar decisões informadas e evitar desperdício de recursos e ameaças em geral. Em resumo, estas ferramentas representam uma valiosa ajuda para as organizações que procuram uma gestão de risco eficaz e eficiente (Novo, 2019).

O elemento do risco está inerente a todas as atividades do quotidiano, e nos cuidados de saúde esta realidade não é diferente. Quando se explora a gestão do risco, é essencial esclarecer conceitos fundamentais - risco e erro. De acordo com a NP ISO 31000, risco é o efeito da incerteza no alcance dos objetivos (Instituto Português da Qualidade [IPQ], 2012). Como sugere Frade (2021), o risco está associado a diversos elementos, como materiais, equipamentos, infraestruturas/edifícios, fatores humanos e funcionais, normas, procedimentos e orientações. Vinculado a este conceito encontra-se a noção de erro, sendo nos cuidados de saúde definido como um desvio em relação a um plano previamente estabelecido. Este desvio é involuntário, embora não resulte de um mero acaso (Fragata, 2011).

Para Reason (2000), é necessário identificar as causas para se poder prevenir o risco. Após observação e análise de vários incidentes, propôs o Modelo do Queijo Suíço no sistema de acidentes (Figura 6). A abordagem do "queijo suíço" é um método que facilita a compreensão das razões por trás das falhas, permitindo identificar as causas e, com esse conhecimento, desenvolver medidas de controlo mais eficazes e realistas.

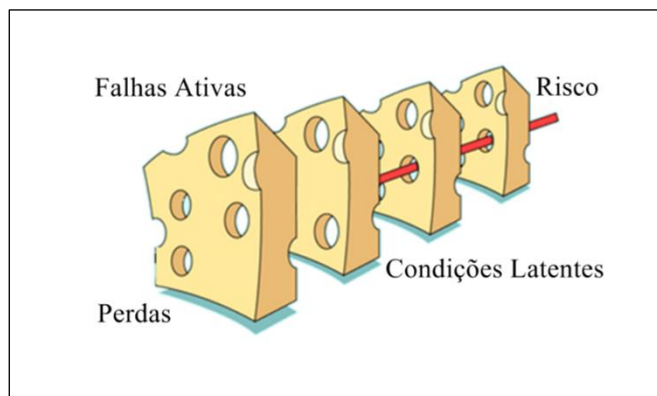


Figura 6 - Modelo do Queijo Suíço

Fonte: Reason (2000)

Este modelo é especialmente apropriado para sistemas de elevada tecnologia devido à presença de múltiplas camadas ou barreiras defensivas. De acordo com o autor, algumas destas camadas são designadas como alarmes, outras envolvem indivíduos que atuam em ações específicas, e outras dependem de procedimentos e controlos administrativos. A função principal deste modelo é proteger as vítimas e os bens contra perigos, geralmente alcançando o objetivo de maneira eficaz, mas sempre apresentando algumas vulnerabilidades. Portanto, estas camadas são comparadas a fatias de queijo suíço com diversos buracos, os quais estão constantemente abrindo e fechando, além de mudar de posição. Estes buracos como estão normalmente, não causam problemas, isto só acontece quando os buracos de várias camadas defensivas se alinham por momentos e permitem que o acidente venha acontecer (Reason, 2000).

Na ERPI, as estratégias de defesa contra a desidratação incluem várias medidas essenciais. A educação e formação contínua dos colaboradores são cruciais para assegurar a compreensão da importância da hidratação e a capacidade de identificar e prevenir a desidratação (Botigué et al., 2019). A implementação de protocolos rigorosos para monitorizar a ingestão de líquidos, mantendo registos diários detalhados e realizando revisões periódicas, garante que os residentes recebam a quantidade adequada de líquidos (Masot et al., 2018). A adaptação do ambiente físico para facilitar o acesso à água potável, com fontes de água facilmente acessíveis em todas as áreas da ERPI, incentiva a ingestão de líquidos (Paulis et al., 2018). No entanto, falhas podem ocorrer em qualquer uma dessas camadas de defesa, como na formação insuficiente de cuidadores ou na monitorização inadequada da ingestão de líquidos. A aplicação do modelo do queijo suíço na gestão de risco de desidratação em idosos institucionalizados destaca a necessidade de uma abordagem

integrada, onde cada barreira seja reforçada para minimizar as falhas, e a comunicação otimizada para garantir uma resposta rápida e eficaz quando estas falhas são identificadas (Reason, 2000).

A gestão de risco, como parte integrante da gestão estratégica, desempenha um papel fundamental na orientação das decisões diante de fenómenos cujos efeitos podem ter impactos significativos no desempenho da organização. Os riscos surgem como elementos que podem potencialmente desviar o curso das operações, tornando essencial antecipar e prevenir tais desvios por meio da implementação de medidas preventivas. Estas medidas visam mitigar os efeitos, positivos ou negativos, da incerteza associada aos riscos, conforme preconizado pela NP ISO 31000 sobre gestão de riscos - princípios e linhas de orientação. A incorporação da gestão de risco tem como meta estabelecer práticas abrangentes de identificação, análise, avaliação, tratamento, revisão, monitorização e registo dos principais riscos (Núcleo de Qualidade e Gestão do Risco/GAQGR, 2020).

A origem do conceito de gestão de risco decorre da necessidade humana de procurar o controlo e prevenção de incidentes, visando melhorar a qualidade dos serviços oferecidos. Em conformidade com a afirmação de Florence Nightingale de que " o primeiro requisito num hospital é que não deveria haver nenhum dano para o doente...", torna-se imperativo estabelecer mecanismos que reduzam ao mínimo a probabilidade de ocorrência de erros (Esteves, 2015).

Este conceito teve origem nos Estados Unidos da América na década de 70, em resposta ao aumento significativo de reclamações dirigidas a hospitais e outras instituições de saúde. Este cenário resultou em custos substanciais associados a indemnizações e prémios de seguros. Como resposta a esta necessidade, foram estabelecidas as bases para o desenvolvimento e implementação de programas de gestão de risco, sendo criada a American Society for Hospital Risk Management, atualmente conhecida como American Society for Healthcare Risk Management (Gonçalves, 2008).

Em Portugal, o início da Gestão do Risco ocorreu no final da década de 90, impulsionado pelos projetos de melhoria da qualidade em saúde, sob a orientação do "Caspe Healthcare Knowledge System" (anteriormente conhecido como King's Found) e da Joint Commission International (JCI). A análise dos dados provenientes destes projetos demonstrou que a gestão de risco é uma metodologia de excelência capaz de melhorar a segurança de todos os envolvidos (Esteves, 2015).

A OMS propôs desafios para que os países estabelecessem e implementassem um Sistema de Registo de Incidentes. Em Portugal, esse propósito tornou-se realidade em 2009,

no âmbito do Programa Nacional de Acreditação em Saúde, que visa essencialmente difundir a cultura de melhoria contínua da qualidade e segurança no Serviço Nacional de Saúde.

Um programa de gestão de risco pode ser definido como um conjunto de procedimentos destinados a fomentar a cultura de segurança nas organizações de saúde (Gonçalves, 2008). São eles:

- Desenvolver e instituir procedimentos para reconhecer e classificar riscos;
- Estabelecer sistemas para lidar com os riscos identificados, eliminando-os ou reduzindo-os a um nível aceitável;
- Diminuir o impacto direto e subsequente, assim como o custo de incidentes potenciais, por meio da implementação de medidas de apoio eficazes;
- Proteger a organização e a sua equipa de possíveis responsabilidades legais (Gonçalves, 2008).

A abordagem ao risco deve ser concebida como um meio de prevenir erros, em vez de ser vista como uma medida punitiva. É mais crucial compreender porque é que o erro ocorreu do que identificar quem errou, analisando os fatores subjacentes e determinando ações para evitar a recorrência da situação (Ramos & Trindade, 2011).

A gestão eficaz do risco é um componente vital na garantia da qualidade e segurança nos serviços das ERPI. Em ambientes complexos e dinâmicos, onde as necessidades dos residentes variam, a identificação proativa e gestão cuidadosa de riscos tornam-se essenciais para prevenir incidentes adversos, como quedas, erros de medicação e infeções. Além de contribuir para a prevenção, a gestão do risco fortalece a resiliência organizacional diante de desafios inesperados (Reason, 2000).

A incorporação da gestão do risco nas operações diárias das ERPI prepara-os para antecipar, responder e aprender com desafios, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos serviços. Destaca-se a importância de ferramentas de avaliação, incluindo a cultura de segurança, como uma preocupação comum em vários artigos (Vincent, 2010). Além disso, reconhece-se o papel crucial dos profissionais de saúde na perceção e promoção da segurança do residente, enquanto intervenções baseadas em evidências são mencionadas como estratégias-chave para desenvolver e melhorar a segurança nas ERPI (Sammer et al., 2010). Em todos os contextos de assistência à saúde, a cultura de segurança é considerada um indicador essencial de qualidade (Hudson, 2003).

### **2.11.3. Gestão do Risco em ERPI**

No cenário dinâmico dos cuidados a PI, as ERPI desempenham um papel essencial, proporcionando um ambiente de acolhimento e assistência a indivíduos que alcançaram a fase sénior de suas vidas. Entretanto, o cuidado a esta população única e frequentemente vulnerável procura uma atenção cuidadosa à gestão de riscos específicos associados ao envelhecimento e às particularidades de saúde.

Este subcapítulo explora a importância crítica da gestão de risco em ERPI, destacando não apenas os desafios inerentes a este ambiente singular, mas também os benefícios tangíveis que uma abordagem proativa à segurança e qualidade pode oferecer. Uma gestão de risco eficaz não só protege os residentes de potenciais perigos, mas também eleva a eficiência operacional e contribui para a entrega de cuidados excepcionais.

Ao entrar neste domínio complexo, será fundamental compreender a contextualização legal e normativa que orienta as práticas nas ERPI, bem como os desafios específicos que surgem no contexto do envelhecimento. Serão explorados os princípios fundamentais que permeiam uma gestão de risco eficiente, detalhando estratégias de identificação, avaliação e mitigação de riscos, sempre com o intuito de promover a segurança e o bem-estar dos residentes.

Através do estudo de caso, procura-se ilustrar como os princípios teóricos se traduzem em ações concretas, proporcionando uma visão holística da gestão de risco nas ERPI. Isto serve como um guia abrangente para todos os profissionais e interessados em promover ambientes seguros e de qualidade para a população idosa em ERPI.

A ideia de qualidade abrange diversas aplicações, incluindo bens, produtos ou serviços, e, por essa razão, pode assumir várias concepções dependendo do contexto. No entanto, a Associação Francesa de Normalização propôs a seguinte definição para qualidade: a qualidade de um produto ou serviço refere-se à sua capacidade de satisfazer as necessidades dos utilizadores (Fey & Gogue, 1989). Pode ser também descrita como um conjunto de atributos de um produto ou serviço que proporcionam a capacidade de atender às necessidades expressas ou subjacentes do cliente.

Quando aplicada à área da saúde, Couvreur (2001) refere que a definição de qualidade está inevitavelmente associada ao conceito de saúde, que engloba, por exemplo: a) O bom estado físico de um ser vivo, com funcionamento regular e harmonioso do organismo por um período considerável; b) O funcionamento mais ou menos harmonioso do organismo ao longo de um período significativamente extenso; c) O equilíbrio e harmonia da vida psíquica;

d) O estado de completo bem-estar físico, mental e social, não se limitando apenas à ausência de doença.

Portanto, ao promover serviços de saúde, uma organização procura fornecer assistência por meio de atividades que visam satisfazer as necessidades dos utentes. É crucial alcançar eficácia nos serviços para avaliar os benefícios resultantes de tratamentos ou serviços específicos em termos do ganho na qualidade de vida.

À medida que se entra na gestão de risco em ERPI, torna-se imperativo traçar uma ponte entre a teoria e a prática, entre os princípios fundamentais e as experiências concretas retratadas nos artigos consultados que compõem este capítulo. Cada peça deste “quebra-cabeça académico” oferece uma perspetiva única, contribuindo para a compreensão abrangente da gestão de risco neste contexto crucial.

#### 2.11.3.1. Perceções dos Profissionais de Saúde sobre Cultura de Segurança

As perceções dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança emergem como um tema relevante (Kim et al., 2022; Ree & Wiig, 2019). Kim et al. (2022) destaca a importância de considerar a perspetiva dos profissionais de saúde no contexto da segurança do residente em ERPI, sugerindo que as experiências e avaliações destes profissionais desempenham um papel significativo na eficácia das práticas de segurança implementadas. Os autores Ree & Wiig (2019), ao investigarem as perceções dos profissionais de saúde que trabalham em serviços de cuidados domiciliários e ERPI na Noruega, observaram uma variação nas dimensões da cultura de segurança. Enquanto as dimensões "trabalho em equipa" e "pessoal" são cruciais nos serviços de cuidados domiciliários, nas ERPI, a "abertura de comunicação" e o "pessoal" desempenham papéis mais significativos.

Estas diferenças nas dimensões destacam a complexidade da cultura de segurança, que pode ser moldada por características específicas de cada contexto de prestação de cuidados. Segundo os artigos destes autores, a atenção dada às perceções dos profissionais de saúde destaca a importância de envolver a equipa na promoção de uma cultura de segurança sólida, evidenciando que as suas experiências e visões desempenham um papel crucial na melhoria contínua da segurança do residente.

#### 2.11.3.2. Intervenções para Melhorar a Segurança nas ERPI

Existem intervenções fundamentais para melhorar a segurança nas ERPI, adotando-se abordagens complementares (Marshall et al., 2018; Rand et al., 2021).

Segundo Marshall et al. (2018), é delineada uma intervenção abrangente, incorporando a formação dos colaboradores destacando a importância da segurança e promovendo práticas proativas na gestão de riscos, medição de desempenho para avaliar e monitorizar a segurança nas ERPI e mudanças culturais onde procuram transformar as atitudes dos colaboradores, incentivando o comprometimento e a valorização da segurança dos residentes. A inovação de medidas passa pelo empoderamento e confiança dos colaboradores para sugerir e implementar novas ideias de segurança, inovações como personalização de andarilhos, uso de capas antiderrapantes e estratégias para incentivar a hidratação e o envolvimento ativo de famílias e residentes na melhoria da segurança.

Esta estratégia abrangente, reconhece a natureza multifacetada dos desafios relacionados à segurança em ERPI. O destaque na mudança cultural sublinha a importância de uma transformação profunda nas práticas, indo além de soluções pontuais para criar um ambiente sustentável e seguro para os residentes.

Por outro lado, o estudo de Rand et al. (2021) destaca a importância de medidas indicadoras de segurança em ERPI, sublinhando a necessidade de uma abordagem baseada em evidências para mitigar danos evitáveis e minimizar riscos desnecessários. O autor enfatiza a complexidade da melhoria da segurança, destacando a integração de atividades organizacionais, liderança eficaz e uma cultura favorável à qualidade.

A avaliação abrangente é crucial para melhorar a segurança, considerando aspetos informativos em diferentes níveis. Em ERPI, enfrenta-se a tensão entre criar um ambiente acolhedor e proteger os residentes de potenciais riscos, como quedas, úlceras de pressão e desidratação. A ênfase na salvaguarda reflete a vulnerabilidade dos residentes, visando garantir que vivam com segurança. Este estudo destaca desafios únicos no setor de cuidados a idosos, incluindo limitações na qualificação da força de trabalho, isolamento relativo dos lares e conexões frágeis com serviços comunitários.

#### 2.11.3.3. Cultura de Segurança em ERPI

A revisão sobre a cultura de segurança em ERPI, explorada nos artigos consultados, oferece *insights* valiosos sobre a compreensão e aperfeiçoamento da cultura de segurança nestes contextos específicos.

Kim et al. (2022), destaca a diversidade de ferramentas utilizadas para medir a segurança dos residentes em ERPIs, centrando-se principalmente na cultura de segurança e nas atitudes dos profissionais de saúde. Este enfoque ressalta a importância de considerar as perspetivas e práticas dos profissionais no desenvolvimento de estratégias eficazes para

promover um ambiente seguro para os residentes. Um exemplo prático mencionado é o "*Nursing Home Survey on Patient Safety Culture*", que é um questionário que abrange uma variedade de tópicos relacionados à segurança, como comunicação aberta entre colaboradores, trabalho em equipa, gestão de risco, assim como feedback sobre erros e eventos adversos. Através de perguntas específicas, procura-se entender as percepções e atitudes dos colaboradores em relação à segurança dos residentes. O questionário é projetado para proporcionar *insights* sobre diferentes aspetos da cultura organizacional, identificando pontos fortes e áreas que podem precisar de melhorias.

Gartshore et al. (2017), também aborda a pesquisa existente sobre a cultura de segurança em ERPI. Aponta para a predominância de abordagens quantitativas destacando a importância da avaliação e medição dessa cultura, mencionando a ferramenta mais adotada em hospitais, o "*Agency for Healthcare Research and Quality-Hospital Survey on Patient Safety Culture*" (HSOPSC). Desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), uma agência do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, o HSOPSC é um instrumento padronizado que utiliza questionários e permite que as organizações avaliem as percepções e atitudes dos colaboradores em relação à segurança do utente. Este questionário é distribuído entre os profissionais de saúde de uma instituição, e as respostas são usadas para avaliar a cultura de segurança existente. É uma ferramenta amplamente utilizada em pesquisas e avaliações no setor de saúde, contribuindo para a compreensão da cultura organizacional e para impulsionar iniciativas de melhoria contínua da segurança do utente.

#### 2.11.3.4. Desafios na Qualidade e Segurança no Trabalho em ERPI

Ao debruçar-se sobre estudos de caso em duas ERPI e dois serviços de assistência domiciliar na Noruega, Johannessen et al. (2020) revela uma série de desafios interconectados. Os gestores enfrentam dificuldades na manutenção da continuidade nos cuidados, devido às baixas médicas e mudanças frequentes, enquanto os colaboradores lidam com cargas de trabalho mais pesadas e recursos limitados. Estes desafios resultam em menos tempo dedicado aos residentes e menor qualidade no acompanhamento. Este autor destaca a necessidade de liderança, uma cultura de abertura e aprendizagem, e um sistema para desenvolver, incorporar e manter melhorias na qualidade e segurança. O cenário de prestação de cuidados de saúde está a tornar-se mais complexo devido à demografia, preferências dos residentes e recursos limitados.

Os gestores têm a responsabilidade de fornecer serviços profissionalmente sólidos, trabalhar sistematicamente na melhoria da qualidade e segurança do utente, e ter uma visão abrangente dos desafios e riscos. No entanto, os desafios persistem na forma como os gestores planeiam, gerem e melhoram os serviços de saúde.

### **Capítulo III – FASE METODOLÓGICA**

Após uma revisão abrangente da literatura, que proporciona uma compreensão mais aprofundada das questões enfrentadas pelas PI, do processo de envelhecimento e da institucionalização, segue-se o estudo empírico. Nesta etapa, o investigador define os métodos para conduzir a investigação, determinando como obter respostas para a questão de investigação. Esta fase é crucial, pois envolve a seleção do desenho adequado ao problema de investigação, a seleção dos participantes e a utilização de instrumentos confiáveis e válidos para garantir a credibilidade dos resultados. O objetivo principal da fase metodológica é detalhar como é que a questão de investigação será abordada dentro de um desenho específico, delineando as atividades a serem realizadas ao longo da investigação (Fortin, 2009).

A escolha desta ERPI como local de estudo deve-se à facilidade de acesso, tanto aos residentes quanto aos profissionais que atuam na instituição, bem como à disponibilidade de informações e documentos internos relevantes. Além disso, a reputação consolidada da ERPI na comunidade e a sua longa trajetória no cuidado aos idosos foram fatores determinantes para esta escolha, sugerindo um elevado nível de comprometimento com a definição e implementação de estratégias para lidar com a desidratação entre os seus residentes.

O método adotado neste estudo é o estudo de caso observacional, uma vez que se considera ser a abordagem mais apropriada para alcançar os objetivos estabelecidos (Creswell, 2007). Segundo Ponte (2006), o estudo de caso é caracterizado como uma investigação que se concentra deliberadamente numa situação específica que se presume ser única ou especial em certos aspetos, procurando identificar o que há de mais essencial e característico nela, contribuindo assim para uma compreensão mais ampla de um determinado fenómeno de interesse. Portanto, esta metodologia oferece a vantagem de produzir informações de fácil compreensão, o que facilita a compreensão do fenómeno em questão, além de permitir que o investigador se concentre no ponto de interesse.

Desta forma, para este trabalho académico, considera-se que a metodologia do estudo de caso é, a melhor forma de se perceber a realidade organizacional.

Optou-se, então, por um desenho de estudo misto com estratégia exploratória, descritiva e transversal (Farias Filho et al., 2019; Meirinhos & Osório, 2010; Rosa, 2013). Isto significa que a recolha e análise de dados quantitativos precedem a recolha e análise de dados qualitativos, permitindo uma primeira fase com um enfoque sociodemográfico,

seguida de uma fase mais exploratória, pois visa desenvolver, esclarecer e ajustar conceitos e ideias, com o intuito de formular problemas mais precisos para investigações posteriores. Esta abordagem foi selecionada devido ao tema escolhido ser pouco explorado (Gil, 2008; Rosa, 2012). É transversal pois a subsequente recolha de dados foi efetuada num único período específico (Sanchez et al., 2023). É apresentada na Figura 7, a estratégia de investigação elaborada tendo em conta a estratégia exploratória e descritiva adotada no estudo.

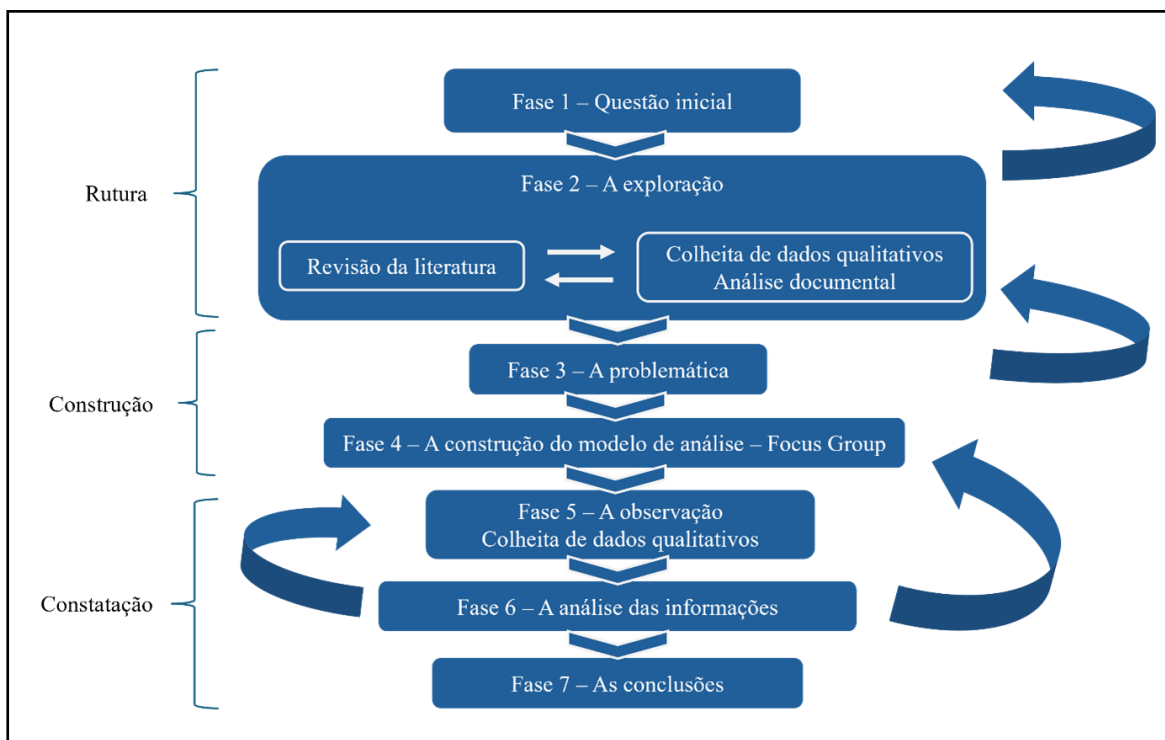


Figura 7 - Estratégia de investigação – exploratória e descritiva

Fonte: Adaptado de Quivy & Campenhoudt (2008)

Conforme Meirinhos & Osório (2010), os estudos descritivos caracterizam-se pela apresentação detalhada de um fenómeno dentro do seu contexto. Lundin (2016) complementa, destacando que este tipo de estudo visa descrever as características de uma determinada população ou organização, fazendo uso de técnicas padronizadas de recolha de dados, como questionários e observação sistemática. Estes estudos fornecem uma compreensão do fenómeno num contexto previamente conhecido pelo investigador, o que sugere que os estudos de caso tendem a ser descritivos, abrangendo uma ampla variedade de objetivos (Rosa, 2012).

Segundo Romanowski et al. (2019), do ponto de vista dos objetivos, esta pesquisa exploratória tem o intuito de se ter maior familiaridade com o problema. Envolve uma proximidade com as pessoas que tiveram experiências práticas com o problema de investigação e pesquisa bibliográfica tal como os estudos de caso.

### 3.1. CARACTERIZAÇÃO DA ERPI EM ESTUDO

O objeto de análise deste Projeto Aplicado foi realizado numa ERPI do concelho de VFX. Através desta exploração minuciosa, é necessário procurar compreender a essência e complexidade desta instituição dedicada ao cuidado de PI. Descrevem-se os principais elementos que compõem esta ERPI, desde as suas instalações físicas até às suas práticas de cuidado e filosofia institucional. Ao delinear estes aspetos, proporciona-se uma visão abrangente que servirá como base para análises mais aprofundadas sobre a qualidade, segurança, gestão e eficácia dos serviços oferecidos. A caracterização detalhada desta ERPI não apenas enriquecerá este documento sobre o seu funcionamento, mas também contribuirá para a contextualização necessária à avaliação crítica e ao acompanhamento contínuo da assistência prestada aos residentes.

Esta instituição tem uma longa história de compromisso com a assistência aos mais necessitados desde o século XVI. Em 1894, consolidou a sua presença ao incorporar um hospital de caridade instituído em 1851 por uma figura notável da região. A fusão foi oficializada em 1914, alcançando o status de Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS).

Inicialmente focada em serviços hospitalares, a instituição sempre manteve um apoio constante aos idosos desde janeiro de 1935 até aproximadamente 1978, com duas enfermeiras dedicadas exclusivamente a esta assistência. Com o desenvolvimento do hospital do concelho, a organização adaptou-se às necessidades emergentes.

Em 1978, a instituição consolidou a sua transição para um Lar de Idosos, celebrando acordos de cooperação para acolher 60 residentes. A capacidade foi ampliada em 1982 para acomodar 66 utentes, incluindo a introdução de valências como centro de dia e apoio domiciliário, proporcionando serviços a vinte idosos e dez famílias, respetivamente.

O período entre 1984 e 1996 testemunhou fases sucessivas de remodelação e expansão das instalações para melhorar a funcionalidade e a capacidade de alojamento, culminando num Lar de Idosos capaz de acolher 124 residentes.

Hoje, a instituição está comprometida em melhorar continuamente a qualidade de vida dos residentes, continuando o seu processo de modernização e aquisição de novos equipamentos. Oferece um leque diversificado de serviços, incluindo ERPI/Lar, Centro de Dia, Apoio Domiciliário e Apoio Social à Comunidade. Serviços Básicos aos Utentes: higiene, conforto e alimentação/hidratação. Serviços de Saúde: cuidados médicos e de enfermagem, nutrição, fisioterapia, apoio social e psicológico, animação sociocultural, sala Snoezelen, atividades de ginástica e musicoterapia.

### **3.1.1. Missão**

Colaborar para salvaguardar a segurança financeira e o bem-estar dos cidadãos em fases avançadas da vida e em circunstâncias especiais de redução ou ausência de recursos financeiros, assim como de capacidade laboral. Além disso, a instituição tem a possibilidade de estabelecer e ampliar outras formas de intervenção social que atendem às reais necessidades da comunidade.

### **3.1.2. Visão**

A entidade localizada no concelho de VFX oferece os serviços mais excelentes aos seus beneficiários, garantindo-lhes completa satisfação, enquanto assegura o atendimento das necessidades fundamentais da sua equipa e contribui de maneira útil para promover o progresso social a nível local.

### **3.1.3. Valores**

Os alvos que procuram atingir são alcançados mediante a adesão a um conjunto de valores que sempre foram respeitados na instituição, nomeadamente:

a) Prática ética nas relações - advogam e aplicam princípios éticos em interações pessoais, profissionais e institucionais, na gestão de recursos limitados e na aplicação de critérios de equidade.

b) Enfoque nas Pessoas - demonstram um claro compromisso com o bem-estar das pessoas, especialmente aquelas que se encontram em situação de carência.

c) Compromisso Social - assumem, de forma contínua, a responsabilidade social para com a comunidade e outros intervenientes no ambiente interno e externo.

d) Desenvolvimento dos Colaboradores - procuram ser uma instituição na qual todos os colaboradores podem encontrar espaço para seu desenvolvimento pessoal e profissional.

e) Inovação - demonstram abertura à inovação, desenvolvendo soluções flexíveis que possibilitam oferecer cuidados superiores aos beneficiários.

### 3.1.4. Estrutura Organizacional

A gestão eficiente de uma ERPI depende de uma clara e bem definida estrutura organizacional. A estrutura hierárquica garante que todas as necessidades dos residentes sejam atendidas de maneira eficiente e eficaz, promovendo um ambiente de cuidado e bem-estar. A equipa total de 104 colaboradores é composta por uma diversidade de profissionais que contribuem para oferecer cuidados holísticos aos residentes. O organograma encontra-se em anexo (Anexo I). Esta equipa inclui:

Quadro 2 - Distribuição dos colaboradores por categorias profissionais

<b>Categoria</b>	<b>Nº de trabalhadores</b>
Diretora de Serviço	2
Enfermeira chefe	1
Enfermeiras	4
Psicóloga	1
Nutricionista	1
Fisioterapeuta	3
Chefe de departamento	1
Encarregada geral	1
Educadora social	2
Cozinheira chefe	1
Encarregada de setor	5
Ajudante de fisioterapia	1
Ajudante de apoio a pessoas com deficiência	1
Escriturárias	5
Cozinheira	5
Fiel de armazém	1
Serralheiro	1
Rececionista	3
Ajudante de ação direta	35
Motorista	2
Trabalhador auxiliar	28
Total	104

### 3.2. ESTUDO DE CASO

O estudo de caso é uma metodologia que se foca numa análise detalhada de um caso individual, procurando explicar a dinâmica de uma situação específica. Esta metodologia investiga um caso bem delimitado, contextualizado no tempo e no lugar, com o objetivo de procurar informações e construir uma compreensão detalhada do tema (Ventura, 2007). Pode direcionar a atenção para um ambiente natural específico, examinando processos, interações e conexões de forma integrada, utilizando diversos métodos de recolha de dados para compreender a complexidade de uma situação ou contexto (L. Cohen et al., 2017; Merriam, 1988).

Os estudos de caso geralmente têm um enfoque qualitativo, exploratório e descritivo, embora possam ser quantificados. São frequentemente combinados com estudos quantitativos para criar um quadro mais completo da situação. Realizados no contexto real dos sujeitos, proporcionam uma visão autêntica das situações investigadas. Fontes de informação podem incluir documentos, observações, entrevistas e *focus group* (Romanowski et al., 2019).

Entre os pontos fortes dos estudos de caso estão a facilidade de realização, a capacidade de estudar relações complexas entre fenómenos, baixo custo, observação intensiva de cada caso e a apresentação acessível dos resultados. No entanto, apresentam limitações como a dificuldade de generalizar as descobertas, o potencial viés nos resultados, o número reduzido de indivíduos estudados e a ausência de grupos de controlo (Romanowski et al., 2019).

Ao ser utilizado um estudo de caso neste trabalho académico, poderá investigar-se profundamente o tema da desidratação nas PI desta ERPI em particular. Este método permitirá analisar fatores individuais e institucionais que contribuem para a desidratação, como condições de saúde pré-existentes, hábitos alimentares, ingestão de líquidos, práticas de cuidado e políticas institucionais específicas da ERPI.

A aplicação de uma abordagem qualitativa e exploratória permitirá a recolha de dados ricos e variados dos residentes, cuidadores e profissionais de saúde, além de observações diretas e análise de documentos clínicos. Isto proporcionará uma compreensão abrangente e detalhada das circunstâncias e dinâmicas que levam à desidratação, identificando tanto os fatores de risco quanto as possíveis intervenções.

A metodologia do estudo de caso, conforme discutido por Romanowski et al. (2019), é particularmente adequada para examinar problemas complexos em contextos reais, como

a desidratação em ERPI. Apesar das limitações, como a dificuldade de generalização dos resultados, os *insights* obtidos podem informar sobre as práticas específicas para melhorar a gestão da hidratação entre as PI.

Assim, este trabalho de mestrado poderá não apenas contribuir para a literatura académica sobre desidratação em PI, mas também fornecer recomendações práticas para a ERPI, ajudando a desenvolver estratégias eficazes de prevenção e tratamento da desidratação, melhorando assim a saúde e o bem-estar dos residentes.

### 3.3. POPULAÇÃO

A população-alvo deste estudo compreende todos as PI residentes na ERPI durante os anos de estudo, totalizando 193 idosos. Nesta população estão incluídos 118 utentes vivos/ativos, bem como 75 utentes que foram falecendo ao longo dos anos 2022 e 2023.

De acordo com o Artigo 6º da Portaria nº 67/2012 de 21 de março, uma ERPI com capacidade superior a 80 residentes deve organizar-se por unidades funcionais. Cada unidade funcional é definida como um conjunto de áreas funcionais, fisicamente agrupadas e equipadas, destinadas ao alojamento dos residentes num ambiente confortável e humanizado, proporcionando a prestação dos serviços necessários.

A população está distribuída da seguinte forma nos diferentes setores da ERPI (Tabela 1):

Tabela 1 - Distribuição das PI na ERPI

Setor	Pessoas idosas	
	n	%
A (homens)	37	19,17
B (demência)	36	18,65
C (mulheres)	45	23,32
Falecidos	75	38,86
<b>Total</b>	<b>193</b>	<b>100</b>

#### Organização por Necessidades Específicas:

- **Setor A (Homens):** Agrupar os homens num setor específico permite uma melhor gestão das necessidades específicas relacionadas ao género, como rotinas de higiene,

atividades recreativas e sociais, bem como a criação de um ambiente mais personalizado e confortável.

- **Setor B (Demência):** A criação de um setor específico para PI com demência é fundamental para oferecer um ambiente seguro e adequado. Este setor pode ser projetado para minimizar a desorientação e a ansiedade, proporcionando um espaço mais controlado e supervisionado, adequado às necessidades especiais destes residentes.
- **Setor C (Mulheres):** Similar ao Setor A, agrupar as mulheres num setor específico permite uma atenção mais focada nas necessidades e preferências deste grupo, promovendo um ambiente mais confortável e seguro.

Utilizar a população total dos residentes da ERPI é uma abordagem robusta que pode proporcionar uma compreensão completa e detalhada. Apesar das dificuldades em termos de tempo e recursos, esta abordagem permite uma análise precisa e abrangente, essencial para a formulação de recomendações eficazes e melhorias no modelo de gestão (Cohen et al., 2017).

O processo de recolha de dados foi executado com total respeito à privacidade e confidencialidade dos dados dos participantes. Todas as informações obtidas foram utilizadas exclusivamente para os propósitos deste trabalho académico.

### 3.4. VARIÁVEIS EM ESTUDO

As variáveis desempenham um papel essencial em todos os tipos de estudos. A classificação das variáveis pode ser realizada com base na função que desempenham na pesquisa. Neste contexto, a autora Fortin (2009) categoriza as variáveis como dependentes e independentes, atributos e estranhas. No âmbito deste estudo, são consideradas as variáveis dependentes e independentes.

#### 3.4.1. Variável dependente

A variável dependente, também conhecida como variável critério ou variável explicada, é aquela que é influenciada pela variável independente. Noutras palavras, a variável dependente é o resultado, a resposta ou a medida que os investigadores estão interessados em estudar – a desidratação (Fortin, 2009). Definiu-se então para este estudo

como variável dependente o estado de hidratação do idoso, através do diagnóstico obtido por avaliação dos parâmetros clínicos e analíticos.

### **3.4.2. Variável independente**

A variável independente, também conhecida como variável experimental, é aquela que o investigador altera ou controla durante o estudo e é vista como a causa do efeito observado na variável dependente. É chamada de "independente" porque é assumido que a sua variação não é influenciada por outras variáveis da investigação. Esta relação constitui a base para fazer previsões e é articulada por meio da formulação de hipóteses (Fortin, 2009). Neste estudo, foram escolhidas as seguintes variáveis independentes: género, idade, origem geográfica, estado civil, peso, patologias associadas, medicação, assim como fatores fisiológicos, de saúde, institucionais, ambientais, comportamentais e barreiras na comunicação.

## **3.5. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS**

Os instrumentos de recolha de dados, para caracterização sociodemográfica da ERPI, assim como para avaliação da gestão de risco associada à desidratação das PI, foram construídos com base nos dados fornecidos pela instituição, pela análise documental e pela criação de uma grelha de observação construída e validada em conjunto com um *focus group*.

### **3.5.1. Dados secundários**

Dados recolhidos e documentados por outros investigadores ou fontes, como livros, artigos, processos clínicos, relatórios governamentais e bancos de dados existentes.

A análise de dados secundários provenientes da revisão de documentos desempenha um papel fundamental na construção de uma base robusta para a pesquisa em questão (Bryman, 2016). A recolha destes dados, como género, estado civil, idade, origem geográfica e peso têm como objetivo caracterizar os residentes da ERPI. Estas informações são fundamentais para se poder compreender o perfil sociodemográfico dos indivíduos que residem na instituição, caracterizando as suas necessidades e contextos individuais.

A análise documental inclui documentos que podem ser lidos, que não foram produzidos especialmente para uma investigação, foram arquivados e preservados garantindo a sua disponibilização e acesso para a análise e são relevantes para o investigador (Bryman, 2016). Exemplo destes documentos são as notas de alta hospitalar incluídas nos

processos clínicos dos residentes, que oferecem uma visão detalhada e objetiva dos episódios de atendimento de saúde, permitindo a identificação da prevalência da desidratação no idoso nesta ERPI.

Assim, os dados incluídos nos processos clínicos dos residentes foram fornecidos pela instituição de forma retrospectiva. Todos os processos clínicos encontram-se no gabinete médico, organizados por setor e alfabeticamente. A variedade de documentos ou formulários utilizados nos processos clínicos, e em certos casos a falta deles (que exigiu a procura da informação relevante nos textos livres das notas clínicas), tornaram a consulta mais difícil aos colaboradores que ajudaram a contribuir para esta investigação e resultaram num aumento significativo do tempo necessário, prolongando o período além do inicialmente planeado.

A informação recolhida incluiu:

- Dados demográficos (género, idade, estado civil, origem geográfica e peso)
- Patologias associadas
- Medicação diurética
- Nº de idas à urgência hospitalar
- Nota de alta com desidratação
- Motivo de ida à urgência hospitalar
- Análises clínicas / Parâmetros analíticos (ureia; creatinina)

Realizou-se também o diálogo verbal informal tanto com a enfermeira chefe quanto com outros colaboradores da instituição nomeadamente a nutricionista, com o objetivo de esclarecer questões e validar informações dos registos clínicos.

### **3.5.2. Dados primários**

Dados recolhidos diretamente da fonte original nomeadamente observações e *focus group*.

De acordo com Flick (2005), a observação não participativa é um método sistemático que se distingue pela ausência de envolvimento direto do investigador com o contexto em estudo. Neste caso, o investigador atua meramente como observador, sem participação ativa no ambiente observado. No presente estudo, optou-se por empregar a observação como método-chave, tendo por base uma grelha de observação, para recolher informações em tempo real sobre os fatores de risco que podem levar à desidratação das PI. Ao contrário de questionários ou entrevistas, que dependem da autoavaliação ou da memória dos participantes, a observação oferece uma visão imediata e não filtrada dos eventos, comportamentos e interações (Baimyrzaeva, 2018). Foi desenvolvida meticolosamente uma

grelha de observação, projetada para guiar a recolha de dados primários. Esta ferramenta agiliza o processo de recolha de dados pela sua estrutura organizada, é flexível o suficiente para ser adaptada às especificidades da investigação em questão, permite que outros investigadores reproduzam a observação usando a mesma grelha e simplifica a análise de dados ao organizar as observações de acordo com as variáveis previamente determinadas.

#### 3.5.2.1. Grelha de observação

A grelha de observação é uma ferramenta utilizada em pesquisas e estudos de campo para registar de forma estruturada e sistemática as observações realizadas em determinado contexto.

Segundo Quivy & Campenhoudt (2008), a grelha de observação é concebida para o investigador registar diretamente os elementos que são recolhidos durante a observação. Portanto, o seu propósito é auxiliar na obtenção de informações específicas e definidas das pessoas ou unidades de observação incluídas na amostra. Esta ferramenta atua como um guia dos comportamentos a serem observados, visando fornecer todos os dados apropriados e necessários para responder às perguntas de investigação. Os autores descrevem a grelha de observação como um documento ou formulário organizado em linhas e colunas, onde são registadas informações específicas sobre os eventos, comportamentos ou características observadas. Esta ferramenta permite ao investigador recolher dados de maneira padronizada e objetiva, facilitando a análise e interpretação dos resultados.

A partir da análise dos fatores de risco identificados no Diagrama de *Ishikawa* (Figura 5), foi elaborada a grelha de observação (Apêndice I) para a investigação sobre desidratação na ERPI e validada posteriormente pelo *focus group*. Esta grelha foi construída considerando os fatores de risco já mencionados anteriormente, agrupados nas seguintes categorias (também já descritas anteriormente): Fatores Fisiológicos, Fatores de Saúde, Fatores Institucionais, Fatores Ambientais, Fatores de Comportamento e Barreiras na Comunicação. Cada categoria foi subdividida em critérios de observação, correspondentes aos fatores de risco identificados. Estes itens foram formulados de maneira a possibilitar a observação sistemática e detalhada das situações relacionadas à hidratação dos residentes na instituição (Guião de orientação para preenchimento da grelha de observação) (Apêndice II).

A grelha de observação serve como instrumento para registar e analisar as interações, práticas e ambientais que podem influenciar o estado de hidratação dos residentes, contribuindo assim para a identificação de áreas de intervenção e melhoria na promoção da

hidratação adequada na ERPI. Foi preparada com o intuito de conduzir a observação não participante, uma das principais técnicas para investigar o comportamento humano no seu ambiente. A observação, como método de recolha de dados, requer consideração cuidadosa, pois envolve a obtenção de informações sobre o objeto de estudo sem que o investigador emita juízos de valor antecipadamente sobre a situação. A observação foi conduzida em ambientes naturais, registando-se todos os detalhes observados (Babbie, 2010).

A observação não participante é uma técnica de pesquisa em que o investigador permanece como um observador externo, sem se envolver diretamente nas atividades ou interações que estão a ser observadas. Neste tipo de observação, o investigador mantém uma postura mais distante e objetiva, simplesmente registando e documentando o que acontece no ambiente em estudo. A observação não participante é frequentemente utilizada em estudos onde a presença ativa do investigador pode interferir nos comportamentos naturais dos participantes ou quando é necessário manter uma certa distância para garantir a objetividade dos dados recolhidos (Marietto, 2018).

#### 3.5.2.2. *Focus Group*

Grupo focal em português, ou *focus group* em inglês. *Focus group* é uma técnica qualitativa de pesquisa em que um moderador facilita uma discussão com um grupo de especialistas participantes sobre um tópico específico (Silva et al., 2014).

Foi desenvolvido um *focus group* com a participação da diretora técnica, da médica de apoio à instituição, da enfermeira responsável, da nutricionista, da assistente social e da encarregada das ajudantes de ação direta, para garantir uma abordagem multidisciplinar abrangente. A presença destes profissionais é crucial pois cada um traz uma perspetiva especializada e essencial para compreender os diversos aspetos da desidratação em idosos institucionalizados. A diretora técnica contribui com o conhecimento do processo administrativo e estratégico como um todo, a médica e a enfermeira garantem a visão clínica necessária, a nutricionista oferece *insights* sobre a importância da hidratação na dieta diária, a assistente social aborda o contexto social das PI e a encarregada das ajudantes de ação direta proporciona uma visão prática das operações diárias e do cuidado direto. Esta composição assegura que todas as dimensões relevantes sejam consideradas, promovendo uma análise robusta e eficaz das necessidades e soluções. Este *focus group* teve como assunto principal, a validação semântica e de conteúdo para assegurar a qualidade e adequação da grelha de observação.

Num *focus group*, os participantes são encorajados a expressar livremente as suas ideias e a interagir uns com os outros. O investigador, como moderador, orientou a discussão, utilizando temas, sugestões e perguntas abertas, apresentando estímulos visuais ou materiais relevantes para estimular a conversa. As interações sociais no *focus group* podem revelar diferentes perspetivas e enriquecer a compreensão do investigador sobre o tema de estudo (Silva et al., 2014). Todo o guião/consentimento do *focus group* encontra-se em apêndice (Apêndice III).

O processo de validação incluiu:

**Revisão do Conteúdo:** Os especialistas avaliaram se os itens abordados eram claros, relevantes e abrangentes para o objeto da investigação.

**Adequação ao Contexto:** Discutiram a aplicabilidade dos itens no contexto específico da ERPI, garantindo que fossem pertinentes e facilmente compreensíveis pelos profissionais que utilizariam a grelha.

**Sugestões de Melhoria:** Foram identificadas e incorporadas melhorias baseadas no *feedback* do *focus group*, ajustando a redação e a ordem dos ítems conforme necessário.

A realização do *focus group* revelou-se extremamente produtiva, permitindo ajustes significativos na grelha de observação. A colaboração multidisciplinar não só garantiu a inclusão de múltiplas perspetivas como também resultou numa ferramenta mais robusta e adequada às necessidades da instituição. A qualidade e a aplicabilidade da grelha foram significativamente melhoradas, proporcionando uma base sólida para a sua implementação.

### 3.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Durante o desenvolvimento da investigação foram garantidos os princípios éticos relacionados com o sigilo da informação obtida através dos instrumentos de recolha de dados e pelo fornecimento de dados dos processos clínicos por parte da instituição. Face ao exposto a Comissão de Ética emitiu parecer favorável porquanto são cumpridos os requisitos éticos no projeto em apreciação (Anexo II). A ERPI e os residentes participaram voluntariamente e disponibilizaram-se a integrar a investigação, após consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice IV). A ERPI manifestou o seu consentimento respondendo ao pedido enviado, por correio eletrónico (Anexo III).

### 3.7. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Dado o grau de análise estatística desejado, após a recolha de dados, estes foram inseridos numa base de dados Microsoft Excel 365.

O tratamento dos dados foi efetuado informaticamente com recurso ao programa de tratamento estatístico R versão 4.2.2 (The R Project for Statistical Computing) para Windows 11. As características da amostra em estudo foram descritas utilizando medidas como média, desvio padrão, mínimo e máximo para variáveis contínuas.

## Capítulo IV – FASE EMPÍRICA

### 4.1. RESULTADOS E ANÁLISE DE DADOS

Depois de elaborar uma metodologia detalhada, é hora de obter dados mais aprofundados e refinados.

Os dados recolhidos podem ser tanto quantitativos quanto qualitativos. A grande parte dos projetos de investigação aplica informações qualitativas ou uma combinação de informações qualitativas e quantitativas. Analisar dados implica transformar informações qualitativas e quantitativas em informações que tenham significado e valor, de acordo com as questões e objetivos da pesquisa (Baimyrzaeva, 2018).

A estatística descritiva visa descrever e identificar as características das variáveis em análise, apresentando o perfil sociodemográfico dos participantes do estudo. Foram consideradas variáveis como género, idade, origem geográfica, estado civil, peso e frequência das visitas à urgência hospitalar em 2022 e 2023. Também foram registadas as vezes que essas visitas resultaram em diagnósticos de desidratação e os resultados das análises de ureia e creatinina, usando a média como indicador de tendência central.

#### 4.1.1. Dados Quantitativos - Caracterização sociodemográfica e de saúde

Pela análise na Tabela 2, os residentes que participaram no estudo (N = 193), apresentam idades compreendidas entre os 42 e os 103 anos, com uma idade média de 84,56 anos e um desvio padrão (DP) de 8,54 anos. A idade média de ingresso na ERPI das PI vivas (N = 118) é de 80,89 anos (DP = 9,65), variando entre os 25 e os 95 anos. Relativamente ao tempo de permanência na ERPI das PI vivas (N=118) varia entre 1 e 18 anos, sendo em média de 3,85 anos (DP = 3,22).

Tabela 2 - Idade dos participantes, idade de ingresso e tempo de permanência na ERPI das PI vivas

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
<b>Idade</b>	193	42	103	84,56	8,54
<b>Idade de ingresso na ERPI das PI vivas</b>	118	25	95	80,89	9,65
<b>Anos de permanência na ERPI das PI vivas</b>	118	1	18	3,85	3,22

A maioria tem 80 ou mais anos (79,79%), pertencendo, portanto, ao grupo etário dos muito idosos (Tabela 3).

São maioritariamente, do género feminino (60,62%) e viúvos (65,80%). Referente ao país de origem, 98,97% são portugueses e apenas 1,03% são originários de São Tomé e Príncipe e Guiné.

Tabela 3 - Grupo etário, género, estado civil e origem

		N	%
<b>Grupo etário</b>	Menos de 80 anos	39	20,21
	80-90 anos	111	57,51
	Mais de 90 anos	43	22,28
<b>Género</b>	Feminino	117	60,62
	Masculino	76	39,38
<b>Estado civil</b>	Casado	41	21,24
	Viúvo	127	65,80
	Solteiro	13	6,74
	Divorciado	12	6,22
<b>Origem</b>	Portugal	191	98,97
	Outro	2	1,03

Como se pode verificar na Tabela 4, os participantes do estudo (N = 97), apresentam um peso compreendido entre os 30,3 e 112 Kg, com uma média de 66,01 Kg (DP = 15,96). Não foi tido em conta o peso dos residentes falecidos. Para aproximadamente 11% da amostra não foi possível obter informação relativa ao peso, devido ao facto dos dados estarem desatualizados.

Tabela 4 - Peso

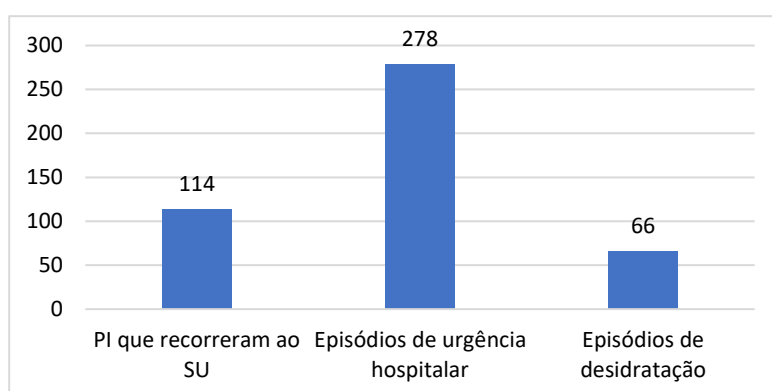
	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
<b>Peso</b>	97	30,3	112	66,01	15,96

O Gráfico 1 apresenta os resultados da análise dos dados fornecidos referentes à frequência de idas à urgência hospitalar e incidência de diagnóstico de desidratação entre as PI da ERPI. Os dados foram obtidos a partir dos registos clínicos e notas de alta fornecidos pela instituição, incluindo os diagnósticos escritos pelos clínicos.

Das 193 PI, 114 recorreram ao Serviço de Urgência (SU) hospitalar um total de 278 vezes durante os 2 anos de estudo, onde 66 destes episódios foram diagnosticados como desidratação.

Isto resulta numa taxa de desidratação de **24,87%** (DP = 43,23), pois das 193 PI em estudo, 48 foram diagnosticados com desidratação entre os anos 2022-23. Esta taxa de desidratação é preocupante tendo em conta que a taxa de desidratação em Portugal em 2018 era de 16,3% (Amaral et al., 2018). É importante ressaltar que esta comparação pretende evidenciar a necessidade de continuar a melhorar as práticas e estratégias para prevenir a desidratação nesta ERPI. Este estudo justifica-se pela necessidade urgente de compreender melhor os fatores contribuintes e desenvolver estratégias eficazes para prevenir e tratar a desidratação nesta população vulnerável, indo ao encontro dos objetivos propostos anteriormente.

Gráfico 1 - Episódios de urgência hospitalar e de desidratação



Durante os anos do estudo, 21 das 117 PI do género feminino (17,95%) foram diagnosticadas com desidratação, assim como 27 das 76 PI do género masculino (35,53%). Com estes resultados, houve necessidade de se saber se existe associação significativa entre o género das PI (variável independente) e a ocorrência de desidratação (variável dependente) na instituição. O teste utilizado para avaliar a associação entre o género das PI e a ocorrência de desidratação foi o teste do qui-quadrado. Os dados foram organizados numa tabela de contingência com os seguintes resultados observados: 21 mulheres e 27 homens diagnosticados com desidratação, enquanto 96 mulheres e 49 homens não apresentaram este diagnóstico. O teste revelou uma associação estatisticamente significativa entre o género e a ocorrência de desidratação ( $\chi^2=6,707$ ;  $p=0,0096$ ;  $p<0,05$ ; graus de liberdade = 1). Os resultados destacam a necessidade de intervenções específicas e monitorização rigorosa,

com foco nos homens, para melhorar o estado de hidratação e reduzir complicações associadas (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição do estado de hidratação por género

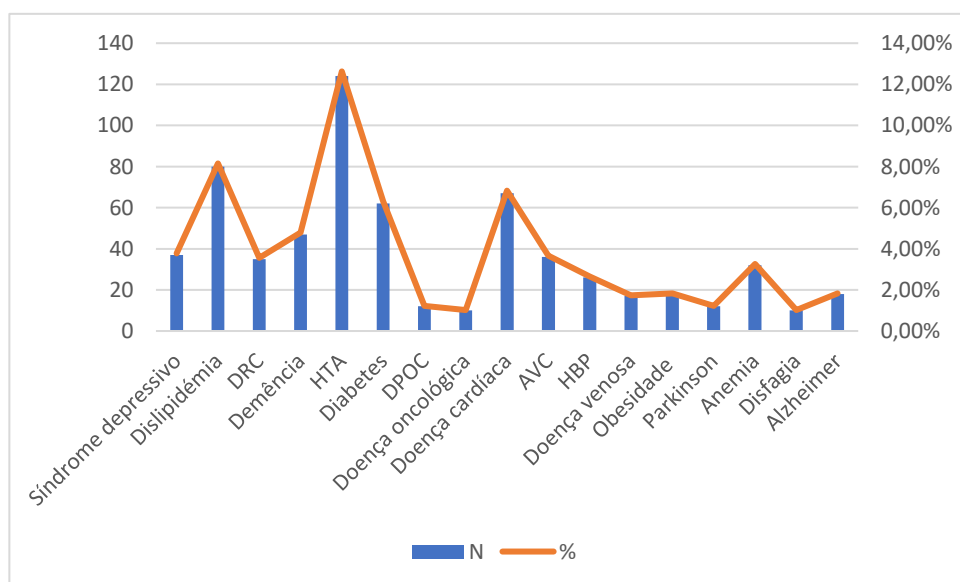
	Estado de hidratação		<i>p</i>	
	Desidratado	Hidratado		
<b>Género</b>	Feminino	21	96	0,0096
	Masculino	27	49	

Relativamente às patologias associadas, a HTA é a patologia mais prevalente, com 124 casos, o que corresponde a 12,72% do total de casos.

Em seguida, a dislipidemia, com 80 casos (8,21%), seguida pela doença cardíaca, com 67 casos (6,87%) e DM I e II, com 62 casos (6,36%). Algumas patologias têm uma prevalência relativamente baixa, como a disfagia a líquidos e a doença oncológica, com 10 casos (1,02%) (Gráfico 2).

Estes resultados são congruentes com a elevada prevalência de desidratação em ambientes hospitalares e em ERPI, associada ao aumento da prevalência de condições como doença renal crónica, DM e hipertensão arterial, conforme destacado por Lacey et al. (2019).

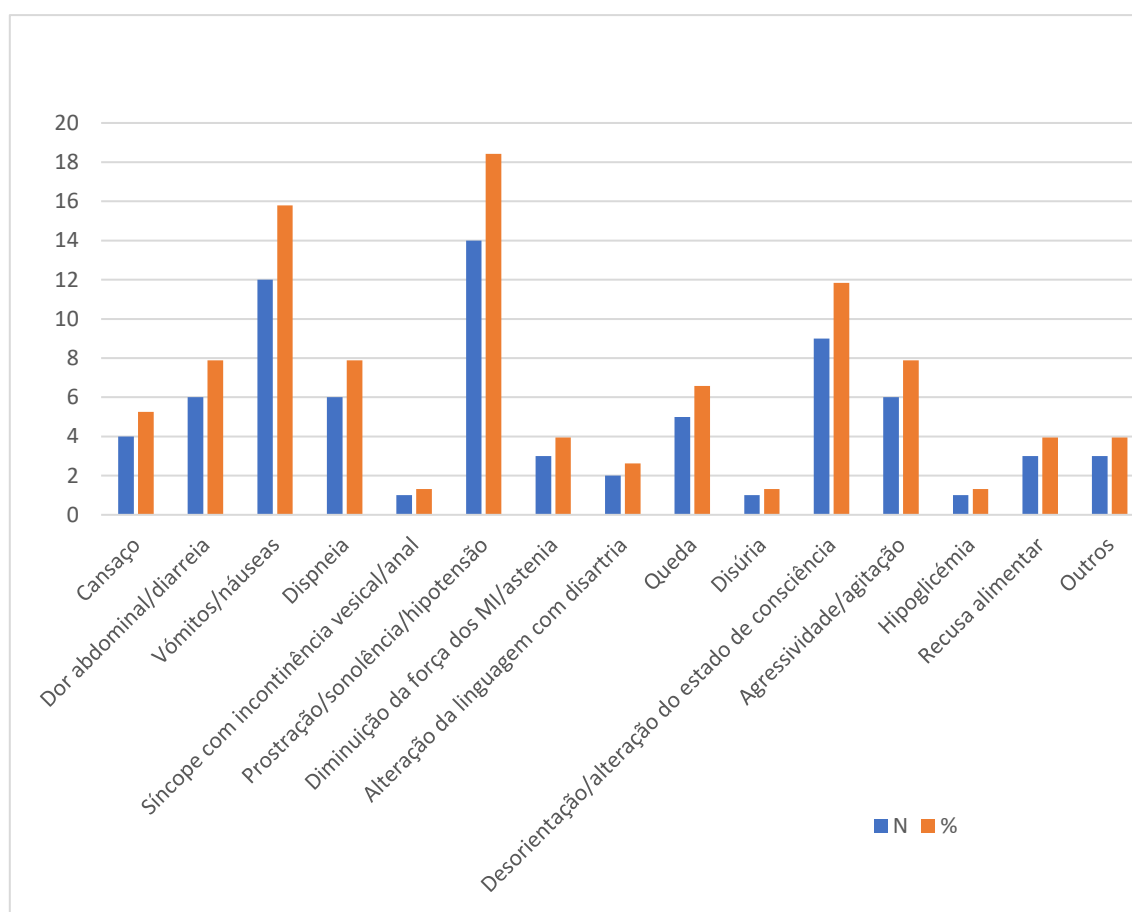
Gráfico 2 - Patologias associadas



Os dados apresentados no Gráfico 3, revelam os motivos das idas à urgência hospitalar por parte dos residentes da instituição. Observa-se que a situação mais comum

que levou à deslocação à urgência hospitalar foi a prostração, sonolência e hipotensão, representando 18,42% dos casos. Destacam-se os sintomas de vômitos/náuseas, com 15,79%, e desorientação/confusão/alteração do estado de consciência, com 11,84%. Estes resultados fornecem *insights* valiosos para a compreensão das circunstâncias que levaram os residentes a procurar assistência médica de urgência, destacando a importância deste tipo de investigações adicionais para abordar estas questões de saúde emergentes.

Gráfico 3 - Motivo de deslocação ao serviço de urgência hospitalar



Quando um residente da instituição é admitido na urgência hospitalar, uma série de análises clínicas são rotineiramente avaliadas, incluindo a avaliação dos níveis de ureia e creatinina relevantes para este estudo. Estes parâmetros são particularmente importantes, pois fornecem informações valiosas sobre a função renal e equilíbrio hidroeletrólítico, facilitando o diagnóstico.

Para uma análise mais aprofundada e compreensiva, os dados de ureia e creatinina foram estratificados segundo os setores: A (homens), B (demência), C (mulheres) e falecidos. Podem-se observar na Tabela 6 que os valores de ureia e creatinina encontram-se

mais elevados no setor C (mulheres) com uma média de 142,31 mg/dL para valores de referência entre 10-45 mg/dL (DP = 150,03) e 2,27 mg/dL para valores de referência entre 0,50-1,20 mg/dL (DP = 1,98) respectivamente. Esta abordagem permite uma avaliação mais precisa e específica dos níveis destes biomarcadores nos diferentes subgrupos da população residente.

Tabela 6 - Parâmetros analíticos por setor

Setor	Parâmetros analíticos	Média	DP
<b>A</b> <b>(homens)</b>	Ureia	111,27	66,26
	Creatinina	1,71	0,84
<b>B</b> <b>(demência)</b>	Ureia	94,86	71,68
	Creatinina	1,52	0,84
<b>C</b> <b>(mulheres)</b>	Ureia	142,31	150,03
	creatinina	2,27	1,98
<b>Falecidos</b>	Ureia	86,78	38,21
	creatinina	1,56	0,63

Além dos motivos que levaram os residentes à urgência hospitalar, outro aspecto crucial a ser investigado é a medicação utilizada. É fundamental compreender qual a medicação com efeito diurético mais frequente entre os residentes, considerando o seu potencial impacto na incidência de desidratação. A análise dos dados sobre a medicação diurética mais frequentemente prescrita permitirá uma compreensão mais abrangente dos fatores que contribuem para a desidratação nesta população. Adicionalmente, é essencial implementar uma monitorização contínua e rigorosa dos efeitos dessas medicações, educando e formando a equipa de saúde sobre os riscos e sinais de desidratação associados ao seu uso. Intervenções de hidratação devem ser personalizadas, adaptando-se às necessidades individuais das PI e envolvendo uma abordagem multidisciplinar que inclua médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros profissionais de saúde.

Os resultados da análise da medicação prescrita revelaram que a furosemida<sup>2</sup> é o medicamento mais frequentemente prescrito entre os residentes, com uma taxa significativa de 70,52%. Em segundo lugar, observa-se a prescrição da espironolactona<sup>3</sup>, representando

<sup>2</sup> medicamento diurético, intensificador da excreção de urina e sódio pelo organismo. É um inibidor de indicação e, conseqüentemente, uso na remoção de edema devido a problemas cardíacos, hepáticos ou renais (Infarmed, 2016)

<sup>3</sup> diurético poupador de potássio que impede que o organismo absorva muito sal e previne que os níveis de potássio fiquem muito baixos (Infarmed, 2016)

20% das prescrições totais. Estes achados destacam a prevalência do uso da furosemida entre os residentes, sugerindo uma elevada frequência de prescrição para lidar com condições que requerem o controlo do volume de fluidos e a eliminação de líquidos do organismo. A espironolactona, embora menos comum em comparação com a furosemida, ainda é prescrita numa proporção considerável, possivelmente indicando a sua utilidade em determinados casos clínicos específicos (Tabela 7).

Tabela 7 - Medicação diurética utilizada

<b>Medicação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Furosemida	67	70,52
Espironolactona	19	20,00
Indapamida	2	2,11
Acetozolamida	2	2,11
Hidroclorotiazida	2	2,11
Clorotalidona	1	1,05
Metoclopramida	1	1,05
Amilorida	1	1,05
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>100,00</b>

#### 4.1.2. Dados Qualitativos - Grelha de Observação

Relativamente aos dados qualitativos, a grelha de observação serviu como um guia detalhado para registar as observações durante o estudo. Surgiram, a partir destas observações, padrões e tendências significativas, gráficos para visualizar as proporções e distribuições das categorias, assim como tabelas que resumem a frequência de ocorrência de cada fator identificado.

A análise interpretativa dos dados qualitativos destaca informações importantes e padrões emergentes e complementa a abordagem quantitativa, proporcionando uma compreensão mais profunda do fenómeno estudado. Esta abordagem sistemática e visual da avaliação de dados qualitativos utilizando uma grelha de observação, visa proporcionar uma análise robusta e uma representação clara dos padrões identificados durante o estudo (Baimyrzaeva, 2018).

Para esta análise qualitativa abrangente das condições dos residentes da ERPI, decidiu-se focar nos residentes vivos. A aplicação da grelha de observação requer interações e observações comportamentais que não podem ser realizadas em residentes falecidos. Esta metodologia é essencial para capturar a complexidade das condições dos residentes e os

fatores que influenciam o seu bem-estar diário. Inclui a avaliação de diversos fatores, tais como aspetos fisiológicos, de saúde, institucionais, ambientais, comportamentais e barreiras na comunicação.

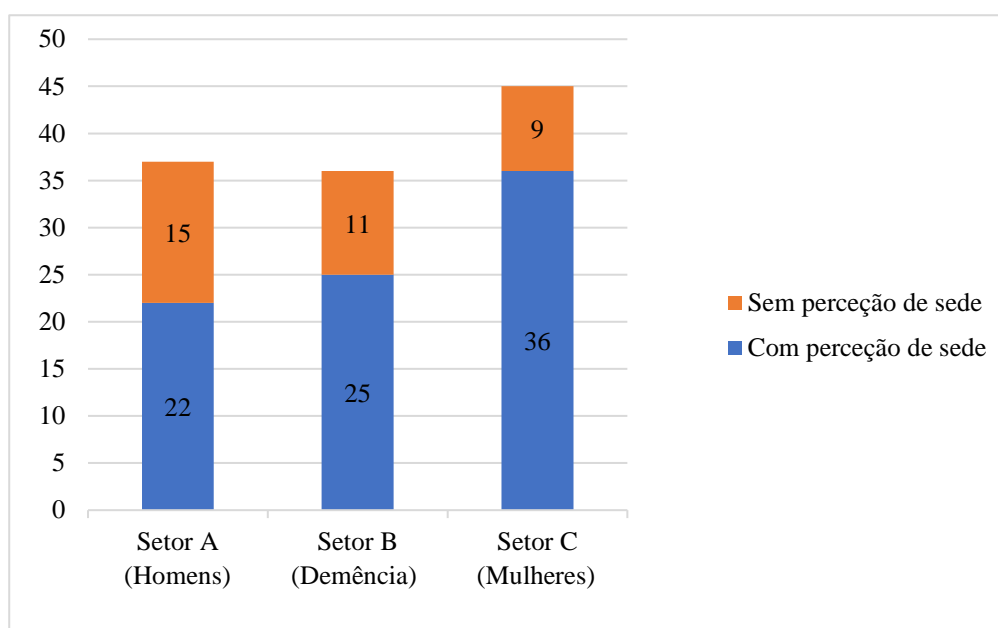
A análise temática revelou importantes *insights* sobre como os residentes expressam e têm consciência da sua própria sede, as barreiras que enfrentam para se manterem hidratados e as estratégias utilizadas pela equipa de cuidados para mitigar os riscos de desidratação.

#### 4.1.2.1. Fatores fisiológicos e de saúde

Dos 118 residentes vivos participantes da pesquisa, foi observado que 83 deles demonstram consciência da própria sede, representando uma média de 70,34% (Gráfico 4). O gráfico discrimina os residentes por setores, onde o Setor A corresponde aos homens, o Setor B às PI com demência, e o Setor C às mulheres. No Setor A, 22 homens têm percepção de sede e 15 não têm. No Setor B, que abrange as PI com demência, 25 residentes têm percepção de sede enquanto 11 não têm. No Setor C, referente às mulheres, 36 residentes têm percepção de sede e 9 não têm. Esta segmentação por setores permite uma análise mais detalhada das variações na percepção de sede entre diferentes grupos dentro da população idosa institucionalizada. A análise dos dados revelou que os residentes que apresentam esta consciência são predominantemente aqueles que não têm diagnóstico de doenças cognitivas associadas, como demência ou Alzheimer. Este resultado indica que a maioria dos residentes possui uma percepção adequada de sua necessidade de hidratação e são capazes de reconhecer quando estão com sede. Este nível de consciência é crucial para garantir a manutenção de uma adequada ingestão de líquidos (Botigué et al., 2019; Masot et al., 2018; Paulis et al., 2018). A condição clínica de doença cognitiva associada parece induzir dificuldades na percepção das necessidades fisiológicas básicas, incluindo a sede, assim como na percepção do ambiente social ao seu redor. A diminuição da sensação de sede relacionada ao envelhecimento é monitorizada por meio da observação da frequência com que os residentes expressam sede ou solicitam líquidos, e pelo registo de sintomas de desidratação ou complicações relacionadas à falta de hidratação.

Os residentes com doenças cognitivas associadas precisam de ser acompanhados de perto pelas ajudantes de ação direta para garantir que as suas necessidades sejam plenamente atendidas.

Gráfico 4 - Perceção da sede por parte do idoso por setor



Os enfermeiros da ERPI agem de forma diligente e proativa, levando em consideração diversos fatores críticos que podem influenciar a hidratação dos idosos. Avaliam rigorosamente os registos clínicos para identificar problemas renais pré-existentes, como os 35 casos de doença renal crónica (3,59%). A revisão contínua destes registos permite que identifiquem outras condições de saúde, como DM, doenças cardíacas e distúrbios gastrointestinais, que podem impactar a ingestão de líquidos.

Além disso, os enfermeiros revêm os processos individuais para identificar medicamentos prescritos que possam causar efeitos colaterais relacionados à hidratação nomeadamente tonturas, boca seca ou redução da produção de urina. Sintomas ou limitações físicas que possam interferir na capacidade dos residentes de ingerir líquidos, como tremores, fraqueza muscular ou dificuldades respiratórias, também são monitorizados. Ao identificar indicadores físicos de problemas renais, como edema ou alterações na frequência urinária, e ao documentar qualquer tratamento médico em andamento, os enfermeiros garantem que todas as necessidades das PI sejam atendidas. Além disso, qualquer ajuste na medicação ou tratamentos prescritos para minimizar os efeitos colaterais na hidratação são devidamente registados, assegurando uma abordagem abrangente e personalizada para a saúde e bem-estar dos residentes.

A dificuldade na regulação térmica devido à idade é observada pelos sinais de supraaquecimento ou hipotermia nos residentes durante os períodos de temperatura extrema. A presença de disfagia também é avaliada pelos enfermeiros e ajudantes de ação direta,

sendo registadas todas as adaptações nas refeições ou nos líquidos oferecidos devido a esta condição de saúde.

Na instituição, a frequência com que os idosos expressam sede ou solicitam líquidos é observada, anotando-se sintomas de desidratação ou complicações relacionadas à falta de hidratação, como a prega cutânea e prostração. Avaliam-se os registos médicos para identificar problemas renais pré-existentes e qualquer tratamento médico em curso relacionado a estes problemas.

Os enfermeiros também se concentram em identificar padrões de hidratação específicos entre os residentes, analisando a frequência de ingestão de líquidos ao longo do dia e a preferência por determinados tipos de bebidas. Realizam avaliações periódicas para monitorizar alterações na resposta fisiológica à ingestão de líquidos, como variações na diurese ou alterações na cor da urina, e documentam esses dados para acompanhar tendências que possam indicar riscos de desidratação. Além disso, colaboram com a equipa multidisciplinar para desenvolver planos individualizados de hidratação, considerando fatores como a capacidade cognitiva e a autonomia dos residentes, garantindo que as intervenções sejam adaptadas às necessidades de cada indivíduo. Estas estratégias permitem uma abordagem mais focada na prevenção da desidratação e no bem-estar geral das PI.

#### 4.1.2.2. Fatores institucionais

Na ERPI, embora não haja protocolos específicos formalmente estabelecidos para a promoção da hidratação, a dedicação e a observação constante por parte das ajudantes de ação direta são cruciais para garantir a ingestão adequada de líquidos pelos residentes. Estão sempre atentas às necessidades dos residentes, monitorizando regularmente a ingestão de líquidos e tomando ações proativas quando percebem sinais de desidratação ou complicações relacionadas.

Relativamente aos critérios de observação, não se aplica a revisão da documentação institucional para identificar a existência de protocolos ou diretrizes específicas relacionadas à promoção da hidratação, uma vez que tais protocolos formais não estão presentes. Da mesma forma, não se observa a implementação de protocolos na prática, pois a instituição não possui diretrizes formalizadas neste sentido. Em vez disso, a abordagem da ERPI é baseada em práticas informais, mas consistentes, onde a equipa de cuidados responde de maneira rápida e eficiente às necessidades de hidratação das PI, baseando-se na sua experiência e observação direta. As ajudantes de ação direta desempenham um papel vital

na compensação da ausência de protocolos formais, assegurando que a ingestão constante de líquidos pelos residentes seja monitorizada e ajustada conforme necessário. Esta prática reflete um compromisso contínuo com o bem-estar, mesmo na ausência de diretrizes estruturadas (Quadro 3).

Quadro 3 - Existência de Protocolos Específicos para a Promoção da Hidratação

<b>Critério</b>	<b>Observação</b>	<b>Implementação</b>	<b>Desvios/Não Conformidades</b>
<b>Revisão da documentação institucional</b>	Não existem protocolos formais	Não se aplica	Não se aplica
<b>Implementação dos protocolos na prática</b>	Ações baseadas em práticas informais e observação direta	Não se aplica	Não se aplica
<b>Registo de desvios ou não conformidades</b>	Monitorização informal pelas ajudantes de ação direta	Não se aplica	Não se aplica

A formação contínua da equipa de cuidados é outro pilar crucial na promoção da hidratação. A ERPI oferece regularmente formações de educação contínua e capacitação, ministrados pela nutricionista. A análise do *currículum* de formação revela um foco na hidratação e na saúde geral dos idosos, e a observação da prática demonstra que as habilidades e conhecimentos adquiridos são aplicados efetivamente. Este alinhamento com as recomendações de Paulis et al. (2022) assegura que a equipa esteja bem equipada para reconhecer e tratar a desidratação (Quadro 4). A formação contínua garante que todas as ajudantes estejam preparadas e equipadas com ferramentas para desempenhar as suas funções de maneira eficaz e cuidadosa, promovendo a saúde e o bem-estar das PI. Esta prática existente na organização vai ao encontro do que é descrito na literatura, conforme destacado por Paulis et al. (2022), que ressalta a importância da formação estruturada e da colaboração interdisciplinar para abordar eficazmente a desidratação em ERPI. A formação contínua e especializada das ajudantes de ação direta assegura que a equipa esteja bem preparada para reconhecer e tratar a desidratação, alinhando-se com as recomendações da literatura e garantindo um cuidado mais eficaz e personalizado para os idosos.

Quadro 4 - Formação Multidisciplinar da Equipa de Cuidados

<b>Critério</b>	<b>Formação e Educação Contínua</b>	<b>Diversidade de Habilidades</b>	<b>Compreensão e Competência</b>
<b>Análise do currículo de formação</b>	Formação contínua oferecida	Elevada	Elevada
<b>Observação da diversidade de habilidades</b>	Equipa com habilidades diversas	Sim	Elevada

<b>Observação da compreensão e competência</b>	Equipa competente na promoção da hidratação	Sim	Elevada
--	---	-----	---------

As ajudantes de ação direta na ERPI têm plena consciência das mudanças fisiológicas associadas ao envelhecimento e são capazes de reconhecer os fatores de risco para a desidratação, tal como os autores como (Beck et al., 2021; Bunn et al., 2015; Keller et al., 2022) descrevem. Além disso, compreendem a importância da colaboração multidisciplinar e sabem identificar as barreiras práticas e organizacionais, alinhando-se com as recomendações de Paulis et al. (2022) para fornecer cuidados abrangentes e eficazes.

Apesar dos desafios enfrentados devido à falta de pessoal e à sobrecarga de trabalho para as ajudantes de ação direta (situação presente e constante), a abordagem colaborativa e multidisciplinar destaca-se como essencial para enfrentar as dificuldades/desafios (Quadro 5). Embora haja uma constante luta com os recursos limitados, priorizam incansavelmente o bem-estar das PI, garantindo que recebam os cuidados necessários.

Quadro 5 - Limitações de RH

<b>Critério</b>	<b>Observação</b>	<b>Carga de Trabalho</b>	<b>Dificuldades/Desafios</b>
<b>Observação da dimensão da equipa</b>	Equipa suficiente	Moderada	Algumas
<b>Análise da carga de trabalho</b>	Carga de trabalho elevada	Elevada	Sim
<b>Registo de dificuldades e desafios</b>	Desafios devido à limitação de recursos	Sim	Sim

Além disso, é uma prática comum, mesmo diante das limitações de tempo, as ajudantes de ação direta assegurarem que as PI estejam sempre bem cuidados. Afirmam que, como exemplo, em situações de escassez de tempo, as camas podem ser feitas apenas à tarde em vez de manhã. Asseguram que os idosos estejam sempre limpos e bem vestidos, refletindo o compromisso e dedicação em garantir o melhor cuidado possível.

Apesar das restrições de tempo e recursos, a liderança forte, o apoio organizacional e o trabalho em equipa, conforme destacado por Cook et al. (2019), são fundamentais para efetuar mudanças sustentáveis nas instituições.

Desta forma, a colaboração multidisciplinar é uma prática comum e necessária na ERPI. Enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e ajudantes de ação direta trabalham juntos para abordar as necessidades dos residentes de forma holística. Este trabalho em equipa, fundamental para mudanças sustentáveis, é particularmente importante

em situações de escassez de recursos humanos. A dimensão da equipa de cuidados é frequentemente observada em relação à satisfação dos residentes. Mesmo com a sobrecarga de trabalho, demonstram um compromisso incansável com o bem-estar dos residentes, nunca os deixando desamparados.

#### 4.1.2.3. Fatores ambientais

A instituição oferece uma variedade de atividades sociais e lúdicas para as PI, com o objetivo de promover o bem-estar físico e mental. Estas atividades incluem pintura para estimular a criatividade e proporcionar um meio de expressão artística, ginásio disponível para atividades físicas que ajudam a manter a mobilidade e a saúde física e musicoterapia para melhorar o humor, reduzir a ansiedade e promover a interação social entre as PI. Estas atividades são essenciais para estimular os residentes, tanto cognitivamente quanto fisicamente, e podem contribuir para uma melhor percepção do ambiente e das necessidades fisiológicas, incluindo a hidratação (Figura 8).

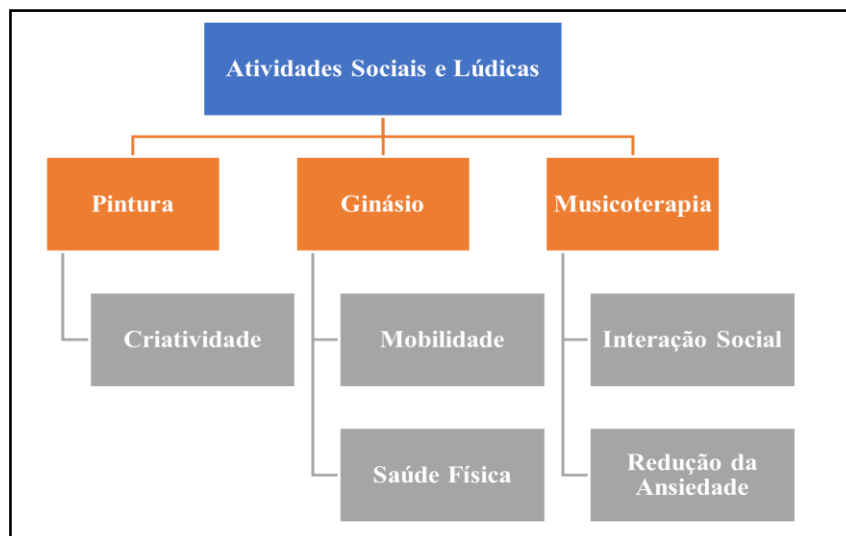


Figura 8 - Estimulação socioambiental

Fonte: Próprio autor

Além dos espaços para desenvolvimento social descritos, as PI da ERPI tomam as suas refeições no refeitório e em salas destinadas para esse fim. Para promover um ambiente agradável, todos as PI possuem individuais personalizados (promovidos pela enfermeira chefe) e decorados pelos próprios, contendo palavras e desenhos que indicam as suas restrições alimentares. Isto inclui os residentes diabéticos, que não podem ingerir açúcar, os hipertensos, que devem evitar o sal, e os com intolerâncias alimentares. Todas estas

informações estão claramente indicadas nos individuais (Anexo IV). Estas estratégias da instituição não apenas tornam o espaço de refeição mais apelativo, mas também encorajam a interação social durante as refeições, o que é muito positivo para a nutrição e hidratação das PI (Cook et al., 2019; Wilson et al., 2019). Criar um ambiente favorável à ingestão de líquidos é crucial, e para isso, as salas de refeição, são decoradas com pinturas temáticas. Um artista local pintou uma das paredes utilizando cores vibrantes e temas alimentares, para estimular um ambiente visualmente agradável e acolhedor. Estas iniciativas demonstram o compromisso da ERPI em criar um espaço de refeição que seja estimulante e encorajador, promovendo a nutrição, a hidratação e a interação social entre as PI.

Relativamente à temperatura ambiente, as áreas frequentadas pelos idosos, incluindo salas de estar e de refeição, estão equipadas com sistemas de ar condicionado que podem ser facilmente regulados conforme necessário. No entanto, é importante notar que só estão disponíveis apenas nas áreas comuns, como as salas de estar e de refeição. Nos quartos, não há ar condicionado, mas existem aquecedores para tempos mais frios e ventoinhas para o verão. A equipa observa atentamente quaisquer sinais de desconforto manifestados pelos idosos quando a temperatura está excessivamente baixa ou elevada.

Além disso, a temperatura do ar nas áreas comuns é regularmente verificada e ajustada para manter um ambiente confortável. Contudo, não são realizadas medições das temperaturas do ambiente dos diferentes espaços e, portanto, não há registos controlados ou sistematizados das temperaturas dos ar condicionados. As medidas tomadas para ajustar a temperatura são, portanto, baseadas na observação direta do bem-estar dos residentes e não são documentadas.

Em dias de muito calor, há restrições para a saída das PI em determinados horários para evitar a exposição a temperaturas extremas. Se estiver muito calor no exterior, os mesmos são encaminhados para os espaços interiores climatizados para garantir o seu conforto e saúde. Este cuidado constante com o controlo da temperatura, embora não registado, é parte de uma abordagem abrangente para promover o bem-estar, refletindo o compromisso da ERPI em proporcionar um ambiente seguro e acolhedor para todos.

Quadro 6 - Temperatura ambiente

<b>Controlo da temperatura</b>	
<b>Monitorização</b>	Observação direta
<b>Equipamento</b>	Ar condicionado (espaços comuns) Ventoinhas e aquecedores (quartos)

<b>PI</b>	Restrições de saída Espaços climatizados
<b>Documentação</b>	Sem registos sistematizados

Na ERPI, a acessibilidade à água potável é uma prioridade, garantindo que os residentes tenham fácil acesso a fontes de água nas áreas que frequentam. A avaliação da acessibilidade dessas fontes mostra que não há dificuldade no acesso à água, e os residentes, incluindo aqueles que têm mais consciência da importância da hidratação, transportam a sua própria garrafa de água. Esta abordagem é essencial para assegurar que a hidratação seja mantida de forma contínua e eficiente.

Outra alternativa implementada na gestão da ERPI, conforme recomendado por Marra et al. (2016), é a utilização de bebidas apelativas para incentivar a ingestão de líquidos. Para tornar a água mais atrativa, adicionam groselha para dar cor e sabor, exceto para os residentes diabéticos, que precisam evitar o açúcar. Estas práticas têm como objetivo estimular as PI a beberem mais, garantindo que se mantenham hidratados.

As ajudantes de ação direta estão constantemente atentas ao comportamento dos idosos em relação à procura de água, observando quaisquer sinais de desconforto ou necessidade de hidratação. Mesmo os residentes que têm dificuldade em pedir ou expressar as suas necessidades podem sempre solicitar água. Quando alguma PI está mais agitada ou à procura de algo, as ajudantes de ação direta prontamente perguntam se precisam de água e oferecem de imediato, demonstrando uma sensibilização e atenção contínua a esta necessidade.

Além disso, a ERPI oferece uma variedade de bebidas para garantir que as opções sejam atrativas e variadas. Também é disponibilizado chá, proporcionando uma alternativa que pode atender às preferências individuais dos idosos para estimular a ingestão de líquidos, além de água em temperatura moderada, evitando o desconforto causado pela água fria, que muitos não apreciam.

Estas medidas mostram o compromisso da instituição em garantir o acesso fácil e contínuo à água. Embora não haja registos sistemáticos das medidas tomadas para garantir o acesso à água, a observação direta e a resposta proativa às necessidades das PI refletem uma abordagem prática e eficaz para manter a hidratação.

Ninguém tem dificuldade em aceder aos pontos de água existentes na ERPI. A disponibilidade constante de pontos de água, a sensibilidade que demonstram ter

relativamente às necessidades das PI e a utilização de bebidas apelativas são estratégias que juntas asseguram a saúde e o bem-estar dos residentes.

#### 4.1.2.4. Fatores comportamentais

Embora existam apenas dez idosos diagnosticados com disfagia para líquidos, estes residentes precisam de usar espessantes na sua hidratação diária. Os autores Keller et al. (2015) e Volkert et al. (2019) defendem estratégias específicas para a população idosa, relativamente à desnutrição e desidratação. O uso de espessantes, é uma intervenção fundamental, pois modifica a consistência dos líquidos e alimentos, tornando-os mais fáceis de engolir e reduzindo o risco de se engasgarem. Os espessantes utilizados na ERPI são adaptados às preferências e necessidades individuais dos residentes, não possuindo cheiro nem sabor, o que facilita a sua aceitação, garantindo que consumam as suas bebidas de maneira confortável e segura. O processo começa com uma avaliação individual para determinar a necessidade e a consistência adequada do espessante. As bebidas são preparadas de acordo com estas especificações, e o consumo dos residentes é monitorizado regularmente para fazer ajustes necessários. Isto assegura que os residentes recebam uma dieta segura, melhorando a sua hidratação e nutrição.

Embora não registem se os idosos recusam beber líquidos, as ajudantes de ação direta insistem até que as PI bebam, especialmente se há indicações para isso. Existem duas PI que resistem particularmente em beber água, e as ajudantes de ação direta não descansam enquanto não garantem que bebam a quantidade necessária. Estão constantemente atentas, sempre preocupadas com a sua qualidade de vida, garantindo que todas recebam a atenção e os cuidados necessários.

Oferecem água às PI logo pela manhã junto com a medicação. No meio da manhã, especialmente durante o verão, é comum oferecerem um copo de água devido ao calor, assim como antes do almoço. Durante esta refeição, lanche e jantar, as PI recebem outro copo de água juntamente com a medicação prescrita. À tarde, por volta das 15h, mais um copo de água é fornecido. Em paralelo, alguns dos idosos têm a sua garrafa de água, que podem sempre solicitar para encher. Esta rotina é praticada tal como Jimoh et al. (2019) refere, que oferecer água durante as atividades diárias, como na administração de medicamentos e no pequeno-almoço, são mudanças simples que aumentam a ingestão de líquidos.

#### 4.1.2.5. Barreiras na comunicação

A dificuldade de comunicação efetiva entre as PI e a equipa de cuidados é minimizada através da observação direta das interações durante os períodos de assistência ou interação social. As ajudantes de ação direta estão treinadas para notar a clareza das mensagens transmitidas pelas PI e para compreender plenamente as suas necessidades, mesmo quando há problemas de audição, dificuldades de fala ou linguagem não verbal incompreendida.

Quando as PI estão em aflição e têm dificuldade em expressar as suas necessidades, as ajudantes de ação direta trabalham incansavelmente até conseguirem compreender e atender às solicitações. Caso não consigam identificar o problema, solicitam a ajuda de uma colega até que a questão seja resolvida, demonstrando a importância da colaboração dentro da equipa. A disponibilidade de canais adequados para expressar necessidades relacionadas à hidratação é constantemente avaliada, garantindo que os residentes tenham várias maneiras de comunicar as suas necessidades, seja através de conversas diretas com as ajudantes de ação direta ou utilizando outra forma de comunicação disponível.

Estas práticas asseguram que a comunicação seja eficaz e que todas as necessidades dos residentes, especialmente em relação à hidratação, sejam atendidas prontamente e com sensibilidade.

#### 4.1.2.6. Otimização da gestão com *software* avançado

O *MySenior* é um *software* de gestão de lares e idosos, desenvolvido para simplificar e otimizar os processos administrativos e de cuidado em instituições geriátricas. Oferece uma variedade de recursos para gerir eficientemente as PI, incluindo registo clínico, acompanhamento clínico, agendamento de atividades e registo de cuidados prestados. Além disso, permite o registo e monitorização de informações de saúde das PI, facilitando a comunicação entre os membros da equipa e garantindo a qualidade dos cuidados. Esta aplicação também auxilia na gestão de recursos materiais, como *stock* de medicamentos e equipamentos médicos, assegurando que a instituição tenha os recursos necessários para oferecer cuidados de qualidade. Com uma interface intuitiva e personalizável, proporciona uma gestão eficiente e personalizada, contribuindo para uma melhor qualidade de vida das PI. Ao eliminar a papelada e permitir o registo imediato das atividades, o *software* aumenta a produtividade da equipa e reduz custos operacionais. Em constante evolução, o *MySenior* continua a introduzir novas funcionalidades para atender às necessidades dos utilizadores e

promover um serviço cada vez mais eficiente e orientado para o bem-estar das PI (Reis et al., 2017).

## 4.2. DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS

A análise dos dados quantitativos e qualitativos sobre a gestão da desidratação na ERPI revela uma série de práticas bem estabelecidas e áreas para potencial melhoria. Para melhor compreender os pontos positivos e os desafios da gestão, foi realizada uma análise SWOT, que sintetiza os principais aspetos da gestão institucional.

### 4.2.1. Análise SWOT

A análise SWOT fornece uma visão abrangente dos pontos fortes e fracos internos da ERPI, bem como das oportunidades e ameaças externas que podem impactar a eficácia do modelo de gestão adotado para a prevenção da desidratação. Aproveitar os pontos fortes e as oportunidades, enquanto se aborda de maneira proativa os pontos fracos e as ameaças, permitirá à ERPI continuar a promover a saúde e o bem-estar dos seus residentes de maneira sustentável e eficaz (Figura 9).

#### 4.2.1.1. Pontos Fortes (*Strengths*):

- a) **Uso do *MySenior*:** O *software* de gestão *MySenior* facilita o registo e monitorização detalhada das informações de saúde das PI, permitindo uma resposta rápida e eficiente a possíveis casos de desidratação.
- b) **Formação Contínua:** A formação regular das ajudantes de ação direta oferecida pela nutricionista assegura que a equipa esteja bem preparada para incentivar e monitorizar a ingestão de líquidos.
- c) **Abordagem Multidisciplinar:** A colaboração entre diversos profissionais de saúde, como enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais, garante um cuidado abrangente e eficaz.
- d) **Atividades e Ambiente Enriquecedor:** A oferta de atividades sociais e lúdicas promove o bem-estar físico e mental dos residentes, contribuindo para uma melhor perceção das suas necessidades de hidratação.

#### 4.2.1.2. Pontos fracos (*Weaknesses*):

- a) Falta de RH: A sobrecarga de trabalho e a escassez de pessoal podem limitar a capacidade de monitorização constante e detalhada dos residentes.
- b) Resistência à Hidratação: Alguns residentes resistem em beber água, exigindo esforços adicionais das ajudantes de ação direta para garantir uma hidratação adequada.
- c) Dependência de Sistemas Tecnológicos: Embora o *MySenior* seja eficiente, a dependência de sistemas tecnológicos pode ser um risco em caso de falhas técnicas ou falta de acesso à internet.

#### 4.2.1.3. Oportunidades (*Opportunities*):

- a) Inovação Tecnológica: A contínua evolução de *softwares* como o *MySenior* pode introduzir novas funcionalidades que ainda mais facilitem a gestão e monitorização dos cuidados.
- b) Programas de Sensibilização: Desenvolver programas de sensibilização e educação para os residentes e suas famílias sobre a importância da hidratação pode aumentar a adesão às práticas recomendadas.
- c) Parcerias com Instituições Académicas: Colaborações com universidades e centros de pesquisa podem trazer novas técnicas e abordagens para melhorar a prevenção e tratamento da desidratação.
- d) Monitorização e Regulação da Temperatura Ambiente: É crucial estabelecer um sistema para registar as temperaturas do ambiente nos espaços comuns. As avaliações devem ser realizadas diariamente em diferentes horários

#### 4.2.1.4. Ameaças (*Threats*):

- a) Alterações Demográficas: O aumento da população idosa com doenças cognitivas associadas pode tornar a gestão da desidratação ainda mais desafiadora.
- b) Condições Ambientais Extremas: Mudanças climáticas e condições meteorológicas extremas podem aumentar os riscos de desidratação entre os residentes.
- c) Recursos Limitados: A contínua limitação de recursos financeiros e humanos pode comprometer a capacidade da ERPI de manter e melhorar as práticas atuais.



Figura 9 - Análise SWOT do modelo de gestão da ERPI

Fonte: Próprio autor

O modelo de gestão de risco adotado pela ERPI para lidar com os desafios associados à desidratação em idosos institucionalizados é multifacetado e proativo. Inicia-se com uma abordagem abrangente de identificação de riscos, onde a instituição analisa cuidadosamente os fatores fisiológicos, comportamentais, ambientais e institucionais que possam afetar a hidratação dos residentes. Isso inclui a revisão dos registos clínicos dos residentes, observação direta do seu comportamento e avaliação das condições de temperatura e acessibilidade à água na instituição.

Após esta identificação minuciosa, a ERPI avança para a fase de análise, onde avalia a gravidade e a probabilidade de ocorrência de cada risco identificado. Esta etapa envolve uma compreensão detalhada das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças relacionadas à hidratação dos residentes, conforme destacado na análise SWOT realizada.

A implementação de medidas de mitigação é a próxima etapa crítica. Aqui, a ERPI adota uma abordagem holística, incluindo a formação contínua da equipa, a implementação de protocolos de monitorização da hidratação, a melhoria das condições ambientais, como a regulação adequada da temperatura, e a promoção de práticas saudáveis de ingestão de líquidos entre as PI. Todas estas estratégias são adaptadas às necessidades específicas dos residentes e às condições da instituição.

Por fim, a fase de monitorização contínua, onde a ERPI avalia regularmente os riscos e as estratégias implementadas. A instituição está preparada para ajustar as suas abordagens conforme necessário, garantindo um ambiente seguro e saudável para os seus residentes. A

vigilância constante e a resposta proativa são fundamentais para o sucesso deste modelo de gestão de risco, garantindo que as necessidades de hidratação dos residentes sejam atendidas de forma eficiente e eficaz.

#### 4.3. SUSTENTABILIDADE NAS PRÁTICAS DE GESTÃO

A ERPI adota práticas de gestão sustentáveis que visam melhorar a qualidade de vida das PI e assegurar a eficiência operacional da instituição. A implementação do *software MySenior* exemplifica um compromisso com a sustentabilidade, ao otimizar os processos administrativos e de cuidados, resultando numa maior produtividade e redução de custos operacionais. Este sistema facilita a gestão eficiente dos recursos materiais, como medicamentos e equipamentos médicos, garantindo que a instituição esteja sempre equipada para oferecer cuidados de qualidade (Scherer & Craddock, 2002).

Além da eficiência administrativa, a ERPI foca-se em estratégias específicas para prevenir e tratar a desidratação entre as PI. A formação contínua das ajudantes de ação direta, oferecida regularmente pela nutricionista, garante que a equipa esteja bem preparada para monitorizar e incentivar a ingestão adequada de líquidos pelos idosos. Esta prática não apenas promove a saúde e o bem-estar dos residentes, mas também reflete uma abordagem sustentável na gestão de cuidados, alinhada com as recomendações da literatura especializada (Mentes, 2006).

As atividades físicas e lúdicas oferecidas pela ERPI são essenciais para o bem-estar físico e mental dos residentes, influenciando positivamente a perceção da importância da hidratação. Estas atividades, além de estimularem cognitivamente e fisicamente as PI, contribuem para um ambiente social enriquecedor, promovendo a interação e a saúde holística dos residentes.

São adotadas medidas sustentáveis na gestão da alimentação e hidratação das PI. As refeições são personalizadas de acordo com as restrições alimentares individuais, e a utilização de espessantes para as PI com disfagia é uma prática que assegura a segurança e conforto na ingestão de alimentos e líquidos. Estas iniciativas são complementadas pela decoração agradável e personalizada das salas de refeição, criando um ambiente acolhedor que incentiva a interação social e a ingestão adequada de líquidos (Stumbo, 2013).

A gestão de risco é outra área onde a ERPI demonstra o seu compromisso com a sustentabilidade. A instituição desenvolve procedimentos para reconhecer, classificar e lidar com os riscos identificados, como a desidratação. A abordagem colaborativa e

multidisciplinar, envolvendo enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e ajudantes de ação direta, é essencial para mitigar os desafios associados à desidratação e promover um cuidado abrangente e eficaz. Com base no modelo do queijo suíço de James Reason, que ilustra como as falhas em diferentes níveis de uma organização podem alinhar-se para causar um incidente, a ERPI implementa uma série de procedimentos destinados a fomentar uma cultura de segurança e minimizar os riscos associados ao cuidado de idosos (Reason, 2000). Este modelo é particularmente relevante para entender como a instituição mitiga os riscos associados à desidratação, promovendo assim a saúde e o bem-estar dos residentes.

#### 4.4. CONCLUSÕES

Desde 2012, o Estado português gasta mais com respostas sociais para idosos do que para crianças, de acordo com a Carta Social do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Em 2022, a diferença foi de 116,9 milhões de euros, com um total de 1.779 milhões de euros destinados a diversas respostas sociais. Deste montante, 44,2% foram destinados a idosos, enquanto 37,6% foram destinados a crianças e jovens. A despesa pública com acordos de cooperação aumentou 207,2% devido à atualização anual dos valores de comparticipação pública por utente e ao aumento do número de beneficiários. Em 2022, as despesas com pessoas com deficiência ou incapacidade representaram 14% do total, com um crescimento de 282,4%, e os apoios à família e comunidade aumentaram 384,4%. Os grupos-alvo dos apoios sociais incluem crianças e jovens, pessoas com deficiência ou incapacidade, PI e pessoas com outras problemáticas familiares e comunitárias. Em 2022, cerca de 1.027.600 pessoas beneficiaram das diferentes respostas sociais, um aumento de 8,5% em relação ao ano anterior (Revista de Imprensa, 2024).

Este investimento crescente reflete a urgência de abordar os desafios enfrentados pela população idosa, que representa uma parte significativa dos beneficiários das respostas sociais. A crescente necessidade de apoio financeiro e institucional para idosos evidencia a importância de desenvolver intervenções de saúde eficazes e sustentáveis. Isto é particularmente relevante no contexto da desidratação entre PI institucionalizadas, um problema significativo identificado neste estudo.

Os resultados desta investigação evidenciam a prevalência e os fatores contribuintes para a desidratação entre PI institucionalizadas numa ERPI do concelho de VFX.

Com idades variando entre 42 e 103 anos, a maioria dos participantes é muito idosa e feminina. A desidratação é um problema relativamente preocupante, com 24,87% dos participantes sendo diagnosticados com a condição durante o período do estudo.

Os dados indicam que os homens são mais vulneráveis à desidratação do que as mulheres, sugerindo a necessidade de intervenções de saúde mais direcionadas para este grupo. As patologias mais prevalentes, como HTA, dislipidemia e DM, associadas ao uso frequente de medicamentos diuréticos, como a furosemida e a espironolactona, contribuem para o risco elevado de desidratação. Além disso, fatores como a prostração, sonolência, hipotensão, e sintomas gastrointestinais emergem como motivos comuns para as idas à urgência hospitalar.

Este estudo destaca a importância de desenvolver estratégias eficazes para prevenir e tratar a desidratação, promovendo uma abordagem de cuidados mais abrangente e personalizada. A formação contínua da equipa, a monitorização rigorosa das PI e a colaboração multidisciplinar são essenciais para melhorar o estado de hidratação e, consequentemente, a saúde e o bem-estar desta população vulnerável.

A gestão na ERPI exemplifica um compromisso robusto com a sustentabilidade e a melhoria contínua da qualidade de vida das PI. Ao analisar o modelo do queijo suíço de James Reason, a instituição desenvolve um sistema abrangente de gestão de riscos, que vai desde a identificação precoce até a mitigação de problemas associados à desidratação em PI institucionalizadas.

A implementação do software *MySenior* destaca-se como uma prática sustentável que otimiza processos administrativos e de cuidados, resultando numa maior produtividade e redução de custos operacionais. Este sistema não só facilita a gestão eficiente dos recursos materiais, como medicamentos e equipamentos médicos, mas também assegura uma documentação meticulosa das intervenções, promovendo uma maior transparência e proteção legal da instituição (Reis et al., 2017).

A ERPI foca-se em estratégias específicas para prevenir e tratar a desidratação, com destaque para a formação contínua das ajudantes de ação direta. Esta formação, oferecida regularmente pela nutricionista, capacita as profissionais para monitorizar e incentivar a ingestão adequada de líquidos pelas PI, promovendo a saúde e o bem-estar dos idosos (Jimoh et al., 2019). A abordagem multidisciplinar, envolvendo enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e ajudantes de ação direta, é essencial para garantir cuidados abrangentes e eficazes (Paulis et al., 2022).

As atividades físicas e lúdicas, como pintura, ginásio e musicoterapia, são fundamentais para o bem-estar físico e mental dos residentes, influenciando positivamente a percepção da importância da hidratação. A personalização das salas de refeição e o uso de espessantes para PI com disfagia asseguram que a ingestão de alimentos e líquidos seja segura e confortável, promovendo um ambiente acolhedor que incentiva a interação social (Keller et al., 2015; Volkert et al., 2019).

A aplicação do modelo do queijo suíço permite à ERPI implementar uma série de procedimentos destinados a fomentar uma cultura de segurança e minimizar os riscos associados à desidratação. Este modelo ilustra como as falhas em diferentes níveis da organização podem alinhar-se para causar um incidente, sendo fundamental para a identificação precoce e a gestão eficaz dos riscos (Botigué et al., 2019; Masot et al., 2018; Paulis et al., 2018).

A análise revelou que 70,34% dos residentes têm consciência da própria sede, o que é crucial para manter uma adequada ingestão de líquidos. A criação de um ambiente visualmente estimulante e acolhedor nas salas de refeição, aliado à insistência das ajudantes de ação direta em garantir que os residentes bebam água regularmente, reflete um compromisso constante com a prevenção da desidratação (Cook et al., 2019; Wilson et al., 2019).

O *MySenior* assegura que todas as ações tomadas pela equipa multidisciplinar da ERPI sejam bem documentadas, criando uma documentação sólida que pode ser vital em situações legais. Esta prática não só protege a organização e a sua equipa, mas também garante a qualidade dos cuidados oferecidos, aumentando a produtividade e reduzindo os custos operacionais (Reis et al., 2017).

Em resumo, a ERPI demonstra um compromisso contínuo com a sustentabilidade nas suas práticas de gestão, promovendo a saúde e o bem-estar dos residentes através de uma abordagem integrada e multidisciplinar. A implementação de sistemas eficientes de registo e monitorização, a formação contínua das ajudantes de ação direta, e a criação de um ambiente social e fisicamente enriquecedor são exemplos de práticas que garantem uma gestão eficaz dos riscos e a excelência nos cuidados prestados. Estas estratégias não só mitigam os riscos de desidratação, mas também refletem um compromisso profundo com a melhoria contínua da qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

A gestão eficaz da hidratação em PI institucionalizadas na ERPI em estudo, contribui diretamente para o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 (Saúde e Bem-Estar), assegurando uma vida saudável e promovendo o bem-estar em todas as idades. As estratégias

propostas visam reduzir a incidência de desidratação, melhorando significativamente a qualidade de vida das PI institucionalizadas (Direção-Geral da Saúde, 2020). Além disso, ao focar nas necessidades específicas desta população vulnerável, a instituição também aborda o ODS 10 (Redução das Desigualdades), promovendo igualdade no acesso a cuidados de saúde e bem-estar (Direção-Geral da Saúde, 2020). A ERPI demonstra um compromisso sólido com a sustentabilidade e a excelência na gestão de riscos, alinhando-se com os princípios dos ODS e contribuindo para um futuro mais justo e saudável para todos os seus residentes.

## 5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo de caso, focado na mitigação dos riscos de desidratação em idosos institucionalizados através de práticas de gestão sustentável na ERPI, apresenta algumas limitações importantes.

Em primeiro lugar, a análise baseia-se numa única instituição (estudo de caso), o que pode limitar a generalização dos resultados para outras ERPI com diferentes características e contextos operacionais.

Além da limitação do tamanho da amostra, é importante reconhecer que a amostra de 118 residentes pode não representar completamente a diversidade existente dentro da população idosa institucionalizada. Variações significativas em condições de saúde, necessidades de cuidados e características demográficas podem não ter sido plenamente abrangidas, o que pode influenciar a generalização dos resultados para outras instituições.

A dependência de dados observacionais pode introduzir vieses na interpretação dos resultados. Variáveis não controladas ou não observadas podem afetar a precisão das conclusões, limitando a validade interna do estudo. Explorar estes potenciais vieses pode fornecer uma visão crítica sobre as limitações metodológicas.

Avaliar intervenções apenas a curto prazo pode não captar totalmente os efeitos a longo prazo das práticas de gestão sustentável na mitigação dos riscos de desidratação. Discutir os desafios associados à avaliação de resultados a longo prazo pode destacar a necessidade de estudos longitudinais ou acompanhamentos prolongados para entender completamente o impacto das intervenções propostas.

A aceitação e a implementação de novas tecnologias e práticas sustentáveis podem variar significativamente entre diferentes instituições. Fatores como cultura organizacional, recursos disponíveis e políticas de gestão podem influenciar a eficácia e a viabilidade das intervenções propostas. Explorar estas variações pode oferecer *insights* sobre os desafios enfrentados na aplicação das estratégias identificadas neste estudo de caso.

É fundamental reconhecer que os resultados deste estudo são específicos da instituição investigada e podem não ser generalizáveis para todas as ERPI. Contextualizar os achados dentro das limitações mencionadas pode ajudar a interpretar os resultados de maneira adequada e orientar futuras pesquisas que procurem validar e expandir as conclusões deste estudo de caso.

## 6. PERSPETIVAS FUTURAS

As perspetivas futuras devem focar, investigar e desenvolver estratégias de intervenção e monitorização que promovam a sustentabilidade nas práticas de gestão das ERPI, enquanto mitigam os riscos no geral e particularmente o da desidratação entre as PI institucionalizadas. Os subtemas seguintes detalham áreas específicas de pesquisa que podem beneficiar tanto a saúde das PI quanto a eficiência operacional da organização.

Investigar as causas subjacentes às diferenças de género na desidratação é fundamental. Fatores como hábitos de ingestão de líquidos, condições de saúde pré-existent e níveis de atividade física devem ser analisados. Esta investigação ajudará a desenvolver intervenções mais personalizadas e eficazes, promovendo a saúde e o seu bem-estar.

### **Estratégias de Intervenção**

Para enfrentar o problema da desidratação entre os PI institucionalizadas, é essencial adotar estratégias de intervenção inovadoras e personalizadas que abordem as necessidades específicas das PI, assim como utilizar tecnologias avançadas para monitorização e gestão eficiente dos cuidados:

- Implementar programas educativos para residentes e cuidadores sobre a importância da hidratação, sinais de desidratação e estratégias para incentivar a ingestão de líquidos. A educação contínua pode capacitar a equipa e as PI (Miller & Rollnick, 2013).

- Avaliar a eficácia de aplicações digitais e dispositivos eletrónicos que lembram e monitorizam a ingestão de líquidos, personalizando as intervenções com base nas necessidades individuais. A tecnologia pode aumentar a eficiência na monitorização e reduzir os custos operacionais associados à gestão manual dos cuidados (Torous et al., 2021).

### **Ambiente e *Design* do Espaço**

Para otimizar a hidratação das PI, é crucial explorar estratégias que visem o ambiente e o design dos espaços. Pesquisas sugerem que ambientes sensoriais, incluindo a iluminação, o som e a decoração, podem ser ajustados para incentivar a hidratação, aumentando a eficiência das ERPI. Por exemplo, ambientes bem projetados podem tornar-se mais convidativos e encorajar os residentes a consumir mais líquidos. Além disso, a disposição física dos pontos de água e o design dos utensílios, como garrafas e copos coloridos e

ergonômicos, podem influenciar significativamente a facilidade de acesso à água e a frequência de ingestão. Melhorias na acessibilidade e o uso de utensílios atraentes e fáceis de usar podem reduzir o esforço necessário para as PI manterem-se hidratadas, ajudando assim a mitigar os riscos de desidratação. Estas estratégias, suportadas por pesquisas e inovações tecnológicas contínuas, são essenciais para manter níveis adequados de hidratação e melhorar a saúde e a qualidade de vida das PI em ambientes de cuidados prolongados (Murphy et al., 2017).

### **Monitorização e Avaliação**

Para otimizar a gestão da hidratação nas ERPI, é crucial desenvolver sistemas avançados de monitorização. A implementação de sistemas de monitorização contínua, que podem incluir dispositivos dérmicos para registo da ingestão de líquidos e sinais vitais das PI, pode proporcionar uma resposta rápida e personalizada às necessidades individuais de hidratação. Esses sistemas não apenas aumentam a precisão na vigilância da saúde, mas também têm o potencial de reduzir significativamente a carga de trabalho das equipas de cuidados (Bunn et al., 2015; Simmons et al., 2001).

Além disso, é fundamental estabelecer e avaliar indicadores de sucesso para diferentes intervenções relacionadas à hidratação. A definição de indicadores claros, baseados em resultados de saúde e satisfação dos residentes, facilita a avaliação eficaz das práticas de gestão de hidratação nas ERPIs. Estes indicadores não apenas permitem uma análise mais profunda das estratégias implementadas, mas também apoiam a implementação contínua de melhorias no cuidado oferecido aos idosos (Mentes, 2006; Robinson & Rosher, 2002).

### **Benefícios para a Organização**

Ao integrar estas estratégias de sustentabilidade, as ERPI podem alcançar vários benefícios organizacionais. A otimização dos processos de cuidado e monitorização reduz os custos operacionais e aumenta a eficiência, permitindo à equipa de cuidados focar-se mais nas interações significativas com os residentes. A personalização dos cuidados promove a satisfação das PI e reduz a incidência de problemas de saúde, como a desidratação, diminuindo as taxas de hospitalização e os custos associados, melhorando os resultados de saúde a longo prazo (Bunn et al., 2015; Mentes, 2006).

Além disso, a implementação de tecnologias avançadas, como dispositivos de monitorização contínua, e programas educativos contínuos para a equipa de cuidados

fortalece a capacidade da organização de fornecer cuidados de elevada qualidade. Estas tecnologias melhoram a precisão e a rapidez no atendimento, enquanto os programas educativos garantem que a equipa esteja atualizada com as melhores práticas e novas abordagens no cuidado geriátrico (Hewko et al., 2015).

Com estas melhorias, as ERPI não só conseguem proporcionar uma melhor qualidade de vida para as PI, promovendo o bem-estar e saúde, mas também asseguram a sustentabilidade e a resiliência da organização. Um ambiente de trabalho mais eficiente e uma equipa bem treinada contribuem para a retenção de talento e a redução do turnover, posicionando as ERPI de forma vantajosa para enfrentar desafios futuros e manter um elevado padrão de cuidados de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akram, M., & Hamid, A. (2013). A comprehensive review on water balance. *Biomedicine & Preventive Nutrition*, 3(2), 193–195. <https://doi.org/10.1016/j.bionut.2012.10.003>
- Amaral, T. F., Afonso, C., Borges, N., Santos, A., Padrão, P., Moreira, P., Ferro, G., Martins, C., Guerra, R. S., Sousa, A. S., Valdiviesso, R., & Álvares, L. (2018). *Nutrition Up65/nutritional strategies facing an older demography. Nutritional status assessment descriptive results.*
- Araújo, M. L. (2013). *A Desidratação no Idoso*. Universidade Fernando Pessoa.
- Araújo, M. L. A. (2013). *A desidratação no idoso*. Universidade Fernando Pessoa - Faculdade Ciências da Saúde.
- Aven, T. (2016). Risk assessment and risk management: Review of recent advances on their foundation. *European Journal of Operational Research*, 253(1), 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2015.12.023>
- Babbie, E. R. (2010). *The practice of social research* (12th ed.). Wadsworth Cengage Learning.
- Baimyrzaeva, M. (2018). *Beginners' Guide for Applied Research Process: What Is It, and Why and How to Do It?* University of Central Asia.
- Balia, S., & Brau, R. (2014). A COUNTRY FOR OLD MEN? LONG-TERM HOME CARE UTILIZATION IN EUROPE. *Health Economics*, 23(10), 1185–1212. <https://doi.org/10.1002/hec.2977>
- Beck, A. M., Seemer, J., Knudsen, A. W., & Munk, T. (2021). Narrative Review of Low-Intake Dehydration in Older Adults. *Nutrients*, 13(9), 3142. <https://doi.org/10.3390/nu13093142>
- Begum, M. N., & Johnson, C. S. (2010). A review of the literature on dehydration in the institutionalized elderly. *E-SPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism*, 5(1), e47–e53. <https://doi.org/10.1016/j.eclnm.2009.10.007>
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843–857. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4)
- Botigué, T., Masot, O., Miranda, J., Nuin, C., Viladrosa, M., Lavedán, A., & Zwakhalen, S. (2019). Prevalence and Risk Factors Associated With Low Fluid Intake in

- Institutionalized Older Residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(3), 317–322. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.08.011>
- Brandt, M., Haberkern, K., & Szydlik, M. (2009). Intergenerational Help and Care in Europe. *European Sociological Review*, 25(5), 585–601. <https://doi.org/10.1093/esr/jcn076>
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods* (OUP Oxford, Ed.).
- Bryman, A. (2016). *Social research methods* (5ª). Don Mills, Ontario, Canada : Oxford University Press.
- Bunn, D., Hooper, L., & Welch, A. (2018). Dehydration and Malnutrition in Residential Care: Recommendations for Strategies for Improving Practice Derived from a Scoping Review of Existing Policies and Guidelines. *Geriatrics*, 3(4), 77. <https://doi.org/10.3390/geriatrics3040077>
- Bunn, D., Jimoh, F., Wilsher, S. H., & Hooper, L. (2015). Increasing Fluid Intake and Reducing Dehydration Risk in Older People Living in Long-Term Care: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(2), 101–113. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.10.016>
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2017). *Research Methods in Education*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315456539>
- Cohen, M. A., Miller, J., & Weinrobe, M. (2001). Patterns of Informal and Formal Caregiving Among Elders With Private Long-Term Care Insurance. *The Gerontologist*, 41(2), 180–187. <https://doi.org/10.1093/geront/41.2.180>
- Cook, G., Hodgson, P., Hope, C., Thompson, J., & Shaw, L. (2019). Hydration practices in residential and nursing care homes for older people. *Journal of Clinical Nursing*, 28(7–8), 1205–1215. <https://doi.org/10.1111/jocn.14727>
- Couvreur, C. (2001). *A Qualidade de Vida* (Lusociência, Ed.).
- Cowen, L. E., Hodak, S. P., & Verbalis, J. G. (2013). Age-Associated Abnormalities of Water Homeostasis. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 42(2), 349–370. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2013.02.005>
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre Artmed.
- DiMaria-Ghalili, R. A., & Nicolo, M. (2014). Nutrition and Hydration in Older Adults in Critical Care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 26(1), 31–45. <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2013.10.006>

- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030, Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*.
- Donaldson, A. I. C., Johnstone, A., & Myint, P. K. (2018). Optimising Nutrition and Hydration in Care Homes—Getting It Right in Person Rather than in Policy. *Geriatrics*, 4(1), 1. <https://doi.org/10.3390/geriatrics4010001>
- El-Sharkawy, A. M., Sahota, O., Maughan, R. J., & Lobo, D. N. (2014). The pathophysiology of fluid and electrolyte balance in the older adult surgical patient. *Clinical Nutrition*, 33(1), 6–13. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2013.11.010>
- Esteves, M. (2015). *Gestão de Risco – Análise de um Sistema de Registo de Incidentes e Eventos Adversos numa Unidade de Saúde*. Universidade da Beira Interior.
- Farias Filho, J. R. de, Marchisotti, G. G., Maggessi, K. M. F., & De Miranda Junior, H. L. (2019). Método de pesquisa misto para identificação do problema de pesquisa. *Conhecimento & Diversidade*, 10(22), 88. <https://doi.org/10.18316/rcd.v10i22.5155>
- Fey, R., & Gogue, J.-M. (1989). *Princípios da gestão da qualidade* (FCG, Ed.; BN).
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica* (Monitor, Ed.; 1ª).
- Fortin, M.-F. (2009). *O processo de investigação : da concepção à realização* (Lusociência, Ed.; 5ª).
- Frade, B. (2021). *Gestão do risco na prestação de cuidados de saúde; uma visão integrada para a promoção da segurança do doente*. Instituto Politécnico do Porto.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes Uma abordagem prática* (Lidel, Ed.).
- Frericks, P., Jensen, P. H., & Pfau-Effinger, B. (2014). Social rights and employment rights related to family care: Family care regimes in Europe. *Journal of Aging Studies*, 29, 66–77. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2013.12.002>
- Fulbright, S. A. (2010). Rates of depression and participation in senior centre activities in community-dwelling older persons. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(5), 385–391. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01535.x>
- Gartshore, E., Waring, J., & Timmons, S. (2017). Patient safety culture in care homes for older people: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 17(1), 752. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2713-2>
- GEP - Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2023). *CARTA SOCIAL - Rede de serviços e equipamentos - Relatório 2021*.
- Gestão Do Risco - Princípios e Linhas de Orientação, Pub. L. No. ISO 31000, 1 (2012).
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (Atlas, Ed.; 6ª).

- Gomes, A. L. C. (2014). *Avaliação do estado de hidratação em idosos institucionalizados*. Universidade de Coimbra.
- Gonçalves, V. (2008). *Gestão do Risco nas Organizações de Saúde: Percepção dos profissionais face ao papel do gestor de risco*. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Grupo de Projeto de Trabalho Colaborativo. (2022). *Referencial de boas práticas na prestação de cuidados de saúde nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)* (pp. 1–97).
- Hewko, S. J., Cooper, S. L., Huynh, H., Spiwek, T. L., Carleton, H. L., Reid, S., & Cummings, G. G. (2015). Invisible no more: a scoping review of the health care aide workforce literature. *BMC Nursing*, *14*(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0090-x>
- Hooper, L., Bunn, D., Jimoh, F. O., & Fairweather-Tait, S. J. (2014). Water-loss dehydration and aging. *Mechanisms of Ageing and Development*, *136–137*, 50–58. <https://doi.org/10.1016/j.mad.2013.11.009>
- Hudson, P. (2003). Applying the lessons of high risk industries to health care. *Quality and Safety in Health Care*, *12*(90001), 7i–12. [https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl\\_1.i7](https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_1.i7)
- Infarmed. (2016). *Infomed*.
- Jacob, L., Santos, E., Pocinho, R., & Fernandes, H. (2013). *Envelhecimento e Economia Social: perspectivas atuais* (Psicosoma, Ed.; 1<sup>a</sup>).
- Janse, B., Huijsman, R., Looman, W. M., & Fabbriotti, I. N. (2018). Formal and informal care for community-dwelling frail elderly people over time: A comparison of integrated and usual care in the Netherlands. *Health & Social Care in the Community*, *26*(2). <https://doi.org/10.1111/hsc.12516>
- Jéquier, E., & Constant, F. (2010). Water as an essential nutrient: the physiological basis of hydration. *European Journal of Clinical Nutrition*, *64*(2), 115–123. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2009.111>
- Jimoh, O., Brown, T., Bunn, D., & Hooper, L. (2019). Beverage Intake and Drinking Patterns—Clues to Support Older People Living in Long-Term Care to Drink Well: DRIE and FISE Studies. *Nutrients*, *11*(2), 447. <https://doi.org/10.3390/nu11020447>
- Johannessen, T., Ree, E., Aase, I., Bal, R., & Wiig, S. (2020). Exploring challenges in quality and safety work in nursing homes and home care – a case study as basis for theory development. *BMC Health Services Research*, *20*(1), 277. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05149-x>

- Kehusmaa, S., Autti-Rämö, I., Helenius, H., & Rissanen, P. (2013). Does informal care reduce public care expenditure on elderly care? Estimates based on Finland's Age Study. *BMC Health Services Research*, *13*(1), 317. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-317>
- Keller, H., Beck, A. M., & Namasivayam, A. (2015). Improving Food and Fluid Intake for Older Adults Living in Long-Term Care: A Research Agenda. *Journal of the American Medical Directors Association*, *16*(2), 93–100. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.10.017>
- Keller, H., Wei, C., Slaughter, S., Yoon, M. N., Lengyel, C., Namasivayam-Macdonald, A., Martin, L., Heckman, G., Gaspar, P., Mentis, J., & Syed, S. (2022). Qualitative analysis of a virtual research meeting summarises expert-based strategies to promote hydration in residential care during COVID-19 and beyond. *BMJ Open*, *12*(2), e055457. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055457>
- Kim, K.-A., Lee, J., Kim, D., & Min, D. (2022). Patient safety measurement tools used in nursing homes: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, *22*(1), 1376. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08814-5>
- Lacey, J., Corbett, J., Forni, L., Hooper, L., Hughes, F., Minto, G., Moss, C., Price, S., Whyte, G., Woodcock, T., Mythen, M., & Montgomery, H. (2019). A multidisciplinary consensus on dehydration: definitions, diagnostic methods and clinical implications. *Annals of Medicine*, *51*(3–4), 232–251. <https://doi.org/10.1080/07853890.2019.1628352>
- Lean, K., Nawaz, R. F., Jawad, S., & Vincent, C. (2019). Reducing urinary tract infections in care homes by improving hydration. *BMJ Open Quality*, *8*(3), e000563. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-000563>
- Lisbon School of Economics & Management. (2012). *Guia para a elaboração de trabalho final de mestrado (TFM)*.
- Lundin, I. B. (2016). *Metodologia de Pesquisa em Ciências Sociais* (Escolar Editora, Ed.).
- Marietto, M. L. (2018). Observação Participante e Não Participante: Contextualização Teórica e Sugestão de Roteiro para Aplicação dos Métodos. *Revista Ibero-Americana de Estratégia*, *17*(04), 05–18. <https://doi.org/10.5585/ijsm.v17i4.2717>
- Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade* (Fundação Francisco Manuel dos Santos, Ed.).
- Marra, M. V., Simmons, S. F., Shotwell, M. S., Hudson, A., Hollingsworth, E. K., Long, E., Kuertz, B., & Silver, H. J. (2016). Elevated Serum Osmolality and Total Water Deficit

- Indicate Impaired Hydration Status in Residents of Long-Term Care Facilities Regardless of Low or High Body Mass Index. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 116(5), 828-836.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2015.12.011>
- Marshall, M., Pfeifer, N., de Silva, D., Wei, L., Anderson, J., Cruickshank, L., Attreed-James, K., & Shand, J. (2018). An evaluation of a safety improvement intervention in care homes in England: a participatory qualitative study. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 111(11), 414–421. <https://doi.org/10.1177/0141076818803457>
- Martin, J. I. G., de Oliveira, L. M. A., & Duarte, N. S. C. (2013). An Overview of In-Home Care for Older People in Portugal: An Empirical Study About the Customers. *Care Management Journals*, 14(1), 50–57. <https://doi.org/10.1891/1521-0987.14.1.50>
- Masot, O., Lavedán, A., Nuin, C., Escobar-Bravo, M. A., Miranda, J., & Botigué, T. (2018). Risk factors associated with dehydration in older people living in nursing homes: Scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 82, 90–98. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.03.020>
- Mazzella, F., Cacciatore, F., Galizia, G., Della-Morte, D., Rossetti, M., Abbruzzese, R., Langellotto, A., Avolio, D., Gargiulo, G., Ferrara, N., Rengo, F., & Abete, P. (2010). Social support and long-term mortality in the elderly: Role of comorbidity. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51(3), 323–328. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.01.011>
- McNaught, A. D., & Wilkinson, A. (2019). *The IUPAC Compendium of Chemical Terminology* (V. Gold, Ed.). International Union of Pure and Applied Chemistry (IUPAC). <https://doi.org/10.1351/goldbook>
- Meirinhos, M., & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EDUSER: Inovação, Investigação Em Educação* .
- Mentes, J. (2006). Oral Hydration in Older Adults. *AJN, American Journal of Nursing*, 106(6), 40–49. <https://doi.org/10.1097/00000446-200606000-00023>
- Merriam, S. B. (1988). *Case study research in education: A qualitative approach* (Jossey-Bass, Ed.). Jossey-Bass.
- Messinger-Rapport, B. J., Thomas, D. R., Gammack, J. K., & Morley, J. E. (2009). Clinical Update on Nursing Home Medicine: 2009. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(8), 530–553. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.08.001>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing* (3<sup>a</sup>). Guilford Press.
- Murphy, C. M., Whelan, B. J., & Normand, C. (2015). Formal home-care utilisation by older adults in Ireland: evidence from the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA).

- Health & Social Care in the Community*, 23(4), 408–418.  
<https://doi.org/10.1111/hsc.12157>
- Murphy, J., Holmes, J., & Brooks, C. (2017). Nutrition and dementia care: developing an evidence-based model for nutritional care in nursing homes. *BMC Geriatrics*, 17(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0443-2>
- Nagae, M., Umegaki, H., Onishi, J., Huang, C. H., Yamada, Y., Watanabe, K., Komiya, H., & Kuzuya, M. (2020). Chronic Dehydration in Nursing Home Residents. *Nutrients*, 12(11), 3562. <https://doi.org/10.3390/nu12113562>
- Namasivayam-MacDonald, A. M., & Riquelme, L. F. (2019). Presbyphagia to Dysphagia: Multiple Perspectives and Strategies for Quality Care of Older Adults. *Seminars in Speech and Language*, 40(03), 227–242. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1688837>
- Nogueira, J. M. (2009). *A dependência : o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os seus cuidados continuados integrados* (M. do T. e da S. S. Gabinete de Estratégia e Planeamento, Ed.; 1st ed.).
- Novo, G. (2019). *Avaliação e Gestão do Risco segundo referencial NP EN ISO 9001:2015 – Estudo de caso numa indústria de detergentes e produtos de higienização e limpeza*. Instituto Superior de Engenharia.
- Núcleo de Qualidade e Gestão do Risco/GAQGR. (2020). *Plano de Gestão de Riscos do ISS, IP*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Relatório das visitas efetuadas aos lares e residências para idosos na Região Autónoma dos Açores*.
- Organização das Nações Unidas. (2019). *Envelhecimento*.
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*.
- Padrão, A. M. P. (2020). *O educador social como mediador de situações de rutura familiar*. Instituto Politécnico de Bragança.
- Paulis, S. J. C., Everink, I. H. J., Halfens, R. J. G., Lohrmann, C., & Schols, J. M. G. A. (2018). Prevalence and Risk Factors of Dehydration Among Nursing Home Residents: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(8), 646–657. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.05.009>
- Paulis, S. J. C., Everink, I. H. J., Halfens, R. J. G., Lohrmann, C., & Schols, J. M. G. A. (2022). Dehydration in the nursing home: Recognition and interventions taken by Dutch nursing staff. *Journal of Advanced Nursing*, 78(4), 1044–1054. <https://doi.org/10.1111/jan.15032>
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família* (2nd ed.). Quarteto.

- Pinto, A., & Soares, I. (2018). *Sistemas de Gestão da Qualidade – Guia para a sua implementação* (Sílabo, Ed.; 1ª).
- Pires, A. (2012). *SISTEMAS DE GESTÃO DA QUALIDADE – Ambiente, Segurança, Responsabilidade Social, Indústria e Serviços* (Sílabo, Ed.; 1ª).
- Ponte, J. P. (2006). Estudos de caso em educação matemática. *Bolema*, 105–132.
- Popkin, B. M., D’Anci, K. E., & Rosenberg, I. H. (2010). Water, hydration, and health. *Nutrition Reviews*, 68(8), 439–458. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2010.00304.x>
- PORDATA. (2024). *Índice de Envelhecimento*.
- Portaria n.º 67/2012 Do Ministério Da Solidariedade e Da Segurança Social, Diário da República n.º 58/2012, Série I (2012).
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. Van. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (Gradiva, Ed.).
- Ramos, S., & Trindade, L. (2011). Gestão do Risco: Segurança do Doente em Ambiente Hospitalar. *Tecno Hospital*, 16–20.
- Rand, S., Smith, N., Jones, K., Dargan, A., & Hogan, H. (2021). Measuring safety in older adult care homes: a scoping review of the international literature. *BMJ Open*, 11(3), e043206. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043206>
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 320(7237), 768–770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
- Ree, E., & Wiig, S. (2019). Employees’ perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes and home care services. *BMC Health Services Research*, 19(1), 607. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4456-8>
- Reis, I., Bértolo, M., Gavetano, M., Silva, A., Santos, M., & Braga, R. (2017). *MySenior*.  
Revista de Imprensa. (2024, June 20). *Portugal gasta mais em apoios sociais com idosos do que com crianças desde 2012: há mais de um milhão de beneficiários no país*. Executivedigest.
- Ribeiro, J. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* (Plabebo, Ed.; 2ª).
- Robinson, S. B., & Rosher, R. B. (2002). Can a beverage cart help improve hydration? *Geriatric Nursing*, 23(4), 208–211. <https://doi.org/10.1067/mgn.2002.126967>
- Romanowski, F. N. de A., Boaventura de Castro, M., & Neris, N. W. (2019). *Manual de Tipos de Estudo*. Centro Universitário de Anápolis.
- Rosa, A. (2012). *Sistema de recompensas – Estudo de um caso*. Instituto Politécnico de Setúbal.
- Rosa, P. (2013). *Uma Introdução a Pesquisa Qualitativa em Ensino de Ciências*.

- Rösler, A., Lehmann, F., Krause, T., Wirth, R., & von Renteln-Kruse, W. (2010). Nutritional and hydration status in elderly subjects: Clinical rating versus bioimpedance analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(3), e81–e85. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.06.007>
- Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., & Lackan, N. A. (2010). What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 156–165. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x>
- Sanchez, T. R., Inostroza-Nieves, Y., Hemal, K., & Chen, W. (2023). Cross-sectional study. In *Translational Surgery* (pp. 219–222). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-90300-4.00030-6>
- Scherer, M. J., & Craddock, G. (2002). Matching Person & Technology (MPT) assessment process. *Technology and Disability*, 14(3), 125–131. <https://doi.org/10.3233/TAD-2002-14308>
- Sigurdardottir, S. H., & Kåreholt, I. (2014). Informal and formal care of older people in Iceland. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 802–811. <https://doi.org/10.1111/scs.12114>
- Silva, I. S., Veloso, A. L., & Keating, J. B. (2014, September 2). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, 175–190.
- Simmons, S. F., Alessi, C., & Schnelle, J. F. (2001). An Intervention to Increase Fluid Intake in Nursing Home Residents: Prompting and Preference Compliance. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(7), 926–933. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49183.x>
- SNS - Serviço Nacional de Saúde. (2020, April 8). *Covid-19 | Normas lares fase mitigação*. Notícias de Saúde.
- Stumbo, P. J. (2013). New technology in dietary assessment: a review of digital methods in improving food record accuracy. *Proceedings of the Nutrition Society*, 72(1), 70–76. <https://doi.org/10.1017/S0029665112002911>
- Tennstedt, S. L., Harrow, B., & Crawford, S. (1996). Informal Care vs. Formal Services. *Journal of Aging & Social Policy*, 7(3–4), 71–92. [https://doi.org/10.1300/J031v07n03\\_05](https://doi.org/10.1300/J031v07n03_05)
- Torous, J., Bucci, S., Bell, I. H., Kessing, L. V., Faurholt-Jepsen, M., Whelan, P., Carvalho, A. F., Keshavan, M., Linardon, J., & Firth, J. (2021). The growing field of digital

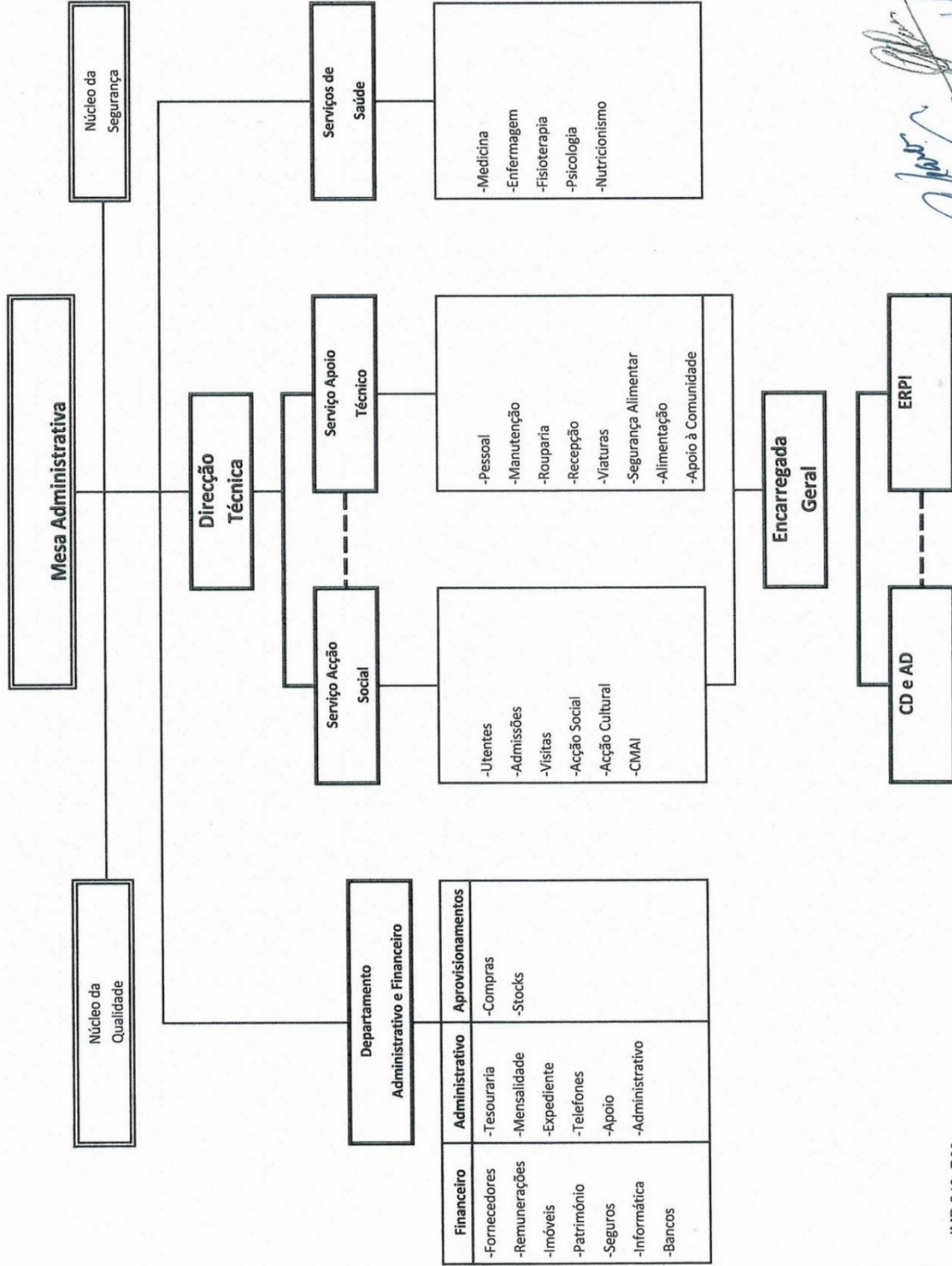
- psychiatry: current evidence and the future of apps, social media, chatbots, and virtual reality. *World Psychiatry*, 20(3), 318–335. <https://doi.org/10.1002/wps.20883>
- Uchino, B. N. (2009). Understanding the Links Between Social Support and Physical Health: A Life-Span Perspective With Emphasis on the Separability of Perceived and Received Support. *Perspectives on Psychological Science*, 4(3), 236–255. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x>
- van Wieringen, M., Broese van Groenou, M. I., & Groenewegen, P. (2015). Impact of Home Care Management on the Involvement of Informal Caregivers by Formal Caregivers. *Home Health Care Services Quarterly*, 34(2), 67–84. <https://doi.org/10.1080/01621424.2015.1029185>
- van Wietmarschen, H. A., Busch, M., van Oostveen, A., Pot, G., & Jong, M. C. (2020). Probiotics use for antibiotic-associated diarrhea: a pragmatic participatory evaluation in nursing homes. *BMC Gastroenterology*, 20(1), 151. <https://doi.org/10.1186/s12876-020-01297-w>
- Ventura, M. M. (2007). O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. *Pedagogia Médica*, 20(5), 383–386.
- Vincent, C. (2010). *Patient Safety*. Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781444323856>
- Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Goisser, S., Hooper, L., Kiesswetter, E., Maggio, M., Raynaud-Simon, A., Sieber, C. C., Sobotka, L., van Asselt, D., Wirth, R., & Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition*, 38(1), 10–47. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>
- Wacker R, & Roberto K. (2018). *Community Resources for Older Adults: Programs and Services in an Era of Change* (SAGE Publications, Ed.).
- Wilson, J., Bak, A., Tingle, A., Greene, C., Tsiami, A., Canning, D., Myron, R., & Loveday, H. (2019). Improving hydration of care home residents by increasing choice and opportunity to drink: A quality improvement study. *Clinical Nutrition*, 38(4), 1820–1827. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.07.020>
- Wimo, A., Elmståhl, S., Fratiglioni, L., Sjölund, B.-M., Sköldunger, A., Fagerström, C., Berglund, J., & Lagergren, M. (2017). Formal and informal care of community-living older people: A population-based study from the Swedish National study on Aging and Care. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 21(1), 17–24. <https://doi.org/10.1007/s12603-016-0747-5>

Wong, K. C. (2011). Using an Ishikawa diagram as a tool to assist memory and retrieval of relevant medical cases from the medical literature. *Journal of Medical Case Reports*, 5(1), 120. <https://doi.org/10.1186/1752-1947-5-120>

## **ANEXOS**

**ANEXO I – ORGANOGRAMA DA INSTITUIÇÃO**

**ORGANOGRAMA**



  
 Mesa Administrativa  
 20/16/18

**ANEXO II – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA**

## PARECER

### COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO DO IPSANTARÉM

#### EMIÇÃO DE PARECER Nº27-2024ESGTS

**Identificação do Investigador** | Ana Carvalho (ESGTS)

**Identificação do Projeto** | *Modelo de Gestão Aplicado à Mitigação de Riscos na Desidratação em Idosos Institucionalizados. Estudo de caso numa Estrutura Residencial para Idosos*

Constata-se que:

- i. É um trabalho académico conferidos do grau de mestrado;
- ii. Apresenta fundamentação teórica;
- iii. O cronograma é adequado considerando as diferentes etapas do desenvolvimento do projeto.
- iv. É assegurado o anonimato, sendo eliminados todos os elementos, físicos ou em formato digital, de identificação nominal ou contacto dos participantes;
- v. Inclui o consentimento informado, livre e esclarecido;
- vi. Esclarece os riscos potenciais.

Face ao exposto a Comissão de Ética emite parecer favorável porquanto são cumpridos os requisitos éticos no projeto em apreciação.

Santarém, 18 de julho de 2024

Pedro Oliveira



(Coordenador)

Rafael Oliveira



(Subcoordenador)

**ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DO CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO DO  
PROJETO**

José Joaquim da Conceição Alves  
direccao@misericordialhandra.pt

08 de Fevereiro de 2024

Assunto: Declaração de Autorização para Recolha de Dados


Eu, José Joaquim da Conceição Alves, na qualidade de Provedor da Associação do Hospital Civil e Misericórdia de Alhandra, por meio desta declaração, concedo autorização a Ana Patrícia Carvalho, estudante do 2<sup>o</sup> ano de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde na Escola Superior de Gestão e Tecnologia do Instituto Politécnico de Santarém, para realizar a recolha de dados nesta instituição, relacionados ao Projeto Aplicado intitulado "Modelo de Gestão Aplicado à Mitigação de Riscos na Desidratação em Idosos Institucionalizados — Estudo de caso numa Estrutura Residencial para Idosos".

Esta autorização é concedida com a compreensão de que a investigadora se compromete a conduzir o processo de recolha de dados com total respeito à privacidade e confidencialidade dos dados recolhidos.

Todas as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para os propósitos previamente mencionados no projeto de investigação e não serão partilhadas ou divulgadas a terceiros sem a devida autorização por escrito.

Esta autorização é válida até à conclusão do Projeto Aplicado, entrega e respetiva defesa.

Atenciosamente,

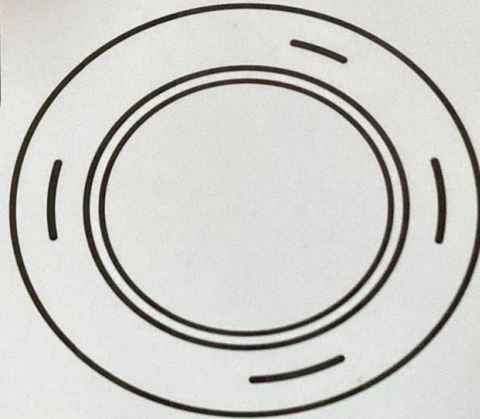
  
ASSOCIAÇÃO DO HOSPITAL CIVIL  
MISERICÓRDIA DE ALHANDRA  
LAR DE IDOSOS • CENTRO DE DIA  
José Joaquim da Conceição Alves  
Apartado 28 • 2600 ALHANDRA  
Provedor da Associação do Hospital Civil e Misericórdia de Alhandra

## **ANEXO IV – INDIVIDUAIS PERSONALIZADOS**



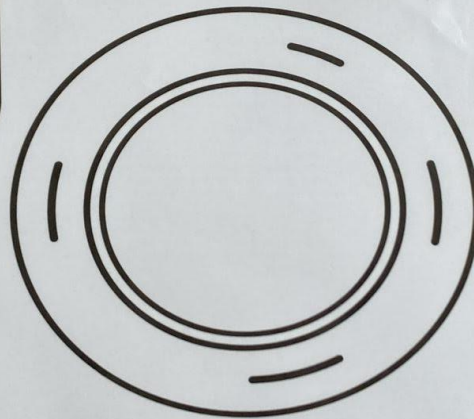
### O QUE DEVEM SABER SOBRE MIM:

O MEU NOME:	ATENÇÃO- Quedas Anticoagulantes	DIABETES	HIPERTENSÃO	ALIMENTAÇÃO:	Gosto de:	Não gosto de:
					Dobrada com Feijão	Bacalhau com natas Ovos estrelados



### O QUE DEVEM SABER SOBRE MIM:

O MEU NOME:	ATENÇÃO-Quedas Anticoagulantes	HIPERTENSÃO	ALIMENTAÇÃO:



## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I – GRELHA DE OBSERVAÇÃO**

Instituto Politécnico de Santarém  
 Escola Superior de Gestão e Tecnologia  
 Escola Superior de Saúde  
 Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

**Grelha de Observação**  
 Associação do Hospital Civil e Misericórdia de Alhandra

**Modelo de Gestão Aplicado à Mitigação de Riscos na Desidratação em Idosos Institucionalizados**  
**Estudo de caso numa Estrutura Residencial para Idosos**

Categoria	Critérios de Observação	Aspeto observado	Presente	Ausente	Não se aplica	
FATORES FISIOLÓGICOS	1- Diminuição da sensação de sede relacionada ao envelhecimento	a) Expressão de sede pela pessoa idosa e perceção sobre sua própria sede				
		b) Registo de sintomas de desidratação ou complicações				
	2 - Alterações nas funções renais que afetam o equilíbrio hídrico	a) Problemas renais pré-existentes na pessoa idosa				
		b) Tratamento clínico relacionado a problemas renais				
	3 - Dificuldade na regulação térmica devido à idade e presença de disfagia	a) Sinais de superaquecimento ou hipotermia na pessoa idosa				
		b) Presença de disfagia na pessoa idosa				
		c) Adaptações nas refeições devido à disfagia				
	FATORES DE SAÚDE	1 - Condições clínicas crónicas	a) Condições de saúde que afetam a ingestão de líquidos			
			b) Sintomas ou limitações físicas que interferem na ingestão			
c) Intervenções clínicas relacionadas a condições de saúde						
2 - Efeitos colaterais de medicamentos na hidratação		a) Medicamentos prescritos com potenciais efeitos colaterais de desidratação				
		b) Sintomas de desidratação ou efeitos colaterais relacionados				
		c) Ajustes na medicação para minimizar a desidratação				
3 - Presença de doenças cognitivas		a) Diagnósticos de doenças cognitivas				
		b) Comportamento idoso durante as interações diárias				
Identificação / Notas / Comentários						
Nome do Investigador	Patrícia Carvalho					
Data	Junho de 2024					

**Grelha de Observação**  
 Associação do Hospital Civil e Misericórdia de Alhandra

**Modelo de Gestão Aplicado à Mitigação de Riscos na Desidratação em Idosos Institucionalizados**  
**Estudo de caso numa Estrutura Residencial para Idosos**

Categoria	Critérios de Observação	Aspetto observado	Presente	Ausente	Não se aplica	
FATORES INSTITUCIONAIS	1 - Existência de protocolos específicos para a promoção da hidratação	a) Existência de protocolos específicos				
		b) Implementação dos protocolos na prática				
	2 - Formação multidisciplinar da equipa de cuidados	a) Formação e educação contínua				
		b) Diversidade de habilidades e conhecimentos na equipa				
		c) Compreensão e competência na promoção da hidratação				
	3 - Limitações de recursos humanos	a) Colaboradores suficientes na equipa de cuidados				
		b) Elevada carga de trabalho dos colaboradores				
		c) Dificuldades ou desafios devido a limitações de recursos humanos				
	FATORES AMBIENTAIS	1 - Estimulação ambiental	a) Ambientes visualmente estimulantes			
b) Perceção da pessoa idosa sobre os ambientes envolventes						
c) Medidas para melhorar a estimulação ambiental						
2 - Temperatura ambiente		a) Monitorização da temperatura ambiente				
		b) Desconforto manifestado pelo idoso				
		c) Medidas para ajustar a temperatura ambiente				
3 - Limitações no acesso à água		a) Acessibilidade a fontes de água				
		b) Presença de obstáculos que têm de enfrentar em relação à procura de água				
		c) Existência de medidas para garantir o acesso à água				
		d) Oferta de variedade de bebidas				
Notas / Comentários						

Instituto Politécnico de Santarém  
Escola Superior de Gestão e Tecnologia  
Escola Superior de Saúde  
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

**Grelha de Observação**

Associação do Hospital Civil e Misericórdia de Alhandra

Modelo de Gestão Aplicado à Mitigação de Riscos na Desidratação em Idosos Institucionalizados  
Estudo de caso numa Estrutura Residencial para Idosos

Categoria	Critérios de Observação	Aspeto observado	Presente	Ausente	Não se aplica
<b>FATORES COMPORTAMENTAIS</b>	1 - Adaptação de rotinas diárias para promover a hidratação	a) Atividades diárias da pessoa idosa			
		b) Estratégias de incentivo à hidratação			
		c) Consciência individual			
	2 - Preferências e necessidades individuais	a) Registo individualizado da ingestão de líquidos			
		b) Necessidades individuais de hidratação			
	3 - Resistência dos idosos em aceitar assistência na ingestão de líquidos	a) Interações cuidadores/idoso às refeições			
		b) Registo de recusa de ingestão de líquidos			
		c) Registo de sinais de desconforto à ingestão de líquidos (ex: vômitos)			
	<b>BARREIRAS NA COMUNICAÇÃO</b>	1 - Dificuldade de comunicação efetiva entre o idoso e a equipa de cuidados	a) Clareza na mensagem do idoso		
b) Compreensão da equipa de cuidados em relação às necessidades da pessoa idosa					
c) Obstáculos identificados na comunicação					
2 - Disponibilidade de canais adequados para expressar necessidades relacionadas à hidratação		a) Variedade de canais de comunicação oferecidos à pessoa idosa			

Notas / Comentários

**APÊNDICE II - GUIÃO DE ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO DA GRELHA  
DE OBSERVAÇÃO**

GUIÃO DE ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO DA GRELHA DE  
OBSERVAÇÃO  
(CATEGORIAS, CRITÉRIOS DE OBSERVAÇÃO E ASPETOS OBSERVADOS)

**Categoria: Fatores Fisiológicos**

Critérios de observação:

- 1- Diminuição da sensação de sede relacionada ao envelhecimento
  - a) O idoso expressa sede ou tem perceção da sua própria sede
  - b) Registo de sintomas de desidratação ou complicações relacionadas à falta de hidratação
  
- 2- Alterações nas funções renais que afetam o equilíbrio hídrico
  - a) Avaliação dos registos médicos para identificar problemas renais pré-existentes nas PI
  - b) Registo de qualquer tratamento clínico em curso relacionado a problemas renais
  
- 3- Dificuldade na regulação térmica devido à idade, presença de disfagia
  - a) Observação de sinais de supraaquecimento ou hipotermia nas PI durante períodos de temperatura extrema
  - b) Avaliação da presença de disfagia nas PI
  - c) Registo de quaisquer adaptações nas refeições ou nos líquidos oferecidos devido à disfagia

**Categoria: Fatores de Saúde**

Critérios de observação:

- 1- Presença de condições clínicas crónicas que aumentam o risco de desidratação
  - a) Revisão dos registos clínicos para identificar condições de saúde que possam influenciar a ingestão de líquidos, como diabetes, doenças cardíacas ou distúrbios gastrointestinais
  - b) Observação de sintomas ou limitações físicas que possam interferir na capacidade das PI de ingerir líquidos, como tremores, fraqueza muscular ou dificuldades respiratórias

- c) Registo de intervenções médicas em curso relacionadas a condições de saúde específicas que afetam a hidratação
- 2- Efeitos colaterais de medicamentos na hidratação
- a) Revisão dos registos médicos para identificar medicamentos prescritos que possam causar efeitos colaterais relacionados à hidratação, como diuréticos ou medicamentos que causam boca seca
  - b) Observação de sintomas de desidratação ou efeitos colaterais relacionados à medicação, como tonturas, boca seca ou redução da produção de urina
  - c) Registo de quaisquer ajustes na medicação ou tratamentos prescritos para minimizar os efeitos colaterais na hidratação
- 3- Presença de doenças cognitivas
- a) Revisão dos registos médicos para identificar diagnósticos de doenças cognitivas, como demência ou Alzheimer
  - b) Observação direta do comportamento das PI durante as interações diárias para detetar sinais de comprometimento cognitivo, como confusão, desorientação ou lapsos de memória

### **Categoria: Fatores Institucionais**

Critérios de observação:

- 1- Existência de protocolos específicos para a promoção da hidratação
  - a) Revisão da documentação institucional para identificar a existência de protocolos ou diretrizes específicas relacionadas à promoção da hidratação das PI
  - b) Observação da implementação desses protocolos na prática, incluindo a realização de monitorização regular da ingestão de líquidos e ações para garantir a hidratação adequada
- 2- Formação multidisciplinar da equipe de cuidados
  - a) Análise do currículo de formação e educação contínua oferecidos aos profissionais de saúde e cuidadores que lidam com idosos
  - b) Observação da diversidade de habilidades e conhecimentos entre os membros da equipe de cuidados em relação à promoção da hidratação

- c) Observação dos membros da equipa para avaliar sua compreensão e competência na promoção da hidratação das PI
- 3- Limitações de recursos humanos
- a) Observação da dimensão da equipa de cuidados em relação à satisfação das PI
  - b) Análise da carga de trabalho dos colaboradores e a sua capacidade de dedicar tempo suficiente para promover a hidratação das PI
  - c) Registo de quaisquer dificuldades ou desafios enfrentados pela equipa de cuidados devido a limitações de recursos humanos

### **Categoria: Fatores Ambientais**

#### **Critério de Observação:**

- 1- Estimulação ambiental
- a) Observação visual dos ambientes frequentados pelos idosos para determinar se são visualmente estimulantes e agradáveis
  - b) Avaliação da percepção dos residentes relativamente ao estímulo visual e conforto dos ambientes
  - c) Registo de quaisquer medidas tomadas para melhorar a estimulação ambiental, como decoração, música ou atividades recreativas
- 2- Temperatura ambiente
- a) Monitorização da temperatura ambiente nas áreas frequentadas pelos idosos, como quartos, salas de estar e áreas de refeição
  - b) Observação de quaisquer desconfortos manifestados pelos idosos devido a temperaturas excessivamente altas ou baixas
  - c) Registo de medidas tomadas para ajustar a temperatura ambiente para garantir o conforto e a saúde das PI
- 3- Limitações no acesso à água
- a) Acessibilidade de fontes de água potável nas áreas frequentadas pelos idosos, como bebedouros ou recipientes de água
  - b) Presença de obstáculos que têm de enfrentar em relação à procura de água

- c) Existência de quaisquer medidas tomadas para garantir o acesso fácil e contínuo à água, como a instalação de bebedouros adicionais ou a disponibilização de garrafas de água pessoais
- d) Variedade de Bebidas: se são oferecidas diversas opções de bebidas, como água, sumos naturais, chás e sopas leves

### **Categoria: Fatores Comportamentais**

Critérios de observação:

- 1- Adaptação de rotinas diárias para promover a hidratação
  - a) Observação das atividades diárias das PI para identificar oportunidades de promoção da hidratação, como pausas para beber água durante atividades físicas
  - b) Registo de estratégias diárias implementadas pela equipa de cuidados para incentivar a hidratação, como lembretes individuais ou programas educacionais sobre a importância da ingestão de líquidos
  - c) Observação de comportamentos que demonstram consciência individual da importância da hidratação na sua rotina diária
  
- 2- Preferências e necessidades individuais
  - a) Verificar se há um registo individualizado da ingestão de líquidos para cada residente. Inclui o registo da quantidade e tipos de líquidos consumidos por cada residente ao longo do dia
  - b) Observar se a equipa realiza uma avaliação das necessidades individuais de hidratação de cada residente. Isso pode incluir fatores como idade, peso, condições clínicas pré-existent
  
- 3- Resistência das PI em aceitar assistência na ingestão de líquidos
  - a) Observação de interações entre os cuidadores e os idosos durante as refeições ao oferecer líquidos
  - b) Registo de recusa ou resistência à ingestão de líquidos
  - c) Notação de sinais de desconforto ou desagrado manifestados pelos idosos na ingestão de líquidos

## **Categoria: Barreiras na Comunicação**

Critérios de observação:

- 1- Dificuldade de comunicação efetiva entre idosos e equipe de cuidados
  - a) Notação da clareza das mensagens transmitidas pelos idosos
  - b) Compreensão da equipa de cuidados em relação às necessidades das PI
  - c) Registo de quaisquer obstáculos identificados na comunicação, como problemas de audição, dificuldades de fala ou linguagem não verbal incompreendida
  
- 2- Disponibilidade de canais adequados para expressar necessidades relacionadas à hidratação:
  - a) Avaliação da variedade de canais de comunicação oferecidos aos idosos para expressar suas necessidades de hidratação, como conversas diretas, gestos ou painéis informativos

**APÊNDICE III - GUIÃO / CONSENTIMENTO – *FOCUS GROUP***

## **GUIÃO / CONSENTIMENTO – FOCUS GROUP**

Exmo. Sr.(a)

Chamo-me Ana Patrícia Carvalho e estou a desenvolver o curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde na Escola Superior de Gestão e Tecnologia do Instituto Politécnico de Santarém.

O estudo que me encontro a desenvolver, com registo definitivo: “Modelo de Gestão Aplicado à Mitigação de Riscos na Desidratação em Idosos Institucionalizados - Estudo de caso numa Estrutura Residencial Para Idosos” decorre sob orientação científica da Sra. Professora Doutora Marta Rosa e coorientação do Professor Marco Pinto - professores na Escola Superior de Saúde de Santarém.

Com este estudo pretendemos contribuir para a análise e avaliação do modelo de gestão de uma instituição do terceiro setor associado à desidratação no idoso de maneira abrangente, com a finalidade de se identificarem os fatores de risco, avaliação de intervenções eficazes e propostas de estratégias preventivas complementares. Esta pesquisa não pretende apenas preencher uma lacuna no conhecimento existente, mas também servir como um recurso valioso para os profissionais de saúde, cuidadores e gestores de instituições que partilham o compromisso de proporcionar cuidados de qualidade aos residentes de instituições de longa permanência.

Como objetivos, propomo-nos analisar o modelo de gestão para a prevenção da desidratação em idosos residentes na ERPI, identificando os fatores de risco com ênfase na dimensão da gestão, avaliar as estratégias implementadas na gestão diária da prevenção da desidratação e propor outras complementares.

A primeira fase diz respeito à caracterização sociodemográfica dos residentes da instituição assim como alguns dados de saúde, motivo de ida à urgência hospitalar e notas de alta com diagnóstico de desidratação durante os anos 2022-23.

Nesta fase propomo-nos desenvolver através da técnica de *Focus Group*, uma sessão no dia \_\_\_ de junho de 2024, às 14.30h na ERPI, constituído por elementos especializados que inclui um nutricionista, um enfermeiro, um médico, um psicólogo, um assistente social e um assistente de lar responsável, cujo objetivo será construir uma grelha de observação que servirá de instrumento de recolha de dados sobre os fatores de risco diretamente ligados ao participante e à instituição, que podem levar à desidratação dos idosos.

Assim venho por este meio, solicitar a sua autorização enquanto provedor da Misericórdia de Alhandra para a realização desta sessão de *Focus Group* cuja estruturação se preconiza da seguinte forma:

**TEMA:** “Modelo de Gestão Aplicado à Mitigação de Riscos na Desidratação em Idosos Institucionalizados. Estudo de caso numa Estrutura Residencial para Idosos”

- A sessão terá a duração máxima de duas horas – 14.30h às 16.30h
- O moderador será a investigadora Patrícia Carvalho
- A investigadora fará uma breve apresentação para que todos a conheçam
- Os participantes deverão escrever o seu nome numa folha e colocar à sua frente
- O moderador fará uma introdução à sessão
- O moderador irá colocar para discussão temas, que serão o estímulo para a reflexão e exploração do tema central para formulação da grelha de observação
- A sessão será gravada com equipamento áudio
- Todos os dados recolhidos serão analisados de acordo com os princípios éticos no âmbito da confidencialidade e anonimato dos participantes
- O moderador apenas intervém quando estritamente necessário:
  - Para focalizar a temática em discussão
  - Para coordenar as falas em simultâneo por parte dos participantes
- No final da sessão os participantes devem entregar ao moderador este documento devidamente preenchido e assinado que se constitui no consentimento informado

Fonte: Alan Bryman (2012)

Acreditamos que a abordagem do *Focus Group* proporcionará uma oportunidade para reflexão e troca de experiências profissionais, tornando a sua contribuição essencial para o desenvolvimento do instrumento de recolha de dados que planeamos utilizar numa etapa posterior da nossa pesquisa.

Dado o valor da gravação para a condução desta sessão e com o objetivo de analisar os dados recolhidos, solicitamos o seu consentimento para utilizar e aceder a essas informações. Após ler a declaração apresentada, solicitamos que preencha os dados e assine como consentimento informado.

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade*

*de em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.*

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Cargo na Instituição: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## **GUIÃO DE ORIENTAÇÃO PARA *FOCUS GROUP***

Itens a discutir:

- Fatores fisiológicos
- Fatores de saúde
- Fatores institucionais
- Fatores ambientais
- Fatores comportamentais
- Barreiras na comunicação

**APÊNDICE IV – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO  
PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algum dado está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações até ver todas as suas dúvidas esclarecidas.

**NOME DO ESTUDO – MODELO DE GESTÃO APLICADO À MITIGAÇÃO DE RISCOS NA DESIDRATAÇÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS. ESTUDO DE CASO NUMA ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA IDOSOS.**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Ana Patrícia Lavareda de Carvalho

**CONTACTO TELEFÓNICO:** 925967102

**ORIENTADORES:** Professora Doutora Marta Maria Gonçalves Rosa e Professor Marco José Barbas Pinto

Exmo. (a) Sr. (a)

O meu nome é Ana Patrícia Lavareda de Carvalho e sou aluna do 2ºano do curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde na Escola Superior de Gestão e Tecnologia do Instituto Politécnico de Santarém. Juntamente com os orientadores, estou a desenvolver o estudo “Modelo de gestão aplicado à mitigação de riscos na desidratação em idosos institucionalizados. Estudo de caso numa estrutura residencial para idosos”.

É convidado a participar voluntariamente neste estudo pelo que garantimos que não existem danos nem prejuízos de saúde. A sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre o tema em questão contribuindo para a visibilidade da utilização do conhecimento na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas.

Receberá uma cópia deste Consentimento Informado para rever e solicitar aconselhamento. A investigadora poderá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender. Depois de

compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a da investigadora, ser-lhe-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, não haverá qualquer penalização nos cuidados que irá receber.

Comprometemo-nos ao longo do estudo, manter de forma criteriosa todas as dimensões éticas que se impõem, garantindo a confidencialidade e o uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo, assegurando o anonimato.

A responsabilidade de todo o processo de investigação é da investigadora responsável e dos orientadores, não existindo qualquer tipo de financiamento.

Pretendemos identificar os fatores de risco e analisar as estratégias de gestão implementadas na instituição de modo a prevenir a desidratação das pessoas idosas residentes. Com base nesta avaliação, o estudo procura propor estratégias complementares e eficazes, levando em consideração as infraestruturas existentes, com o objetivo de fortalecer a prevenção da desidratação e promover a saúde e bem-estar das pessoas idosas residentes.

O desenvolvimento do estudo ocorrerá na Associação do Hospital Civil e Misericórdia de Alhandra, com as pessoas idosas que aceitarem participar no estudo.

Os dados sociodemográficos e de saúde serão fornecidos pela instituição e também será realizada uma observação como método-chave, tendo por base uma criteriosa grelha de observação validada por um *Focus Group* especializado multidisciplinar, com ênfase na dimensão da gestão para desenvolver estratégias eficazes de prevenção.

É garantida a anonimização dos dados, ficando estes à responsabilidade da investigadora e exclusivamente partilhados no processo de análise com os orientadores, e serão destruídos um ano após o término da investigação.

A investigadora

***PARTICIPANTE:***

DECLARO ter lido e compreendido este documento bem como as informações que me foram prestadas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem quaisquer prejuízos. Desta forma, aceito participar de forma voluntária e permito a utilização dos dados colhidos confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

\_\_\_\_\_ (local), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (data)

Nome:

\_\_\_\_\_

Assinatura:

\_\_\_\_\_

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

NOME:

\_\_\_\_\_

DOC. IDENTIFICAÇÃO Nº \_\_\_\_\_

DATA OU VALIDADE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO ou REPRESENTANTE:

\_\_\_\_\_

ASSINATURA:

\_\_\_\_\_

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.