

“Velhos São os Trapos”

Repensar os Lares de Idosos: do assistencialismo ao cuidado com dignidade.



**Editora chefe**

Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira Scheffer

Assistente editorial

Flávia Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

2025 by Atena Editora

Copyright © 2025 Atena Editora

Copyright do texto © 2025, o autor

Copyright da edição © 2025, Atena Editora

Os direitos desta edição foram cedidos à Atena Editora pelo autor.

Open access publication by Atena Editora

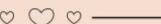


Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

A Atena Editora atua com transparência, ética e responsabilidade em todas as etapas do processo editorial. Nossa objetivo é garantir a qualidade da produção e o respeito à autoria, assegurando que cada obra seja entregue ao público com cuidado e profissionalismo.

Para cumprir esse papel, adotamos práticas editoriais que visam assegurar a integridade das obras, prevenindo irregularidades e conduzindo o processo de forma justa e transparente. Nossa compromisso vai além da publicação, buscamos apoiar a difusão do conhecimento, da literatura e da cultura em suas diversas expressões, sempre preservando a autonomia intelectual dos autores e promovendo o acesso a diferentes formas de pensamento e criação.

O conteúdo desta obra, em sua forma, correção e confiabilidade, é de responsabilidade exclusiva dos autores. As opiniões e ideias aqui expressas não refletem, necessariamente, a posição da Atena Editora, que atua apenas como mediadora no processo de publicação. Dessa forma, a responsabilidade pelas informações apresentadas e pelas interpretações decorrentes de sua leitura cabe integralmente aos autores.



“Velhos são os trapos” - Repensar os lares de idosos: do assistencialismo ao cuidado com dignidade

Autor: Bruno Santos

Revisão: O autor

Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga

| Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) | |
|--|--|
| S237 | Santos, Bruno “Velhos são os trapos” - Repensar os lares de idosos: do assistencialismo ao cuidado com dignidade / Bruno Santos. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2025. |
| | Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-3747-5 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.475250711 |
| | 1. Lares de idosos, assistência social e cuidados à terceira idade. I. Santos, Bruno. II. Título. |
| | CDD 362.6 |
| Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166 | |

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

+55 (42) 3323-5493

+55 (42) 99955-2866

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br



Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
- Prof^a Dr^a Amanda Vasconcelos Guimarães – Universidade Federal de Lavras
- Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
- Prof^a Dr^a Ariadna Faria Vieira – Universidade Estadual do Piauí
- Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
- Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
- Prof. Dr. Cirênia de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
- Prof. Dr. Cláudio José de Souza – Universidade Federal Fluminense
- Prof^a Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
- Prof^a Dr^a. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
- Prof. Dr. Elio Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
- Prof^a Dr^a Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
- Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
- Prof. Dr. Fabrício Moraes de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
- Prof^a Dr^a Glécilla Colombelli de Souza Nunes – Universidade Estadual de Maringá
- Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
- Prof. Dr. Joachin de Melo Azevedo Sobrinho Neto – Universidade de Pernambuco
- Prof. Dr. João Paulo Roberti Junior – Universidade Federal de Santa Catarina
- Prof^a Dr^a Juliana Abonizio – Universidade Federal de Mato Grosso
- Prof. Dr. Julio Cândido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
- Prof^a Dr^a Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
- Prof^a Dr^a Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
- Prof. Dr. Sérgio Nunes de Jesus – Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia Prof^a Dr^a Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
- Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
- Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Sumário

- **Introdução**
- **Capítulo 1:** O Cuidado que (Des)conhecemos
- **Capítulo 2:** O Modelo Centrado na Pessoa
- **Capítulo 3:** Como Deve Ser um Novo Lar de Idosos Centrado na Pessoa
- **Capítulo 4:** Desafios e Barreiras
- **Capítulo 5:** Implementando na Prática
- **Capítulo 6:** O Futuro do Cuidado ao Idoso
- **Capítulo 7:** Financiamento e Sustentabilidade Económica
- **Capítulo 8:** Estudos de Caso
- **Capítulo 9:** Conclusão: A Pessoa no Centro Sempre
- **Referências Bibliográficas**



Listas de Siglas e Abreviaturas

- **ERPI** — Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas
- **IA** — Inteligência Artificial
- **INE** — Instituto Nacional de Estatística
- **IPSS** — Instituições Particulares de Solidariedade Social
- **MCP** — Modelo Centrado na Pessoa
- **OMS** — Organização Mundial de Saúde
- **PIC** — Plano Individual de Cuidados

Introdução



O **envelhecimento** é um dos maiores desafios do nosso tempo. Portugal, tal como muitos países europeus, transformou-se numa sociedade acentuadamente envelhecida, onde o aumento da esperança de vida convive com estruturas sociais e institucionais ainda presas a modelos do passado. Os lares de idosos, tal como existem, foram cruciais em determinada fase histórica, mas hoje mostram-se **insuficientes** para responder às necessidades, expectativas e direitos das pessoas mais velhas.

Assim, este livro nasce da convicção de que é urgente **repensar** o cuidado dirigido aos idosos, superando a visão assistencialista e institucional para adotar um modelo verdadeiramente **centrado na pessoa**. O **objetivo** é promover a reflexão crítica, mas também apresentar propostas concretas para **transformar** os lares em espaços de vida, participação e dignidade.

Ao longo das páginas que se seguem, o leitor encontrará uma análise do envelhecimento em Portugal, a evolução histórica dos lares, as limitações do modelo tradicional e, sobretudo, a proposta de um novo paradigma assente em autonomia, identidade, individualidade e respeito. Inspirado em experiências internacionais e em práticas já emergentes no país, este trabalho pretende ser um guia para dirigentes, profissionais, famílias e autoridades políticas, contribuindo para que os próximos anos sejam não apenas mais longos, mas também **mais justos e humanizados para todos**.

Capítulo 1

O Cuidado que (Des)conhecemos



Capítulo 1

O Cuidado que (Des)conhecemos



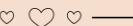
Contextualização

Portugal atravessa um processo demográfico singular, que redefine não apenas a estrutura etária da população, mas também a forma como a sociedade organiza respostas sociais, de saúde e de proteção. O **envelhecimento** deixou de ser uma tendência futura e tornou-se uma realidade quotidiana, que se faz sentir em todas as esferas da vida pública e privada. Nos últimos vinte anos, a população portuguesa transformou-se num dos grupos mais envelhecidos da Europa, fenómeno que decorre da conjugação de três fatores fundamentais: **a diminuição da natalidade, o aumento da esperança de vida e os fluxos migratórios**

Em 2022, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), cerca de 24% da população residente em Portugal tinha 65 ou mais anos, o que significa quase um quarto do total. A previsão é que esta percentagem continue a crescer, estimando-se que em 2070 o país terá mais idosos do que jovens, com particular destaque para a faixa dos **maiores de 80 anos**, considerada a que mais aumentará em número e em peso relativo. Este dado é revelador de um duplo movimento: por um lado, a conquista social de uma longevidade cada vez maior; por outro, o desafio imenso que representa garantir que estes anos adicionais de vida correspondem a qualidade, dignidade e autonomia.

Capítulo 1

O Cuidado que (Des)conhecemos



Concomitantemente, os dados apontam para um **agravamento do índice de dependência** associado à idade mais avançada. Com mais de 75 anos, verifica-se uma maior prevalência de doenças crónicas, de limitações funcionais e de necessidade de cuidados permanentes. É precisamente nesta faixa etária que se concentram as maiores fragilidades e, consequentemente, a maior procura de serviços residenciais. Ao mesmo tempo, as famílias, tradicionalmente vistas como suporte primordial, lidam com transformações: lares mais pequenos, maior dispersão geográfica, exigências laborais intensas e migração. Tudo isto compromete a disponibilidade para prestar cuidados continuados a familiares idosos.

O retrato que desponta é o de um **país envelhecido**, com forte sobrecarga demográfica, social e cultural sobre o modelo de cuidado. O debate em torno das políticas públicas acompanha, de forma lenta, esta transformação, mas mantém-se muitas vezes preso a categorias do passado. Discute-se o **envelhecimento ativo e saudável**, porém a realidade revela uma discrepância entre o ideal e o concreto. O próprio conceito de “envelhecimento ativo” implica participação, envolvimento, aprendizagem ao longo da vida e integração comunitária; não obstante, em muitos contextos institucionais, os idosos continuam a ser **colocados em posições de passividade**, com pouco espaço para decisão e protagonismo.

O problema não é apenas o envelhecimento populacional como dado estatístico, mas sim a necessidade de **repensar políticas e práticas** para garantir que os anos vividos pelas pessoas idosas em Portugal sejam marcados por dignidade, autonomia e pertença, e não apenas pela sua duração.

Capítulo 1

O Cuidado que (Des)conhecemos



Evolução dos Lares em Portugal

O percurso dos lares de idosos em Portugal acompanha a própria história social do país, marcada por fases distintas, em que o cuidado aos mais velhos foi sendo influenciado por valores culturais, necessidades coletivas e enquadramentos legais. Durante grande parte do século XX, a resposta às pessoas idosas esteve associada a uma **lógica assistencialista**, profundamente enraizada na caridade e na solidariedade comunitária. As primeiras instituições de acolhimento surgiram muitas vezes ligadas à Igreja e a associações de beneficência, cujo propósito era proteger os mais vulneráveis, principalmente aqueles sem rede familiar ou recursos económicos.

Com o avanço da segunda metade do século XX, sobretudo após a década de 1970, começaram a consolidar-se as **Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)** como atores centrais na rede de apoio. Regulamentadas pelo Decreto-Lei n.º 119/83, estas instituições assumiram a gestão de ERPI, recebendo reconhecimento formal por parte do Estado e passando a desempenhar um papel central na arquitetura do setor social. Nesse período, o envelhecimento ainda não era visto como fenómeno transversal da sociedade, mas sim como realidade circunscrita a grupos específicos. O modelo de lar que se instalou manteve-se fortemente ligado à lógica da proteção e do abrigo, com rotinas uniformes e pouca abertura à individualidade.

Capítulo 1

O Cuidado que (Des)conhecemos



Nos anos **1990 e 2000**, a pressão demográfica e o aumento da longevidade começaram a expor os limites desta resposta. Os lares multiplicaram-se pelo território, procurando dar resposta ao crescimento da procura, mas mantiveram estruturas similares: edifícios de média ou grande dimensão, organização hierárquica rígida, horários padronizados e oferta centrada nas necessidades básicas. A cultura institucional predominante privilegiava a previsibilidade, a disciplina e a uniformização. Desta herança derivou uma prática em que a pessoa idosa, ainda que cuidada no sentido material, via frequentemente diminuída a sua autonomia e participação nas decisões diárias.

A pandemia de COVID-19, ocorrida já em pleno século XXI, evidenciou de forma dramática a vulnerabilidade destas estruturas. Muitos lares revelaram debilidades organizacionais, desde a escassez de recursos humanos qualificados até à dificuldade em adaptar espaços a medidas de isolamento.

Mais do que nunca, tornou-se evidente que o modelo tradicional não responde à diversidade e complexidade das necessidades atuais, sobretudo perante idosos com múltiplas doenças crónicas, maior exigência das famílias e procura de ambientes que respeitem dignidade e identidade.

A pandemia de COVID-19 expôs **fragilidades dos lares**, como falta de recursos humanos e inadequação dos espaços, mostrando que o modelo tradicional já não responde às necessidades complexas dos idosos, nem às expectativas das famílias quanto à dignidade e identidade.

Capítulo 1

O Cuidado que (Des)conhecemos



Nos últimos anos, a legislação e as políticas públicas têm reconhecido a importância do **envelhecimento ativo e saudável**, mas a tradução prática destas orientações ainda é desigual. Persistem instituições que se encontram demasiado próximas do paradigma custodial, onde prevalece a rotina sobre a personalização, e em que as famílias assumem um papel secundário. Por outro lado, começam a emergir **experiências inovadoras** — mais pequenas em escala, abertas à comunidade, baseadas em tecnologia e em equipas multidisciplinares — que procuram colocar a pessoa no centro da intervenção.

O retrato atual é, por conseguinte, de transição: um setor que nasceu da caridade, cresceu com as IPSS, consolidou-se com o apoio do Estado e enfrenta hoje a necessidade de se reinventar. Os lares de idosos portugueses carregam consigo uma história de proteção social valiosa, mas que precisa de ser reavaliada para dar resposta à realidade contemporânea. A dificuldade consiste em transformar estas casas em **lugares de vida, participação e dignidade**, em vez de espaços que apenas prolongam uma lógica institucional do passado.

Capítulo 1

O Cuidado que (Des)conhecemos



Críticas ao Modelo Tradicional

O modelo tradicional de lar de idosos, ainda hoje dominante em grande parte das ERPI em Portugal, tem sido alvo de numerosas críticas, quer por parte de profissionais do setor, quer por investigadores, famílias e até pelos próprios residentes. A análise destas críticas permite compreender porque razão se tornou urgente **repensar a forma como se organiza o cuidado em contexto residencial**, reconhecendo que, embora tenha tido um papel de proteção fulcral em determinadas fases da história social, este paradigma se mostra cada vez mais **desajustado** às necessidades e expectativas contemporâneas.

Um dos pontos mais citados diz respeito à **padronização das rotinas**. Os lares tradicionais foram concebidos com base numa lógica de organização coletiva, onde **a eficiência operacional e a previsibilidade** eram vistas como prioridades. Acordar todos à mesma hora, tomar banho em dias definidos pelo plano semanal, almoçar a horas rígidas e participar em atividades programadas de forma uniforme constituem práticas que, embora facilitem a gestão de recursos, negligenciam a individualidade. A vida em comunidade transforma-se, assim, numa sucessão de tarefas cronológicas, em que a pessoa idosa pouco ou nada influencia as decisões sobre o seu dia a dia.

Outra crítica recai sobre a **organização hierárquica rígida**, onde a tomada de decisão é centralizada na direção técnica ou nos serviços clínicos, com escassa participação de outros profissionais e, sobretudo, dos residentes.

Capítulo 1

O Cuidado que (Des)conhecemos



A fragilidade na **participação do residente nas decisões** é outra crítica recorrente. Em muitos lares, a pessoa idosa continua a ser tratada como objeto de cuidado, em vez de sujeito ativo. A sua voz raramente é ouvida na definição de rotinas, na escolha de refeições, na seleção de atividades ou na elaboração de planos terapêuticos.

Como observou Tom Kitwood (1997), **um ambiente que ignora escolhas pessoais acaba por despersonalizar e institucionalizar, mesmo que os cuidados sejam tecnicamente corretos.**

A **dimensão física das estruturas** constitui também alvo de crítica. Muitos edifícios foram construídos para albergar um número elevado de residentes, em dormitórios ou quartos padronizados, com espaços comuns que se assemelham mais a instituições hospitalares do que a ambientes domésticos. A frieza arquitetónica, a ausência de elementos personalizáveis e a escassa ligação à natureza geram um clima impessoal e pouco estimulante. O espaço, em vez de favorecer a convivência e a expressão individual, reforça a imagem de um lugar de passagem, onde se vive em função de normas e não de escolhas.

A estas críticas soma-se a **escassez de recursos humanos qualificados**. Os lares apresentam dificuldades crónicas em recrutar e reter profissionais especializados, devido a baixos salários, vínculos precários e fraca valorização social da profissão.

Capítulo 1

O Cuidado que (Des)conhecemos



Outro ponto crítico refere-se ao **financiamento**. O modelo assenta, em grande parte, no pagamento diário comparticipado pelo Estado, que ronda valores insuficientes para responder às necessidades complexas de residentes com múltiplas doenças crónicas e elevado grau de dependência. Este subfinanciamento obriga as instituições a gerir com recursos limitados, sacrificando investimento em inovação, formação e melhoria das condições físicas. O resultado é uma resposta que cumpre requisitos mínimos, mas dificilmente evolui para padrões de qualidade superiores.

Finalmente, as críticas apontam para a falta de **humanização**. Viver num lar não deveria significar abdicar da vida própria, mas em muitos contextos institucionais persiste uma lógica de controlo, de ordem e de disciplina que esvazia a experiência de sentido. A ausência de espaços de participação, a dificuldade em conciliar rotinas pessoais com a organização da casa e a pouca abertura às famílias fortalecem a convicção de que **o lar é uma instituição e não uma casa**.

É especificamente contra estas limitações que se ergue a proposta de um modelo alternativo, **centrado na pessoa**, capaz de transformar o lar de idosos num verdadeiro lugar de vida.

Capítulo 2

O Modelo Centrado na Pessoa



Capítulo 2

O Modelo Centrado na Pessoa



Definição e Visão Geral

O cuidado dirigido às pessoas idosas tem atravessado transformações expressivas nas últimas décadas.

O aumento da longevidade, a maior prevalência de doenças crónicas e o crescimento das situações de dependência exigem respostas que ultrapassem a lógica institucional clássica.

É neste contexto que surge o conceito **de Modelo Centrado na Pessoa (MCP)**, cuja essência reside em colocar o indivíduo no centro da intervenção, reconhecendo-o como:

- ⌚ sujeito ativo
- ⌚ com história
- ⌚ com identidade
- ⌚ com escolhas e preferências próprias.

De acordo com Correia (2022), a adoção de uma abordagem centrada na pessoa nas ERPI promove uma cultura organizacional que valoriza a autonomia, dignidade e preferências individuais dos utentes, constituindo-se como um pilar essencial para uma prestação de cuidados **humanizada e de qualidade**.

Capítulo 2

O Modelo Centrado na Pessoa



De forma geral, o MCP é uma **filosofia de cuidado** que contrasta com a visão tradicional, onde o idoso é normalmente reduzido a um “utente” ou “beneficiário” de serviços.

Nesta perspetiva inovadora, cada residente é visto antes de tudo como **uma pessoa singular**, com um percurso de vida que molda as suas necessidades e desejos. A definição não se limita a um conjunto de procedimentos técnicos, mas traduz uma forma de pensar e organizar o cuidado. Trata-se de criar um ambiente em que **as rotinas não são impostas**, mas sim adaptadas ao ritmo individual; em que as equipas escutam e dialogam com a pessoa; e em que a dignidade e a autonomia são princípios estruturantes.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem vindo a defender, desde o seu *World Report on Ageing and Health* (2015), a importância de políticas e práticas centradas na pessoa, assentes na premissa de que a saúde e o bem-estar de cada idoso não dependem apenas da ausência de doença, mas da possibilidade de viver de acordo com os seus valores, em ambientes que respeitem a identidade e a participação.

Neste sentido, o MCP vai muito além da prestação de cuidados físicos ou clínicos: engloba dimensões **emocionais, sociais, espirituais e relacionais**, que contribuem para a qualidade da experiência de envelhecer.

Capítulo 2

O Modelo Centrado na Pessoa



A visão geral do MCP pode ser descrita em **três pilares fundamentais**. O primeiro é o **reconhecimento da individualidade**. Cada idoso traz consigo uma biografia única, marcada por experiências pessoais, culturais e familiares que não podem ser desconsideradas. O segundo pilar é a **valorização da autonomia**, entendida não apenas como independência funcional, mas como poder de escolha real no dia a dia, mesmo em situações de dependência. O terceiro pilar é a **participação ativa na vida comunitária**, que significa que o lar não é apenas um espaço de acolhimento, mas uma casa onde se vive, se convive e se decide em conjunto.



A implementação prática desta visão implica mudanças substanciais. **No domínio físico, os espaços** deixam de ser pensados como dormitórios coletivos e passam a ser concebidos como ambientes personalizados, acolhedores e domésticos. **No plano organizacional, as equipas** deixam de atuar de forma compartimentada e começam a trabalhar de modo interdisciplinar, com reuniões clínicas regulares, partilha de informação e construção conjunta dos planos de cuidados. **No plano relacional**, substitui-se a lógica de vigilância por uma **lógica de parceria**: o idoso deixa de ser mero receptor e passa a ser coautor da sua própria vida em instituição.

Capítulo 2

O Modelo Centrado na Pessoa



Um dos conceitos primordiais associados ao MCP é o **Plano Individual de Cuidados (PIC)**. Em vez de aplicar rotinas idênticas a todos os residentes, cada pessoa tem um plano elaborado a partir das suas necessidades, preferências e objetivos. Este documento não é estático: é revisto regularmente e serve de guia para toda a equipa. O PIC permite traduzir na prática o princípio da personalização, garantindo que o cuidado responde à pessoa e não o oposto.

A visão global do MCP também se reflete na **relação com as famílias**. Em vez de serem chamadas apenas para autorizar decisões ou participar em reuniões esporádicas, as famílias são consideradas **parceiras no cuidado**. O contacto regular, a participação em atividades e a corresponsabilidade nas escolhas criam um ambiente de confiança e proximidade. O lar, neste modelo, não é um espaço de afastamento, mas de **integração comunitária**. Por fim, cumpre salientar que o MCP não é um ideal abstrato, mas uma prática que já tem **expressão em vários países**. Experiências internacionais, como os pequenos lares de convivência na Dinamarca ou os *Green Houses* nos Estados Unidos, demonstram que é possível gerir estruturas residenciais com escala doméstica, equipas estáveis e forte participação dos residentes. Tais exemplos revelam que colocar a pessoa no centro não se trata somente de discurso político ou académico, mas sim de uma estratégia viável, com impacto positivo no bem-estar e até na sustentabilidade das instituições. O MCP, em síntese, é uma **resposta ética e prática ao envelhecimento contemporâneo**. Representa uma **mudança de paradigma**: de uma lógica de mera proteção para uma filosofia de vida, onde cada idoso mantém a possibilidade de escolher, decidir e viver de acordo com o que considera relevante.

Capítulo 2

O Modelo Centrado na Pessoa



Conceitos/Princípios Nucleares

→ **Autonomia:** Significa ter **capacidade de escolha e de decisão** sobre questões que dizem respeito à própria vida. No contexto dos lares tradicionais, esta dimensão foi muitas vezes limitada por rotinas uniformes que colocam a conveniência institucional acima da vontade individual. O MCP inverte esta lógica ao devolver à pessoa o poder de decidir sobre fatores aparentemente simples, mas intensamente simbólicos: a hora de acordar, o momento do banho, a escolha das refeições, a participação em atividades, a forma como quer organizar o seu espaço pessoal.

→ **Dignidade:** A dignidade constitui talvez o valor mais transversal. Viver num lar não pode significar perda de estatuto ou de respeito. A dignidade traduz-se na forma como se comunica com o residente, na preservação da sua intimidade, na valorização das suas preferências e na criação de ambientes que não humilhem nem infantilizem. Trata-se de **reconhecer a pessoa como portadora de direitos**, a despeito da idade ou do grau de dependência.

→ **Identidade:** Cada idoso é portador de uma história, de papéis sociais e de uma biografia única. O princípio da identidade lembra que, ao entrar num lar, **a pessoa não deixa de ser quem é**. Os lares tradicionais, ao uniformizar práticas e espaços, tendem a apagar esta singularidade. O MCP propõe o contrário: que se mantenha e celebre a identidade de cada residente. Esta valorização passa por conhecer o percurso de vida, registar preferências, manter vivas tradições, hábitos e rituais pessoais.

Capítulo 2

O Modelo Centrado na Pessoa



→ **Individualidade:** Enquanto a identidade remete para o que a pessoa é e representa, a individualidade refere-se **ao modo como cada um deseja viver**. Trata-se da dimensão mais prática da personalização: reconhecer que **não existem dois residentes iguais** e que, por conseguinte, não devem receber o mesmo cuidado de forma indiferenciada. O MCP espelha a individualidade em planos personalizados, flexibilidade de horários e adaptação contínua às necessidades e desejos.

* Interligação dos princípios

Os quatro princípios apresentados não funcionam isoladamente, mas em **interação**. A autonomia só é respeitada se a dignidade for preservada; a identidade só permanece viva se a individualidade for considerada. O MCP exige, nesse seguimento, uma cultura organizacional que articule estas dimensões de forma coerente, permitindo que cada residente se sinta sujeito da sua vida, mesmo em contexto de dependência.

Síntese

O MCP funda-se na ideia de que a vida em instituição não deve anular direitos basilares, mas antes criar condições para que cada pessoa possa viver com **autonomia, dignidade, identidade e individualidade**. Tais princípios, quando traduzidos em práticas regulares, transformam o lar de idosos num espaço de vida plena e não num lugar de espera.

Capítulo 2

O Modelo Centrado na Pessoa



Comparações com o Modelo Tradicional

O MCP não surgiu para acrescentar mais uma teoria às já existentes, mas sim como **contraponto direto ao modelo institucional tradicional**, que ainda predomina em muitos lares portugueses. A comparação entre ambos não se resume a diferenças técnicas de organização, mas representa um verdadeiro choque de paradigmas: de um lado, uma estrutura pensada para gerir grupos de forma homogénea; do outro, uma perspetiva que privilegia a singularidade de cada residente.

► **Organização das rotinas:** Nos lares tradicionais, as rotinas são concebidas em função da gestão interna, o que significa que o horário do banho, a hora das refeições e as atividades são decididos por regulamentos e por conveniência organizacional. No MCP, as rotinas são flexíveis e moldadas ao ritmo de cada residente. O objetivo é permitir que a vida decorra de forma natural, sem que a instituição imponha um guião rígido que apaga a biografia individual.

► **Participação e voz:** O modelo tradicional tende a afastar a pessoa idosa das decisões. A voz do residente raramente é considerada em reuniões de equipa ou em momentos de planificação. Já o MCP parte do princípio de que a vida institucional só faz sentido quando cada um participa ativamente na definição das escolhas que o afetam.

Capítulo 2

O Modelo Centrado na Pessoa



► **Relação com as famílias:** Nos lares tradicionais, o papel da família é muitas vezes reduzido a visitas e contactos formais. A relação é caracterizada por distanciamento, com reuniões pontuais para tratar de questões administrativas. O MCP propõe uma inversão: as famílias tornam-se parceiras, participando nas decisões, colaborando nos cuidados e mantendo ligação contínua com a instituição.

► **Cultura das equipas:** O modelo tradicional é marcado por hierarquias rígidas e delimitação de funções. Cada profissional atua no seu domínio, com pouca articulação interdisciplinar. A cultura que daí deriva é funcional, mas fragmentada. O MCP defende equipas colaborativas, onde diferentes áreas se cruzam em reuniões clínicas regulares, partilhando informação e construindo planos integrados.

► **Ambiente físico:** Outro ponto de contraste é o espaço. As estruturas tradicionais foram planeadas com enfoque na capacidade de alojamento, muitas vezes em edifícios de grande dimensão e com áreas comuns que se assemelham mais a hospitais do que a casas. A personalização dos quartos é reduzida e os ambientes tendem a ser impessoais. O MCP defende a criação de ambientes domésticos, luminosos, com possibilidade de personalização e ligação à natureza. Pequenos detalhes, como ter fotografias, plantas ou mobiliário pessoal, fazem a diferença ao permitir que o espaço reflita a identidade de quem ali vive.

Capítulo 3

Como Deve Ser um Novo Lar de Idosos

Centrado na Pessoa



Capítulo 3

Como Deve Ser um Novo Lar de Idosos

Centrado na Pessoa



O espaço em que vivemos tem influência na forma como sentimos, pensamos e interagimos. No caso das pessoas idosas, o ambiente físico adquire uma importância ainda maior: pode ser fonte de bem-estar, de segurança e de estímulo, ou, pelo contrário, pode gerar sentimentos de isolamento, passividade e perda de identidade.

Lawton (1986), através do seu modelo “Press-Competence”, demonstrou que a qualidade de vida na velhice resulta da interação entre as competências individuais e as exigências ou conflitos exercidos pelo ambiente. Quando existe um **equilíbrio adequado** entre estas duas dimensões, a pessoa idosa tende a experienciar maior autonomia, satisfação e bem-estar. Pelo contrário, ambientes demasiado exigentes ou demasiado pobres em estímulos podem originar frustração, dependência e desequilíbrio.

Tendo em conta o exposto, **o desenho e a organização** dos espaços destinados a pessoas idosas, designadamente as ERPI, devem considerar não apenas elementos funcionais e de segurança, mas também fatores que reforcem a identidade, a autonomia e a participação ativa dos residentes, promovendo ambientes que favoreçam relações interpessoais e estimulem capacidades cognitivas e emocionais.

Capítulo 3

Como Deve Ser um Novo Lar de Idosos

Centrado na Pessoa



Estrutura Física

Os lares tradicionais em Portugal, como vimos anteriormente, foram concebidos maioritariamente em função da capacidade de alojamento e da eficiência administrativa, reproduzindo modelos institucionais que se aproximam mais de hospitais ou internatos do que de casas. O MCP propõe uma rutura com esta lógica e defende que o espaço físico deve ser pensado como **extensão da vida e da biografia de quem o habita**.

• **Ambientes domésticos e acolhedores:** Um lar centrado na pessoa deve ter escala doméstica. O modelo *Green House Project*, desenvolvido nos Estados Unidos, é exemplo paradigmático desta abordagem: em vez de grandes instituições, foram criadas casas pequenas, com espaços comuns familiares, cozinhas abertas e quartos personalizados, onde os residentes participam nas rotinas diárias. A experiência mostra melhorias no bem-estar, na satisfação dos residentes e até nos indicadores de saúde.

• **Personalização e identidade:** Uma das grandes problemáticas dos lares tradicionais é a impessoalidade dos espaços. Quartos idênticos, corredores uniformes e áreas comuns estandardizadas transmitem sensação de anonimato. No MCP, a personalização é fulcral.

Cada residente deve ter a possibilidade de decorar o seu quarto com objetos pessoais, fotografias, móveis ou outros elementos que evoquem a sua história. O espaço deixa de ser apenas dormitório e passa a ser lugar de memória e identidade.

Capítulo 3

Como Deve Ser um Novo Lar de Idosos

Centrado na Pessoa



• **Luminosidade e qualidade ambiental:** A luz natural desempenha um papel imperativo no bem-estar.

Portanto, a arquitetura dos novos lares deve privilegiar janelas amplas, espaços arejados e contacto visual com o exterior. A presença de pátios interiores, varandas e jardins permite que a luz e o ar circulem, criando sensação de vitalidade.

A qualidade ambiental não se restringe à luz. O controlo da temperatura, a ventilação adequada e a redução do ruído são fatores igualmente determinantes. Muitos edifícios antigos apresentam falhas neste domínio, o que gera desconforto e problemas de saúde.

• **Acessibilidade e segurança:** A segurança é condição indispensável, porém deve ser pensada sem cair no excesso de institucionalização. O desafio é conjugar acessibilidade com liberdade de movimento. Rampas suaves, corrimões bem posicionados, pavimentos antiderrapantes, casas de banho adaptadas e elevadores eficientes são elementos obrigatórios.

• **Integração comunitária:** Um lar centrado na pessoa não pode ser uma ilha isolada. A estrutura física deve permitir ligação fluida à comunidade envolvente, seja através de cafés abertos ao público, espaços partilhados com associações locais ou salas multifuncionais onde se realizem eventos intergeracionais. Através desta abertura é mais fácil combater estigmas e a transformar o lar num verdadeiro lugar de vida em comunidade.

Capítulo 3:

Como Deve Ser um Novo Lar de Idosos

Centrado na Pessoa



❖ **Contacto com a natureza e espaços terapêuticos:** A presença de áreas verdes é outra dimensão essencial. Jardins, hortas comunitárias, espaços para caminhar ou simplesmente observar a natureza têm efeitos terapêuticos reconhecidos: reduzem ansiedade, estimulam a memória e favorecem a socialização. Em alguns países, como a Holanda, existem lares integrados em eco-bairros, onde os residentes participam em hortas e atividades comunitárias, fortalecendo o sentimento de pertença.



Em Portugal, várias experiências em ERPI já apostam na criação de **hortas terapêuticas e jardins acessíveis**. O contacto regular com a natureza deve ser entendido não como luxo, mas como necessidade. Além disso, a **integração de animais para fins terapêuticos**, como cães ou gatos, pode contribuir para reduzir sentimentos de solidão e promover interações positivas.

Capítulo 3

Como Deve Ser um Novo Lar de Idosos

Centrado na Pessoa



Equipa

Nenhuma transformação estrutural ou arquitetónica terá impacto real se não for acompanhada por uma **mudança substancial na forma como as equipas são constituídas, formadas e motivadas**. Num lar centrado na pessoa, os profissionais deixam de ser executores de tarefas isoladas para se tornarem parte de uma comunidade de cuidado, com responsabilidades partilhadas e objetivos comuns no que tange à dignidade e ao bem-estar dos residentes.

Como tal, o **perfil da equipa deve ser diverso e abrangente**, incluindo áreas como:

- ▶ Enfermagem;
- ▶ Medicina;
- ▶ Fisioterapia;
- ▶ Psicologia;
- ▶ Serviço Social;
- ▶ Gerontologia;
- ▶ Nutrição, entre outras .

Porém, não é a soma de competências que faz a diferença, mas a sua **complementaridade**. Quando os saberes se encontram, é possível implementar cuidados mais completos e integrados. Para tal, é importante promover encontros regulares, como reuniões clínicas semanais, nos quais se partilham perspetivas técnicas e se delineiam estratégias conjuntas.

Capítulo 3

Como Deve Ser um Novo Lar de Idosos

Centrado na Pessoa



A **cultura organizacional** é, talvez, o elemento mais preponderante. Ao invés de basear em hierarquias rígidas e distanciamento, deve assentar em valores de cooperação, proximidade e corresponsabilidade.

Cada profissional, independentemente da sua função, é reconhecido como **parte integrante do processo de cuidado**. Um auxiliar que ajuda a servir uma refeição ou um animador que propõe uma atividade criativa têm tanto impacto na experiência de vida do residente quanto o médico que define um plano clínico. A adoção de uma perspectiva integrada fortalece a união da equipa e dá propósito comum ao trabalho.

Em símula, um lar centrado na pessoa só se concretiza quando **as equipas são estáveis, motivadas, formadas e unidas** em torno de um propósito comum: respeitar e valorizar cada residente como indivíduo de direitos, com história própria e capacidade de decisão.



Capítulo 3

Como Deve Ser um Novo Lar de Idosos

Centrado na Pessoa



Rotina

A **rotina** é o coração da vida em qualquer instituição. É ela que dita os ritmos do acordar, das refeições, das atividades e do descanso. Nos lares tradicionais, a rotina foi organizada em função da gestão interna, impondo horários uniformes que se repetem diariamente, quase sem espaço para escolhas individuais. Este modelo, ainda predominante, pode trazer previsibilidade à organização, todavia retira protagonismo ao residente, transformando-o num espectador passivo da sua própria vida.

Um lar centrado na pessoa, por sua vez, perspetiva a rotina como **espaço de liberdade e de expressão individual**. A premissa deixa de ser a do “todos ao mesmo tempo” e passa a ser a da adaptação ao ritmo pessoal. Cada residente pode decidir a que horas prefere levantar-se, quando deseja tomar banho, como gosta de organizar o seu dia ou em que tipo de atividades se sente motivado a participar. Isto não significa ausência de regras ou de organização; indica, sim, que o plano diário nasce do diálogo entre a pessoa e a equipa, ajustando-se às necessidades individuais.

A participação ativa vai além da escolha de horários. O idoso deve ser **escutado** na definição de atividades culturais, recreativas ou espirituais, bem como na avaliação das mesmas. Pequenas assembleias de residentes, grupos de discussão ou simples conversas informais com profissionais permitem recolher contributos que enriquecem a programação. Quando os residentes **se sentem parte do processo**, a adesão é maior e o impacto emocional mais positivo.

Capítulo 3

Como Deve Ser um Novo Lar de Idosos

Centrado na Pessoa



Outro ponto crucial é o **respeito pelo ritmo biográfico**. Há pessoas que sempre foram madrugadoras e gostam de começar o dia cedo; outras habituaram-se a rotinas mais tardias.

Há quem prefira ambientes mais animados e quem valorize silêncio e contemplação. Permitir que estes padrões pessoais sejam mantidos em contexto institucional ajuda a **preservar identidade** e evita que a instituição se torne numa máquina que apaga diferenças.

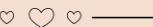
A flexibilidade também deve abranger a **alimentação**. Em vez de menus fixos e horários inflexíveis, um lar centrado na pessoa deve permitir alternativas, respeitando preferências alimentares, tradições culturais ou religiosas e necessidades específicas de saúde. Comer é um ato profundamente identitário e, quando tratado de forma impessoal, pode gerar descontentamento e perda de apetite.

Concluindo, num lar centrado na pessoa, a vida do residente organiza a instituição, e não o oposto. Esta mudança, assente na corresponsabilidade e na escuta, contribui para uma **mais satisfação, melhores relações e numa continuidade da vida sem ruturas**.

Capítulo 3

Como Deve Ser um Novo Lar de Idosos

Centrado na Pessoa



Cuidados Pessoais e de Saúde

O cuidado num lar não pode limitar-se a tarefas básicas ou a respostas imediatas às necessidades físicas. Um modelo centrado na pessoa deve **considerar o ser humano como um todo**, unindo saúde, bem-estar e qualidade de vida. Para isso, é essencial uma perspetiva holística, que integre as dimensões clínica, psicológica, social e espiritual, e que se concretize num PIC.

» Para além da dimensão biomédica

Nos lares tradicionais, o cuidado foi durante muito tempo dominado por uma perspetiva biomédica, onde a prioridade recaía sobre medicação, higiene e vigilância. Ainda que estes aspetos sejam indispensáveis, não podem ser perspetivados como suficientes. A saúde das pessoas idosas está intimamente ligada a **fatores emocionais, à qualidade das relações, à manutenção de atividades significativas e ao sentimento de pertença**.

Uma **estratégia holística** comprehende que, ao lado da gestão de doenças crónicas ou da prevenção de complicações, é necessário cuidar da autoestima, promover interações positivas, estimular capacidades cognitivas e dar espaço a dimensões espirituais ou religiosas quando desejadas. Ao **colocar a pessoa no centro**, o lar passa de espaço de tratamento para espaço de vida, onde cada detalhe conta para a manutenção do equilíbrio global.

Capítulo 3

Como Deve Ser um Novo Lar de Idosos

Centrado na Pessoa



► O PIC como base normativa

O PIC não é burocracia: é uma **ponte entre pessoas**. Deriva da escuta do residente, do envolvimento da família e da dedicação da equipa. Nele se escrevem vontades, necessidades e objetivos que dão direção a um cuidado mais humano e partilhado.

O PIC não se restringe a dados clínicos: deve demonstrar quem a pessoa é (os seus hábitos, gostos, rotinas, formas de lazer e até a dimensão espiritual). Como é atualizado ao longo do tempo, permite **adequar os cuidados** às mudanças da saúde ou às novas escolhas do residente. Torna-se ainda mais valioso quando a própria pessoa **participa e dá voz** ao que é importante para si. É mais do que um plano: é um espelho da identidade.

Guarda necessidades, mas principalmente desejos que iluminam o dia a dia em instituição. Quando vivido na prática, transforma-se num contrato de respeito, que liga a equipa ao compromisso de honrar a unicidade de cada pessoa.

Capítulo 3

Como Deve Ser um Novo Lar de Idosos

Centrado na Pessoa



► Integração interdisciplinar e articulação contínua

A eficácia de uma abordagem holística depende da capacidade das equipas trabalharem em conjunto. Um plano personalizado deixa de ser responsabilidade única de um médico ou de um enfermeiro, por exemplo, e passa a ser uma construção coletiva. A psicologia, a fisioterapia, a nutrição, o serviço social e a animação cultural, entre outras áreas, encontram-se no PIC como partes de um todo articulado.

É neste espaço de interligação que se previne a fragmentação habitual dos modelos tradicionais. Em vez de cuidados desarticulados, cada profissional atua em consonância com os restantes, conhecendo o historial da pessoa e os objetivos estabelecidos. O utente deixa de receber intervenções dispersas e passa a beneficiar de uma experiência coerente, onde cada gesto contribui para um projeto comum.

Capítulo 3

Como Deve Ser um Novo Lar de Idosos

Centrado na Pessoa



▷ Prevenção, reabilitação e bem-estar

Outro contributo decisivo da abordagem holística é a **ênfase na prevenção**. Ao invés de esperar pela ocorrência de crises ou complicações, o PIC deve incluir medidas de vigilância e acompanhamento regular, de modo a antecipar problemas.

A avaliação frequente do estado nutricional, da mobilidade, da cognição e da saúde emocional é parte integrante do processo.

Ao mesmo tempo, é importante investir em estratégias de reabilitação e manutenção de capacidades.

Nesse sentido, e de forma a que a intervenção não se limite a compensar perdas, mas sim a prolongar competências, podem ser integrados no plano:

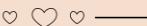
- Sessões de fisioterapia;
- Programas de estimulação cognitiva;
- Atividades ocupacionais;
- Iniciativas intergeracionais.

→ O **objetivo** é preservar a autonomia possível, ao mesmo tempo que se promovem sentimentos de utilidade e propósito.

Capítulo 3

Como Deve Ser um Novo Lar de Idosos

Centrado na Pessoa



► O valor da dimensão subjetiva

O MCP tem como uma das suas maiores virtudes lembrar-nos de que o cuidado não se mede apenas em resultados clínicos, mas também na forma como cada pessoa o sente e o vive. Sentir-se respeitado, ter espaço para escolhas, ser tratado com carinho e viver em ambiente que transmite confiança são elementos tão importantes quanto uma medicação correta ou uma refeição equilibrada.

O PIC deve, assim, incluir **indicadores** que expressem esta dimensão, nomeadamente:

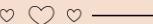
- Níveis de satisfação;
- Perceção de qualidade de vida;
- Envolvimento em atividades preferidas;
- Bem-estar emocional.

→ Estes dados, recolhidos através de **entrevistas, questionários ou observação direta**, ajudam a avaliar se a intervenção está de facto centrada na pessoa ou se continua a reproduzir práticas institucionais padronizadas.

Capítulo 3

Como Deve Ser um Novo Lar de Idosos

Centrado na Pessoa



Síntese

Cuidar, num lar centrado na pessoa, não pode ser apenas cumprir funções: é preciso olhar para a pessoa como um todo.

É necessário integrar dimensões múltiplas e ter em conta que cada utente é um ser completo, com corpo, mente, emoções e espiritualidade.

O PIC é o eixo que permite materializar esta ótica: documento vivo, construído em conjunto, capaz de direcionar a intervenção e de expressar em prática o respeito pela singularidade.

Num tempo em que o envelhecimento se tornou um fenómeno dominante, este modo de cuidar representa tanto uma escolha ética como uma exigência social.

A dignidade não se protege apenas com paredes seguras ou rotinas controladas. Defende-se com um cuidado que escuta, que promove saúde e que reconhece valor na experiência pessoal de cada idoso.

Capítulo 3

Como Deve Ser um Novo Lar de Idosos

Centrado na Pessoa



Integração de Tecnologia e Inovação

Transformar os lares em espaços centrados na pessoa implica mais do que mudanças físicas ou organizacionais. A **tecnologia**, hoje, é uma aliada importante para melhorar os cuidados, apoiar os profissionais e aproximar os residentes das famílias. Mas só faz sentido quando está ao **serviço da relação humana**, promovendo autonomia e dignidade, sem nunca substituir a proximidade e a empatia que dão sentido ao cuidar.



Capítulo 3

Como Deve Ser um Novo Lar de Idosos

Centrado na Pessoa



► Digitalização ao serviço do cuidado

Um dos desenvolvimentos mais importantes diz respeito à **implementação de sistemas digitais** de registo clínico e social. Em vez de pilhas de papéis e informação espalhada, o lar pode usar plataformas digitais simples, onde a equipa encontra tudo: planos individuais, medicação, preferências, avaliações e registos de cuidados. Assim, há mais transparência, a comunicação entre profissionais melhora e os erros diminuem. E, o mais importante, sobra mais tempo para estar com os residentes. A digitalização pode igualmente incluir **aplicações móveis** que ligam famílias à instituição. Através destas ferramentas, os familiares recebem atualizações, consultam o PIC e participam em decisões. A transparência gera confiança e transforma a relação numa parceria efetiva.

► Inteligência artificial (IA) e monitorização inteligente

Usada com ética, a IA pode ser uma aliada no cuidado. A título de exemplo, sensores discretos colocados nos quartos ajudam a vigiar padrões de sono, movimentos ou alimentação, avisando atempadamente quando algo não está bem — seja risco de queda, desidratação ou problemas de memória. De ressalvar que estas ferramentas não tiram lugar à atenção humana, mas dão um sinal extra que permite agir a tempo.

A **telemedicina** é outra ajuda preciosa: possibilita a realização de consultas à distância com médicos especialistas, evitando deslocações cansativas e desnecessárias para os utentes e garantindo que os cuidados continuam sem falhas

Capítulo 3

Como Deve Ser um Novo Lar de Idosos

Centrado na Pessoa



► Inovação na vida quotidiana

Para além da área clínica, a tecnologia pode trazer valor à vida quotidiana. *Tablets* ou ecrãs interativos permitem exercícios de estimulação cognitiva, contacto com familiares ou acesso a conteúdos culturais.

Em alguns países, a realidade virtual já possibilita experiências imersivas, como revisitar locais importantes da vida ou assistir a eventos culturais que não seriam possíveis de outra forma. Contudo, a tecnologia deve ser introduzida com **formação adequada das equipas e sensibilização dos residentes**. Portanto, é essencial que os dispositivos sejam simples, intuitivos e integrados de forma natural, sem se tornarem intrusivos.

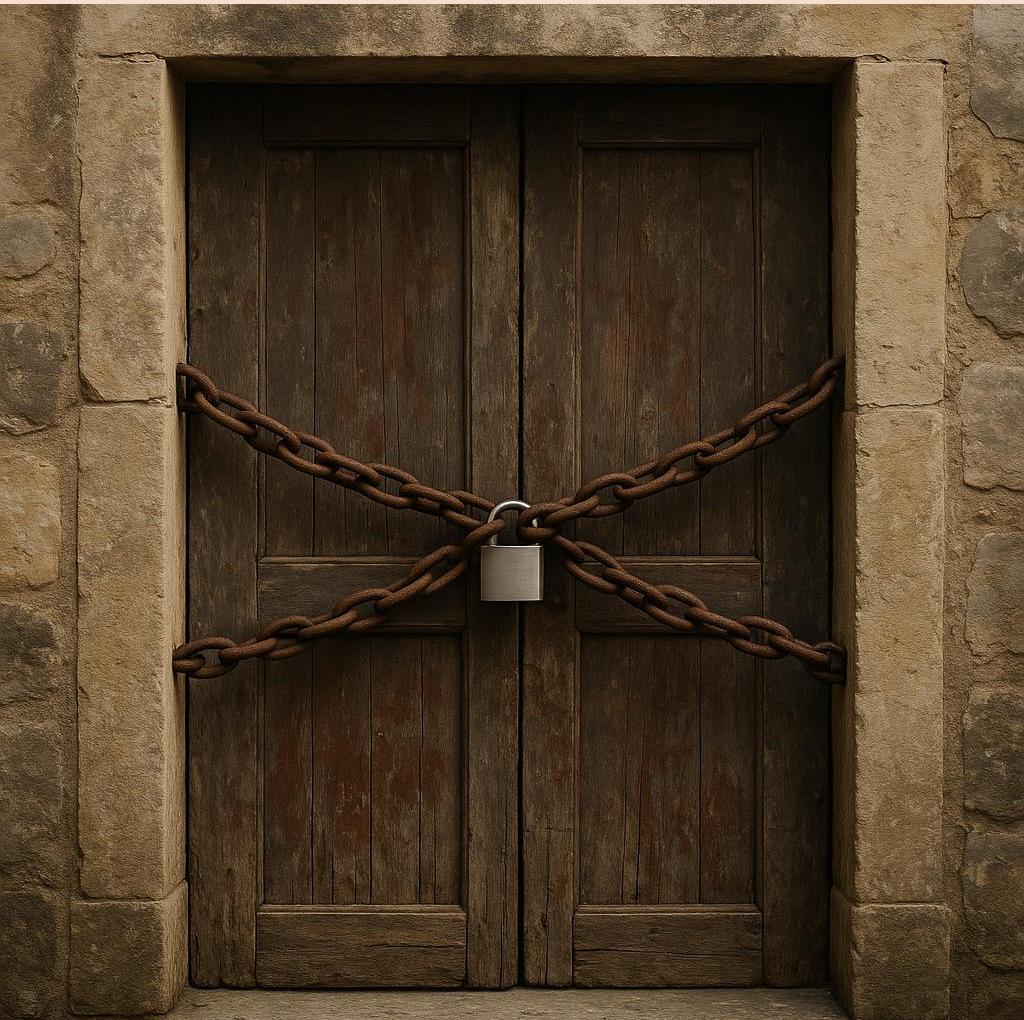
Síntese

A tecnologia não deve ser vista como um fim, mas como uma **ajuda** para tornar o cuidado mais pessoal, melhorar a comunicação e antecipar problemas antes que aconteçam. Quando usada com sensibilidade, dá mais autonomia aos residentes, apoia quem cuida e aproxima as famílias.

Porém, **nunca deve substituir a relação humana**, que é o cerne do cuidar. O grande desafio é este equilíbrio: usar a inovação sem perder a essência que faz do lar uma verdadeira casa.

Capítulo 4

Desafios e Barreiras



Capítulo 4

Desafios e Barreiras

Políticas públicas, financiamento e legislação atual

A configuração da rede de lares de idosos em Portugal resulta de um processo historicamente condicionado pelo **enquadramento jurídico e pelas opções políticas** adotadas ao longo das últimas décadas.

Apesar do reconhecimento, por parte do Estado, da relevância das ERPI, o atual modelo de regulação e financiamento continua a **restringir a inovação e a prolongar vulnerabilidades** previamente identificadas.



Capítulo 4

Desafios e Barreiras



Enquadramento jurídico

O regime jurídico das IPSS, estabelecido pelo **Decreto-Lei n.º 119/83**, de 25 de fevereiro, continua a ser a base de funcionamento de muitas respostas sociais. Este diploma reconheceu formalmente as IPSS como parceiras do Estado e regulou o papel das misericórdias, associações e cooperativas. Apesar da importância histórica, este enquadramento mantém forte herança caritativa, voltada para a assistência social, o que dificulta a integração plena da dimensão da saúde no funcionamento das ERPI.

Mais recentemente, a **Portaria n.º 67/2012**, na redação dada pela **Portaria n.º 349/2023 de 13 de novembro**, que define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas, estabelecendo requisitos técnicos e organizacionais mínimos, ainda que tenha contribuído para uniformizar critérios, trouxe uma visão “romântica” para os lares de idosos, esbarrando num conjunto de incoerências entre o que deveria ser e o que efetivamente é possível, continua a não refletir as novas exigências de um envelhecimento mais complexo e por privilegiar uma ótica centrada na vaga e não na personalização.

Acresce ainda que as ERPI estão sob tutela do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, e não do Ministério da Saúde. Esta opção política traduz-se em **práticas fortemente centradas na dimensão social** e menos preparadas para lidar com as múltiplas patologias e necessidades clínicas dos utentes, que são, em grande parte, pessoas com elevado grau de dependência (Mimoso, 2020).

Capítulo 4

Desafios e Barreiras



Modelo de financiamento

O financiamento constitui um dos **maiores entraves** ao desenvolvimento de um modelo centrado na pessoa. O Estado comparticipa apenas parte das vagas, através de acordos de cooperação com as IPSS. O valor diário pago por cada utente comparticipado situa-se, em média, nos 18 a 20 euros por dia, montante manifestamente insuficiente para cobrir despesas com alimentação, medicação, cuidados de saúde, salários e manutenção (Direção-Geral da Segurança Social, 2025).

Este modelo cria **desigualdades**. Por um lado, obriga muitas famílias a suportarem custos elevados em vagas não comparticipadas; por outro, condiciona as instituições a funcionarem com recursos limitados, sem capacidade para investir em inovação, formação ou melhoria das condições físicas. A subfinanciação explica, em parte, os salários baixos dos trabalhadores do setor, frequentemente próximos do salário mínimo nacional, o que gera instabilidade e elevada rotatividade.

Quando os salários praticados são baixos, torna-se difícil **atrair e reter profissionais qualificados**, em especial enfermeiros e auxiliares de ação direta, cuja presença contínua é vital num contexto de elevada dependência dos utentes. Esta realidade cria ciclos de instabilidade, em que a escassez de pessoal e a elevada rotatividade prejudicam a criação de equipas unidas e devidamente qualificadas (Rocha, 2024).

Capítulo 4

Desafios e Barreiras



Fragilidades do modelo atual

Sintetizando, o quadro legislativo e político que regula os lares portugueses continua marcado por três limitações principais:

- 1. Excesso de enquadramento assistencialista** – as ERPI são tratadas como respostas sociais, quando na prática acolhem pessoas com múltiplas necessidades clínicas.
- 2. Subfinanciamento estrutural** – os valores pagos pelo Estado não cobrem os custos reais, perpetuando a precariedade e limitando a qualidade dos serviços.
- 3. Desarticulação entre políticas sociais e de saúde** – ausência de integração efetiva entre segurança social e sistema nacional de saúde, o que dificulta a prestação de cuidados personalizados e contínuos.

As fragilidades apresentadas comprometem a transição para um modelo centrado na pessoa. Sem revisão legal e sem financiamento adequado, qualquer tentativa de mudança corre o risco de ser esporádica e não estrutural. A urgência política consiste, por isso, em criar bases fortes que permitam às instituições reinventar-se, passando de espaços de mera assistência para casas de vida digna e personalizada.

Capítulo 4

Desafios e Barreiras



Resistências Culturais e Institucionais

Qualquer transformação de natureza estrutural implica inevitavelmente a superação de obstáculos.. No caso dos lares de idosos em Portugal, a transição de um modelo assistencialista para um modelo centrado na pessoa não esbarra apenas em limitações financeiras ou legais. Encontra também **barreiras culturais e institucionais profundamente enraizadas**, que dificultam a transformação das práticas.



Capítulo 4

Desafios e Barreiras



Herança histórica e mentalidade assistencialista

Durante décadas, o cuidado às pessoas idosas foi predominantemente entendido como um ato de caridade. A influência histórica das misericórdias, associações paroquiais e instituições de solidariedade contribuiu para a formação de uma cultura organizacional assente na lógica do **acolhimento e da proteção**, mas insuficientemente orientada para a autonomia e a individualidade. A visão paternalista mantém-se presente em vários contextos, onde o idoso continua a ser visto como alguém que **necessita apenas de abrigo, alimentação e vigilância**.

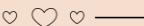
A alteração deste paradigma requer uma mudança cultural significativa, que implique reconhecer o idoso como sujeito de direitos e não como mero recetor de cuidados básicos. Não obstante, tal transformação enfrenta resistências, recorrentemente justificadas pelo receio de que a personalização comprometa a disciplina e a previsibilidade das rotinas institucionais.

Estruturas físicas desajustadas

Outra barreira cultural relaciona-se com os **próprios edifícios**. Muitos lares foram concebidos de forma impessoal e em larga escala, o que reforça a percepção de que a vida em instituição deve ser padronizada. A mudança para **ambientes mais domésticos** exige quer investimento financeiro, quer, sobretudo, coragem de abandonar a ideia de que “quanto maior a capacidade, melhor a resposta”. Esta lógica de funcionamento em escala ainda é dominante em muitas direções institucionais.

Capítulo 4

Desafios e Barreiras



Resistências profissionais

Os **profissionais** constituem o elemento central da mudança, porém também podem ser uma fonte de resistência. Durante anos, muitas equipas habituaram-se a rotinas fixas, com tarefas definidas e papéis bem delimitados.

A proposta de um modelo centrado na pessoa, que exige flexibilidade, escuta ativa e corresponsabilidade, pode gerar **insegurança**.

A resistência não resulta necessariamente de má vontade, mas do receio de perder controlo ou de enfrentar exigências acrescidas sem recursos adequados.

Junta-se a isto o facto de que salários baixos e contratos inseguros **tornam mais difícil** às equipas envolverem-se em mudanças culturais.

Cultura institucional

Nas organizações, as rotinas criam identidade. Alterá-las implica mexer em práticas enraizadas, questionar tradições e romper com hábitos que, apesar de desajustados, conferem sensação de estabilidade. Algumas direções receiam que um modelo centrado na pessoa aumente a complexidade da gestão, principalmente em contextos com escassez de recursos humanos. Tal percepção contribui para a manutenção da convicção de que “o sistema vigente é funcional, apesar das suas limitações”, o que conduz ao **adiamento** de transformações estruturais.

Capítulo 4

Desafios e Barreiras



Relação com as famílias

Também entre **familiares** surgem resistências. Muitos esperam do lar uma resposta de vigilância total, onde a disciplina é confundida com qualidade. A flexibilização de horários, a personalização dos planos ou a participação ativa das famílias nas decisões podem ser vistas como fontes de instabilidade. Por conseguinte, é necessária **sensibilização e comunicação** transparente para que as famílias compreendam o valor de um modelo mais aberto e centrado no idoso.

Inércia política

Por fim, a resistência institucional é alimentada pela própria inércia do **sistema político**. Mudar um paradigma implica rever a legislação, repensar modelos de financiamento e desafiar interesses instalados. A proximidade das IPSS ao Estado, fruto da sua história e dimensão, contribui para que alterações mais substanciais sejam muitas vezes adiadas. As medidas acabam por ser incrementais, sem tocar na raiz do problema: a necessidade de substituir a lógica assistencialista por um modelo baseado em direitos.

Síntese

As resistências de cariz cultural e institucional evidenciam que o processo de transformação transcende as dimensões técnicas e económicas. Implica alterar mentalidades, confrontar tradições e desenvolver novas conceções sobre o cuidado. A concretização desta mudança obriga a **investimento consistente** em formação, estratégias de comunicação eficazes com as famílias e uma orientação política determinada. Na ausência destes fatores, corre-se o risco de **prolongar práticas obsoletas** sob uma fachada de inovação, mantendo um modelo desadequado face à realidade atual.

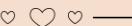
Capítulo 5

Implementando na Prática



Capítulo 5

Implementando na Prática



Preparação

Transformar um lar de idosos tradicional numa estrutura verdadeiramente centrada na pessoa não se faz de forma abrupta. A preparação é, talvez, a **etapa mais decisiva**, pois dela depende a solidez de todo o processo de mudança. Uma instituição que inicia a transformação sem diagnóstico rigoroso, sem mobilização das equipas e sem envolvimento das famílias corre o risco de adotar medidas superficiais, que não alteram a cultura de fundo. Preparar significa criar condições para que a mudança seja não apenas possível, mas sustentável no tempo.

Diagnóstico da realidade existente

O primeiro passo é conhecer em profundidade a realidade da instituição. Para isso, torna-se necessário realizar um diagnóstico que não se limite a indicadores administrativos, mas que envolva observação do quotidiano, escuta de profissionais, residentes e familiares. Este levantamento deve responder a várias perguntas:

- *Como estão organizadas as rotinas?*
- *Qual é o nível de participação dos residentes nas decisões?*
- *Que barreiras físicas ou arquitetónicas dificultam a autonomia?*
- *Como funcionam as equipas e que tipo de comunicação estabelecem entre si?*
- *Qual é o grau de satisfação das famílias com a instituição?*

Capítulo 5

Implementando na Prática



O diagnóstico deve também analisar a cultura organizacional. Muitas vezes, os problemas não estão apenas na falta de recursos, mas em atitudes e práticas sedimentadas.

Uma equipa habituada a funcionar de forma hierárquica, por exemplo, pode resistir à criação de reuniões clínicas interdisciplinares. Identificar estas resistências é primordial para planejar estratégias bem-sucedidas.

Construir uma visão em conjunto

Mudar para um modelo centrado na pessoa não é tarefa de uma direção isolada: **precisa de todos**. Gestores, técnicos e auxiliares têm de partilhar a mesma visão.

Por esse motivo, é tão importante criar espaços de conversa, onde se possa refletir e falar abertamente sobre o que significa pôr a pessoa no centro.

Workshops, encontros de equipa ou simples sessões de diálogo ajudam a explicar os princípios do MCP, a ouvir dúvidas e a recolher ideias. O mais importante é que cada profissional sinta que **faz parte do processo desde o início**. Este envolvimento cria motivação e compromisso.

A **visão construída** deve traduzir-se numa frase simples, que todos reconheçam e usem como guia. Exemplos como “a casa é de quem nela vive” ou “cada residente é protagonista do seu quotidiano” inspiram e lembram diariamente o verdadeiro sentido da mudança.

Capítulo 5

Implementando na Prática



Envolvimento das famílias

As famílias são parte crucial desta mudança. Preparar um lar para ser centrado na pessoa é também preparar as famílias para um papel diferente. Muitos familiares ainda veem o lar como um lugar fechado, onde só podem entrar para visitar.

O MCP abre novas portas: convida-os a decidir em conjunto, a colaborar em atividades e a estar mais presentes no dia a dia do residente.

Logo, é importante, logo na preparação, **promover encontros abertos**, onde o modelo seja explicado, dúvidas sejam respondidas e as expectativas ouvidas. Quanto mais informadas e envolvidas estiverem, mais fácil será aceitar a mudança. Além disso, a sua participação ajuda a criar um ambiente de **confiança** — condição essencial para a credibilidade institucional.

Planeamento estratégico

A mudança exige mais do que vontade: precisa de um plano estratégico com prioridades, metas, responsabilidades e recursos.

Este plano deve contemplar:

- **Prioridades**: decidir por onde começar (ex.: flexibilização de horários, personalização dos quartos, reuniões clínicas interdisciplinares).
- **Metas mensuráveis**: aumentar a participação dos residentes em decisões, reduzir a rotatividade dos profissionais, melhorar a satisfação das famílias.

Capítulo 5

Implementando na Prática



- **Responsabilidades:** indicar quem coordena cada iniciativa, que equipa acompanha e em que prazos.
- **Recursos:** prever investimentos necessários, desde adaptações físicas até formação especializada.

Ademais, o plano deve ser **transparente e partilhado**. A clareza reduz rumores, aumenta o compromisso e dá sentido de direção.

Formação inicial das equipas

A **formação** constitui um elemento central na preparação do processo de mudança.

Não é expectável que profissionais habituados a rotinas rígidas e a modelos hierárquicos consigam alterar práticas sem uma orientação adequada.

Impõe-se, assim, a realização de **ações de formação** que apresentem os princípios do MCP, ilustrados com exemplos de boas práticas e acompanhados de técnicas de comunicação centradas na pessoa.

É importante mencionar que esta formação inicial **não deve restringir-se** à componente teórica. Exercícios práticos, simulações e partilhas de experiências revelam-se fundamentais para que os profissionais compreendam como adaptar a sua atuação. O propósito não é só ensinar, mas despertar uma nova percepção: ver o residente como sujeito ativo.

Capítulo 5

Implementando na Prática



Comunicação e liderança

O processo de preparação requer uma liderança clara, sustentada por **comunicação contínua e transparente**. A direção deve dar o exemplo, mostrar coerência entre palavras e ações e transmitir confiança.

Uma comunicação aberta, centrada na explicitação das razões da mudança e na valorização dos contributos, revela-se imperativa para ultrapassar resistências e incrementar a motivação.

A liderança, neste âmbito, deve ser exercida mais como **inspiração** do que como imposição. O exemplo diário, a escuta ativa e a valorização do trabalho de cada profissional criam um ambiente propício à mudança.

Síntese

A fase preparatória constitui mais do que um pré-requisito: representa a **base da transformação**. É nela que se avalia o ponto de partida, se constrói uma visão comum, se trazem as famílias para dentro do processo, se planeia com cuidado, se formam as equipas e se dá direção através da liderança.

Sem esta etapa, as mudanças ficam pela superfície e não duram. Com ela, cada ação tem consistência e transforma a instituição num **espaço de vida** que valoriza a autonomia e a dignidade dos utentes.

Capítulo 5

Implementando na Prática



Piloto

Concluída a fase preparatória, a etapa subsequente corresponde à **implementação de um projeto-piloto**, concebido para testar a mudança em escala reduzida. Trata-se de um verdadeiro laboratório prático, no qual se experimentam novas metodologias, se identificam constrangimentos e se analisa a sustentabilidade do modelo.

Ao invés de proceder a uma transformação global e imediata da instituição, o recurso ao piloto possibilita a afinação de estratégias, a mitigação de riscos e a criação de evidências concretas, capazes de aumentar a confiança de residentes, famílias e profissionais.

Definição da unidade-piloto

O primeiro passo consiste na **seleção da unidade** onde se desenvolverá a experiência inicial. Preferencialmente, esta unidade deve integrar entre **10 e 15 utentes**, assegurando uma escala doméstica que favoreça relações de proximidade.

A seleção deve igualmente atender à **diversidade dos perfis**, abrangendo utentes com distintos graus de autonomia, idades variadas e estados de saúde diferenciados, de modo a testar a flexibilidade do modelo proposto. Ao circunscrever o espaço do piloto, a instituição concentra esforços, monitoriza de forma sistemática os resultados e constrói uma experiência demonstrativa suscetível de ser paulatinamente expandida a toda a estrutura.

Capítulo 5

Implementando na Prática



Envolvimento dos residentes e das famílias

A fase-piloto adquire legitimidade apenas quando incorpora a **participação efetiva dos utentes e das respetivas famílias**. Antes do seu início, é fundamental organizar sessões de apresentação, nas quais sejam clarificados os objetivos da experiência e recolhidos contributos. A inclusão destes atores favorece a **criação de confiança** e contribui para a mitigação de receios. Importa que cada utente da unidade-piloto disponha de um PIC devidamente atualizado, elaborado com base em entrevistas e reuniões de equipa, instrumento que servirá de referência para o acompanhamento da evolução, a adaptação das intervenções e a avaliação dos progressos. Paralelamente, as famílias podem ser convidadas a **integrar determinadas rotinas**, melhorando a articulação entre a instituição e o contexto doméstico.

Redefinição das rotinas

O projeto-piloto deve promover a **introdução de rotinas** mais flexíveis e adaptadas às necessidades individuais. Tal pode traduzir-se na possibilidade de ajustar horários de despertar, refeições ou participação em atividades, substituindo a programação uniforme por um modelo construído em diálogo com cada utente. Simultaneamente, importa considerar a **integração de práticas inovadoras**, como refeições em formato de “cozinha aberta”, iniciativas intergeracionais com escolas locais ou programas de estimulação cognitiva concebidos de acordo com interesses individuais. Neste enquadramento, o piloto configura-se como um espaço de **experimentação criativa**, guiado pela filosofia do cuidado centrado na pessoa.

Capítulo 5

Implementando na Prática



Dinâmica das equipas

A efetividade do piloto pressupõe a **reorganização das práticas de trabalho em equipa**. A redução da rotatividade de trabalhadores entre unidades promove estabilidade, elemento essencial para a criação de vínculos, o reforço da confiança e a eficácia comunicacional. De forma adicional, a equipa da unidade-piloto deverá reunir-se semanalmente para analisar casos, identificar dificuldades e delinear estratégias de resposta. Estes encontros devem caracterizar-se por uma lógica horizontal e participativa, em que todos os elementos contribuam, a partir das suas diferentes perspetivas, para a construção de intervenções integradas.

Monitorização e avaliação

O projeto-piloto não deve restringir-se à introdução de mudanças; exige igualmente um processo de **avaliação sistemático**. Para tal, importa definir indicadores claros e mensuráveis desde o início, abrangendo dimensões como:

- ⇒ **Bem-estar dos utentes**, incluindo satisfação, envolvimento em atividades e percepção subjetiva de qualidade de vida;
- ⇒ **Saúde e segurança**, com particular atenção ao número de quedas, à adesão terapêutica e à evolução do estado nutricional;
- ⇒ **Participação familiar**, avaliada pela frequência de visitas, participação em reuniões e contributos efetivos nos planos de cuidados;
- ⇒ **Desempenho da equipa**, considerando assiduidade, rotatividade e percepção de coesão.

A recolha de informação pode recorrer a **questionários estruturados, observação direta e registos digitais**, sendo o acompanhamento contínuo fulcral para identificar progressos, bem como fragilidades que exijam retificação.

Capítulo 5

Implementando na Prática



Aprendizagem e adequação

A pertinência da fase-piloto decorre, em medida, da sua função de **espaço de experimentação**, onde os erros e as falhas são convertidos em aprendizagens e adequações oportunas. Longe de constituírem fracassos, os constrangimentos assumem-se como momentos-chave de reflexão e de melhoria, possibilitando a construção de modelos sucessivamente mais desenvolvidos e replicáveis.

De igual modo, **os efeitos positivos alcançados** funcionam como impulsionadores internos de mudança. Profissionais, utentes e familiares diretamente envolvidos constituem evidências empíricas da viabilidade do novo modelo, conferindo legitimidade ao processo de transformação e fortalecendo a sua capacidade de difusão no seio institucional.

Síntese

A implementação de um projeto-piloto é passo imperioso para transformar um lar de idosos em espaço centrado na pessoa. Escolher uma unidade, envolver residentes e famílias, flexibilizar rotinas, reorganizar equipas e monitorizar resultados são etapas que permitem testar o modelo em pequena escala antes de o expandir. Mais do que uma etapa simplesmente instrumental, o piloto deve ser compreendido como um **processo de aprendizagem organizacional e cultural**, no qual se ensaiam práticas inovadoras, se reafirmam valores institucionais e se comprova empiricamente a aplicabilidade do paradigma centrado na pessoa. A inexistência desta fase aumenta a probabilidade de a mudança permanecer ao nível do discurso normativo; a sua implementação, contrariamente, dota o processo de consistência operacional, legitimidade simbólica e orientação estratégica.

Capítulo 5

Implementando na Prática



Escala e Melhoria Contínua

Concluir um projeto-piloto com resultados positivos não corresponde ao término do processo, mas sim ao **início de uma transformação mais ampla**. A mudança efetiva ocorre quando as aprendizagens são sistematicamente disseminadas e incorporadas em toda a instituição, numa lógica de melhoria contínua. O conceito de escalabilidade traduz-se, assim, na reprodução das práticas experimentadas em pequena escala, adaptando-as às especificidades de cada grupo de utentes.

O primeiro passo consiste em documentar as experiências: registar procedimentos, descrever metodologias, reunir indicadores e sistematizar testemunhos de utentes, famílias e profissionais. Esta documentação funciona como guia interno e permite que as boas práticas não dependam apenas da memória ou da motivação individual.

Segue-se a **expansão gradativa**, preferencialmente faseada. Em vez de aplicar todas as mudanças de uma só vez, a instituição deve estender os princípios do modelo a novas unidades de forma sucessiva, garantindo tempo para adaptar as rotinas, formas as equipas e resolver resistências. Cada etapa deve ser acompanhada de reuniões de avaliação, onde se discutem progressos, dificuldades e estratégias de coping.

A melhoria contínua exige ainda a criação de mecanismos de monitorização permanente. Questionários de satisfação, auditorias internas, reuniões periódicas com famílias e análise de indicadores de saúde e bem-estar são instrumentos que permitem verificar se o modelo mantém coerência com a filosofia centrada na pessoa.

Capítulo 5

Implementando na Prática



Por fim, a fase de **escalabilidade e consolidação** pressupõe o desenvolvimento de uma cultura de aprendizagem organizacional. A instituição deixa de se circunscrever à função de prestadora de cuidados e assume-se como espaço de reflexão crítica, inovação e partilha de conhecimento.

Quando os profissionais e os gestores se apropriam desta abordagem, a organização adquire a natureza de um sistema vivo e adaptativo, dotado de capacidade para evoluir de forma contínua e para oferecer respostas contextualizadas às **necessidades heterogéneas e em permanente mutação** da população idosa.

Capítulo 5

Implementando na Prática



Indicadores e Avaliação

Nenhuma mudança pode ser efetivamente estabelecida sem instrumentos de avaliação que permitam **medir resultados, assinalar falhas e apoiar decisões de melhoria**. Num lar que adota o paradigma centrado na pessoa, a avaliação não deve restringir-se ao cumprimento formal de normas ou rácios, mas expressar igualmente a vivência diária de utentes e famílias, em conjugação com a análise do desempenho global da instituição.

Os indicadores podem ser organizados em quatro dimensões complementares:

- 1. Qualidade de vida e satisfação** – inquéritos regulares a utentes e familiares, observação direta da participação em atividades e regtos da percepção de autonomia.
- 2. Saúde e segurança** – monitorização de quedas, estado nutricional, controlo da dor, adesão à medicação e taxa de hospitalizações evitáveis.
- 3. Organização e equipa** – níveis de rotatividade dos profissionais, assiduidade, horas de formação contínua e grau de colaboração interdisciplinar.
- 4. Integração comunitária** – frequência de visitas, participação em eventos intergeracionais, envolvimento em atividades externas e parcerias locais.

Capítulo 5

Implementando na Prática



Dimensões e exemplos de indicadores num lar centrado na pessoa

| Dimensão | Exemplos de indicadores | Exemplo prático |
|--|---|--|
| 1. Qualidade de vida e satisfação | - Grau de satisfação dos utentes e familiares- Perceção de autonomia- Participação em atividades | Pergunta de inquérito de satisfação: “Está satisfeito com a forma como é respeitada a sua autonomia nas decisões do dia a dia?” (resposta em escala Likert 1–5) |
| 2. Saúde e segurança | - Número de quedas registadas- Estado nutricional (IMC)- Controlo da dor- Adesão à medicação- Hospitalizações evitáveis | Relatório mensal de incidentes e monitorização clínica sistemática |
| 3. Organização e equipa | - Taxa de rotatividade dos profissionais- Assiduidade- Horas de formação contínua por colaborador- Grau de colaboração interdisciplinar | Avaliação anual da equipa com registo de horas de formação certificada |
| 4. Integração comunitária | - Frequência de visitas recebidas- Participação em eventos intergeracionais- Atividades externas realizadas- Número de parcerias locais | Relatório trimestral das iniciativas comunitárias e intergeracionais realizadas |

Capítulo 5

Implementando na Prática



Para que estes indicadores assumam verdadeiro impacto, é imprescindível que sejam recolhidos de modo **sistemático e transparente**, acompanhados da partilha dos resultados tanto em reuniões internas como com as famílias. A avaliação deve ser entendida como um processo de aprendizagem e não como um mecanismo sancionatório.

Seguindo esta lógica, cria-se um **ciclo positivo**: os dados alimentam a reflexão, a reflexão conduz a decisões mais conscientes, e essas decisões transformam-se em práticas inovadoras, que voltam a ser avaliadas.

Assim garante-se coerência entre filosofia e prática, promovendo evolução contínua e cuidados personalizados com consistência.

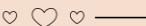
Capítulo 6

O Futuro do Cuidado ao Idoso



Capítulo 6

O Futuro do Cuidado ao Idoso



Tendências e Inovações

O cuidado a idosos vive uma mudança decisiva. A insatisfação com o modelo tradicional e o impacto demográfico exigem novas respostas. Duas tendências destacam-se:

- **Personalização do cuidado** – planos adaptados às preferências e ritmos individuais, em vez de rotinas padronizadas.
- **Redução da escala institucional** – substituição de grandes estruturas por pequenas unidades de convívio, semelhantes a lares familiares.

Exemplos como as *Green Houses* nos EUA e as aldeias para pessoas com demência nos Países Baixos demonstram que comunidades de pequena escala oferecem mais qualidade de vida e participação ativa.



Green House para Idosos nos EUA

Fonte: <https://thegreenhouseproject.org/solutions/build-a-green-house/>

Capítulo 6

O Futuro do Cuidado ao Idoso



A integração tecnológica é igualmente inevitável. O futuro aponta para espaços digitais, onde estão presentes registos eletrónicos, telemedicina, inteligência artificial para prever riscos e sistemas de monitorização discretos.

Usada de forma equilibrada, esta inovação não substitui o contacto humano, mas ajuda a libertar tempo para que os profissionais estejam mais próximos dos utentes e, ao mesmo tempo, permite antecipar problemas de saúde.

Outra tendência é a **maior ligação entre cuidados de saúde e apoio social**. A fronteira entre lar e hospital começa a desaparecer, dando origem a modelos mistos, que juntam cuidados médicos, acompanhamento emocional e social, e incentivo a estilos de vida mais saudáveis.

Para que isto seja possível, será preciso atualizar leis e reforçar a colaboração entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.

Também se nota uma abertura crescente dos lares à comunidade.

Deixam de ser espaços fechados para se tornarem **pontos de encontro**: acolhem escolas, universidades seniores, associações culturais e voluntários. Assim, transformam-se em locais de partilha e convivência entre gerações, reforçando o sentido de pertença e ajudando a combater o estigma associado à institucionalização.

Capítulo 6

O Futuro do Cuidado ao Idoso



O impacto do envelhecimento populacional nas próximas décadas

Se o presente já coloca desafios sérios, o futuro exigirá respostas ainda mais fortes. As projeções do INE apontam para que, em 2070, cerca de 48% da população residente em Portugal terá 65 ou mais anos, sendo que a faixa dos maiores de 80 duplicará face a 2020 (INE, 2022). Este cenário representa não somente uma alteração demográfica, mas uma mudança expressiva no tecido social, económico e cultural do país.

Um dos impactos mais notórios será **o fardo sobre os sistemas de saúde e de proteção social**.

O aumento da prevalência de doenças crónicas e de situações de dependência exigirá maior investimento em cuidados continuados, fisioterapia, acompanhamento psicológico e serviços de proximidade. A atual rede de lares dificilmente dará resposta sem profundas reformas.

Outro impacto será a **reconfiguração do mercado de trabalho**. Com menos pessoas em idade ativa, a sustentabilidade da Segurança Social e a disponibilidade de profissionais para o setor do cuidado ficarão comprometidas.

Este desafio poderá exigir políticas migratórias mais abertas, bem como a valorização e profissionalização das carreiras ligadas ao envelhecimento.

Capítulo 6

O Futuro do Cuidado ao Idoso



O envelhecimento terá ainda **impacto cultural**. A sociedade portuguesa será marcada por maior diversidade de estilos de vida na velhice. Os futuros idosos não se identificarão com modelos de institucionalização rígidos, mas procurarão alternativas que respeitem autonomia, liberdade e participação social. Isto implica criar respostas que conjuguem habitação adaptada, serviços de apoio domiciliário inovadores e comunidades residenciais mais flexíveis.

Por último, cabe destacar o **impacto económico**. Aumentar a despesa pública com envelhecimento não pode ser visto como um peso orçamental, mas como investimento social. Países que anteciparam o fenómeno e apostaram em políticas preventivas — como programas de envelhecimento ativo, habitação adaptada e serviços comunitários — demonstram que a longo prazo este investimento reduz custos hospitalares e aumenta a qualidade de vida (World Health Organization, 2015).

Síntese

O futuro dos cuidados em Portugal dependerá da capacidade de conciliar **dois vetores essenciais**: a urgência da inovação e a realidade incontornável do envelhecimento demográfico. A experiência internacional demonstra que é exequível implementar respostas mais humanas, de proximidade e integradas. Em contrapartida, as projeções populacionais salientam a exigência de agir sem demora. A convergência destes fatores impõe a necessidade de uma nova geração de políticas públicas, de investimentos consistentes e de práticas institucionais centradas na pessoa idosa.

Capítulo 7

Financiamento e Sustentabilidade

Económica



Capítulo 7

Financiamento e Sustentabilidade

Económica



Transformar os lares de idosos exige coragem para enfrentar a questão central: o financiamento.

A história mostra que **a falta de recursos** tem bloqueado a inovação e limitado a qualidade, deixando equipas exaustas e famílias sobrecarregadas.

Se queremos passar de um modelo assistencialista para um modelo verdadeiramente centrado na pessoa, precisamos de um **novo paradigma económico**, que assegure não só a sustentabilidade a longo prazo, mas também a dignidade e a justiça social.



Capítulo 7

Financiamento e Sustentabilidade

Económica



Reforço da rede de parcerias e *crowdfunding*

O caminho para um novo modelo de cuidados passa pela **união de forças**. Quando lares, universidades, autarquias, empresas e organizações da sociedade civil trabalham lado a lado, os lares deixam de ser ilhas e tornam-se verdadeiros motores de desenvolvimento comunitário.

As universidades trazem **conhecimento e estágios**, as empresas apoiam com inovação e tecnologia, as autarquias promovem projetos intergeracionais.

E a comunidade também pode estar presente. Através de campanhas de *crowdfunding*, transparentes e com objetivos concretos, é possível mobilizar todos — famílias, cidadãos e empresas locais — para causas que fazem a diferença: uma horta terapêutica, uma viatura adaptada ou um sistema de monitorização digital.

Assim sendo, mais do que recolher fundos, constrói-se um espírito de corresponsabilidade, mostrando que cuidar dos mais velhos é cuidar de todos nós.

Capítulo 7

Financiamento e Sustentabilidade

Económica



Profissionalização da gestão e valorização das equipas

A sustentabilidade não depende só de mais recursos, mas da forma como são usados. Muitos lares ainda funcionam com modelos de gestão ultrapassados. É necessário **apostar na profissionalização**: planeamento estratégico, contabilidade analítica, auditorias internas e liderança qualificada.

A valorização das equipas é igualmente crucial. **Salários justos, carreiras estruturadas e formação contínua** reduzem a rotatividade e aumentam a qualidade. Investir em pessoas não é um custo extra, mas um fator de sustentabilidade: equipas estáveis significam menos gastos em recrutamento e melhor resposta no dia a dia.

Capítulo 7

Financiamento e Sustentabilidade

Económica

Síntese

A sustentabilidade dos lares não virá de medidas isoladas. É necessária uma combinação: parcerias e crowdfunding, gestão profissionalizada, valorização das equipas e um fundo solidário financiado por via fiscal. Este modelo híbrido reduziria a dependência do Estado e abriria espaço para inovação, melhores condições para os profissionais e respostas adequadas ao envelhecimento.

Cuidar dos idosos com dignidade é um investimento social que beneficia todos. Criar um modelo alternativo e sustentável é essencial para fazer dos lares verdadeiras casas de vida.

Capítulo 8

Estudos de Caso



Capítulo 8

Estudos de Caso

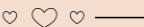


Neste capítulo apresentamos vários estudos de caso que ilustram as **principais tendências e inovações emergentes** na área dos lares de idosos. Através da análise de exemplos de sucesso a nível internacional — desde o modelo dinamarquês aos projetos pioneiros nos Países Baixos, nos Estados Unidos, em Singapura e outros contextos — procuramos identificar práticas transformadoras que podem inspirar novas abordagens no cuidado sénior.



Capítulo 8

Estudos de Caso



O modelo *Small Household*

Unidade residencial do modelo *Green House Project*, representativa do conceito *small household*



Fonte: The Green House Project.
<https://thegreenhouseproject.org>

Capítulo 8

Estudos de Caso



Nos últimos anos, tem-se assistido a uma transformação significativa no conceito de lares de idosos, com destaque para o modelo conhecido como “small household”.

Estas unidades de pequena dimensão são concebidas para acolher entre **8 a 14 residentes**, proporcionando-lhes uma vivência mais próxima da ideia de “casa” do que da tradicional instituição.

Características principais

- **Quartos individuais:** garantem privacidade, conforto e personalização do espaço, respeitando a identidade e autonomia de cada residente.
- **Equipa estável e dedicada:** os cuidadores trabalham sempre com o mesmo grupo de residentes, fomentando relações de proximidade, confiança e continuidade de cuidados.
- **Ambiente familiar:** ao invés de grandes alas ou edifícios, cada unidade recria a atmosfera de um lar, onde as rotinas são flexíveis e adaptadas às preferências dos residentes.

Capítulo 8

Estudos de Caso



Benefícios para a qualidade de vida

Este modelo tem mostrado **vantagens claras** em termos de bem-estar físico, emocional e social:

- Redução do isolamento, já que os residentes convivem num grupo reduzido.
- Maior personalização dos cuidados, adequados ao ritmo e às necessidades de cada pessoa.
- Ambientes mais calmos, que contribuem para a diminuição da ansiedade e do stress.

Controlo de infeções e segurança

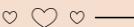
Durante a pandemia de COVID-19, o modelo *small household* demonstrou resultados particularmente positivos. Estudos sobre o *Green House Project* (EUA) indicaram um melhor desempenho no controlo de infeções e menor taxa de mortalidade, quando comparados com lares convencionais. A estrutura reduzida, os grupos pequenos e a estabilidade das equipas foram fatores decisivos para limitar a propagação do vírus.

Exemplos internacionais

O *Green House Project* é um dos casos mais emblemáticos desta tendência, pioneiro na implementação destas unidades nos Estados Unidos. Relatórios publicados em plataformas como o *Journal of the American Medical Directors Association* (JAMDA) e *Better Care Playbook* corroboram as evidências científicas e práticas dos benefícios deste modelo.

Capítulo 8

Estudos de Caso



Aldeias da Demência

Residente em momento de tranquilidade na aldeia da demência De Hogeweyk, Países Baixos



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

Capítulo 8

Estudos de Caso



Nos últimos anos, tem vindo a ganhar destaque um novo modelo de cuidados para pessoas com demência, conhecido como “aldeias da demência” (*dementia villages*).

Inspirado na vida comunitária tradicional, este conceito assenta na criação de ambientes de bairro que reproduzem de forma realista os espaços do quotidiano — ruas, praças, cafés, supermercados e jardins — sempre em condições seguras e controladas.

Características principais

- ▷ **Espaços abertos e realistas:** os residentes circulam livremente por zonas semelhantes a uma pequena vila, em vez de estarem confinados a alas institucionais.
- ▷ **Ambiente normalizado:** atividades quotidianas, como fazer compras, tomar café numa esplanada ou passear pela praça, são integradas na rotina diária.
- ▷ **Segurança e dignidade:** a estrutura é concebida de forma a proteger os residentes, mas sem os privar da autonomia ou da sensação de liberdade.

Capítulo 8

Estudos de Caso



Benefícios para os residentes

Estudos (Knecht & Rodriguez, 2025; Pedro et al., 2020) indicam que este tipo de ambiente:

- ▷ **Reduz a agitação e o isolamento** frequentemente associados à demência.
- ▷ **Melhora o bem-estar emocional**, ao permitir que os residentes vivam de forma mais próxima das suas memórias e hábitos de vida.
- ▷ **Estimula a participação social**, mantendo o idoso integrado numa comunidade, em vez de segregado num espaço institucional.

Exemplo de referência: De Hogeweyk (Países Baixos)

O caso mais emblemático é o de De Hogeweyk, situado em Weesp, nos Países Baixos. Esta vila, inaugurada em 2009, foi desenhada especificamente para pessoas com demência e tornou-se um modelo internacional. Os seus residentes vivem em casas partilhadas, organizadas por estilos de vida (ex.: urbano, tradicional, cultural), e toda a envolvente — desde o supermercado até ao teatro — faz parte da estratégia de cuidado.

Capítulo 8

Estudos de Caso



Convivência intergeracional: lares e escolas lado a lado

Residentes idosos do St. Joseph's Home em Singapura a brincar com crianças em atividades intergeracionais

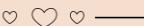


Fonte:

<https://www.straitstimes.com/singapore/health/singapores-first-inter-generational-playground-childcare-centre-in-a-nursing-home>

Capítulo 8

Estudos de Caso



Uma das tendências mais inovadoras no cuidado a pessoas idosas é a **promoção da convivência intergeracional**, através da integração de creches e escolas dentro ou junto a lares de idosos. Esta prática permite que crianças e residentes partilhem atividades regulares, transformando o quotidiano de ambos os grupos.

Características principais

- **Espaços partilhados:** as crianças frequentam creches ou escolas instaladas dentro dos lares ou em edifícios vizinhos.
- **Atividades conjuntas:** música, artes plásticas, leitura, jardinagem e celebrações sazonais tornam-se momentos de encontro e interação.
- **Rotina com sentido:** em vez de se sentirem isolados, os idosos participam ativamente na vida da comunidade educativa.

Benefícios comprovados

A investigação (por exemplo: Canedo-García et al., 2017) tem demonstrado que este modelo traz vantagens para todas as idades:

- **Para os residentes idosos:** reduz a solidão, reforça o sentimento de propósito e estimula a memória e as competências sociais.
- **Para as crianças:** promove empatia, respeito pelas gerações mais velhas e contacto com diferentes experiências de vida.
- **Para a comunidade:** cria pontes entre gerações e reduz barreiras sociais e etárias.

Capítulo 8

Estudos de Caso

Exemplos práticos

Um dos casos mais emblemáticos é o de **St. Joseph's Home**, em Singapura, que integra uma creche dentro das suas instalações, tornando os encontros entre crianças e residentes parte da rotina diária.

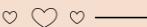
Outros exemplos internacionais incluem iniciativas em lares norte-americanos e europeus, bem como projetos documentados por instituições como a *Providence Health & Services* (EUA), que destacam os benefícios do modelo para a saúde mental e bem-estar.

Reconhecimento mediático e académico

Meios de comunicação como o *The Straits Times* (Singapura) têm reportado a experiência positiva de St. Joseph's Home, destacando histórias de residentes que recuperaram alegria e vitalidade graças ao contacto diário com crianças. Estudos disponíveis em plataformas como providence.org reforçam as evidências sobre os efeitos positivos da convivência intergeracional.

Capítulo 8

Estudos de Caso



Korongee Dementia Village

Korongee Dementia Village, Hobart (Austrália): bairro de pequenas casas concebido para pessoas com demência



Fonte:<https://glenview.org.au/services/korongee-dementia-village>

Capítulo 8

Estudos de Caso



Inspirado no modelo pioneiro de De Hogeweyk (Países Baixos), o *Korongee Dementia Village*, localizado em Hobart (Tasmânia, Austrália), foi concebido como um bairro de pequenas casas adaptadas a pessoas com demência.

Características principais

- Casas pequenas e familiares: organizadas em torno de ruas e espaços comuns, permitindo uma vida comunitária normalizada.
- Ambiente seguro e aberto: os residentes circulam livremente pelo “bairro”, com jardins, bancos, lojas e espaços de socialização.
- Vida quotidiana com propósito: as rotinas são inspiradas nas experiências e histórias de vida dos residentes, reforçando a identidade pessoal.

Benefícios

Tal como outros modelos de aldeias da demência, o *Korongee*:

- **Reduz a desorientação** ao recriar ambientes familiares e acessíveis.
- **Promove a dignidade** ao oferecer liberdade com segurança.
- **Favorece a integração comunitária** através de atividades do quotidiano.

Parcerias e investigação

O projeto foi desenvolvido pela *Glenview Community Services* em parceria com a *University of Tasmania*, reunindo investigação científica, inovação arquitetónica e compromisso social para criar um espaço que une cuidado, bem-estar e comunidade.

Capítulo 8

Estudos de Caso



The Care Village / Whare Aroha: uma “pequena cidade” para a demência

The Care Village / Whare Aroha, Rotorua (Nova Zelândia): pequena cidade que oferece vida normalizada a residentes com demência



Fonte:<https://thecarevillage.co.nz/about/>

Capítulo 8

Estudos de Caso



O *The Care Village*, também conhecido como *Whare Aroha*, em Rotorua (Nova Zelândia), segue o conceito de uma “pequena cidade” criada para proporcionar uma vida normalizada a pessoas com demência. Inspirado em modelos internacionais como De Hogeweyk (Países Baixos), este espaço procura recriar o quotidiano em comunidade, com liberdade e segurança.

Características principais

- **Ambiente de bairro:** ruas com casas, jardins, cafés e espaços de encontro, permitindo aos residentes uma vida próxima daquilo que sempre conheceram.
- **Casas em pequena escala:** cada unidade habitacional acolhe um número reduzido de residentes, criando um ambiente familiar e acolhedor.
- **Vida quotidiana ativa:** as rotinas são construídas a partir das preferências e histórias de vida dos residentes, dando significado ao dia a dia.

Capítulo 8

Estudos de Caso



Benefícios para os residentes

Este modelo contribui para:

- Redução da solidão e do isolamento social.
- Maior autonomia, graças à liberdade de circular em espaços seguros.
- Bem-estar emocional, pelo sentido de pertença e continuidade da vida comunitária.

Inovação na Nova Zelândia

The Care Village representa um passo inovador na região da Oceânia, ao aplicar conceitos internacionais de aldeias da demência à realidade neozelandesa, reiterando o compromisso com uma abordagem centrada na pessoa e uma cultura de cuidado digna.

Capítulo 8

Estudos de Caso



Apples & Honey Nightingale: convivência intergeracional em Londres

Apples & Honey Nightingale (Londres): convivência intergeracional entre residentes idosos e crianças em atividades criativas



Fonte:<https://applesandhoneynightingale.com/wp-content/uploads/2021/07/Building-relationships-between-the-generations.pdf>

Capítulo 8

Estudos de Caso



O **Apples & Honey Nightingale**, em Londres, é um projeto pioneiro que integra uma creche dentro de um lar de idosos. Este modelo promove uma convivência diária entre crianças e residentes idosos, criando oportunidades de aprendizagem mútua e ligação social.

Características principais

- **Co-localização:** a creche funciona no mesmo espaço do lar, permitindo encontros regulares e naturais entre gerações.
- **Atividades conjuntas:** incluem música, artes, histórias e brincadeiras, adaptadas para envolver tanto as crianças como os residentes.
- **Foco nas relações:** os laços criados vão além do momento da atividade, trazendo continuidade e afeto à vida quotidiana.

Capítulo 8

Estudos de Caso



Benefícios evidenciados

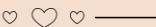
- **Para os idosos:** redução da solidão, aumento da autoestima e estimulação cognitiva.
- **Para as crianças:** desenvolvimento de empatia, respeito e compreensão das gerações mais velhas.
- **Para a comunidade:** reforço da união social e criação de uma rede de apoio intergeracional.

Reconhecimento e impacto

Avaliações publicadas pela *European Social Fund Plus* (ESF+) e relatórios internos de *Apples & Honey* destacam que este modelo contribui para maior bem-estar e inclusão social, sendo apontado como uma prática de inovação social replicável em outros contextos.

Capítulo 8

Estudos de Caso



O “modelo dinamarquês”: Nova Sølund em Copenhaga

Nova Sølund (Copenhaga, Dinamarca): lar urbano integrado no bairro, exemplo do ‘modelo dinamarquês’



Fonte: <https://www.cfmoller.com/p/The-New-Soelund-i3312.html>

Capítulo 8

Estudos de Caso



Na Dinamarca, a aposta em lares urbanos integrados no bairro tem sido referência internacional. O **Nova Sølund**, localizado em Copenhaga, é o maior lar do país e foi desenhado como um projeto de usos mistos, articulando habitação, serviços, espaços públicos e áreas comunitárias.

Características principais

- Integração no tecido urbano: o lar não se isola da cidade, mas faz parte ativa do bairro, com praças, cafés, jardins e zonas de encontro abertas a todos.
- Usos mistos: para além das residências para idosos, o complexo inclui habitação estudantil, creches, comércio local e equipamentos de saúde.
- Arquitetura aberta e sustentável: pensada para criar bem-estar, promover interações sociais e respeitar princípios ambientais.

Capítulo 8

Estudos de Caso



Benefícios

Este modelo urbano proporciona:

- **Redução do estigma da institucionalização**, ao integrar os residentes na vida comunitária.
- **Promoção de relações intergeracionais**, pela proximidade com escolas, estudantes e famílias.
- **Maior qualidade de vida**, através da diversidade de espaços e oportunidades de socialização.

Referência internacional

Projetado pelo estúdio **C.F. Møller Architects**, o Nova Sølund é visto como um **paradigma para o futuro dos lares urbanos**, onde o cuidado é parte integrante de uma comunidade ativa e aberta.

Capítulo 8

Estudos de Caso



Welfare Tech: inovação tecnológica no cuidado em lares municipais

Residente idoso em interação com robô social num lar municipal dinamarquês, no âmbito da estratégia Welfare Tech.



Fonte:<https://www.themayor.eu/en/a/view/nursing-homes-in-denmark-are-using-social-robots-7353>

Capítulo 8

Estudos de Caso



Na Dinamarca, a tecnologia de bem-estar (Welfare Tech) tornou-se um pilar da **modernização dos cuidados** em lares municipais. O foco está na utilização de robôs sociais e soluções digitais que apoiam a vida quotidiana dos residentes, promovendo autonomia, companhia e bem-estar emocional.

Características principais

- Robôs sociais: interagem com residentes, estimulam conversas, oferecem apoio emocional e ajudam a reduzir sentimentos de solidão.
- Soluções digitais: incluem sensores, monitorização remota e ferramentas que permitem aos cuidadores otimizar os cuidados sem perder a dimensão humana.
- Enquadramento nacional: a Dinamarca tem uma estratégia específica para disseminar as tecnologias sociais, garantindo que não ficam apenas em projetos-piloto, mas são aplicadas em larga escala nos municípios.

Capítulo 8

Estudos de Caso



Benefícios observados

- Maior estimulação cognitiva e emocional, especialmente em residentes com demência.
- Redução do isolamento social, através da companhia proporcionada por robôs de interação.
- Eficiência nos cuidados, libertando tempo dos profissionais para tarefas mais humanas e relacionais.

Estratégia nacional

De acordo com relatórios oficiais, a Dinamarca enquadra estas soluções no âmbito da Welfare Technology Strategy, que promove a inovação social tecnológica como parte integrante das políticas públicas de envelhecimento.

Capítulo 8

Estudos de Caso



Síntese:

Os estudos de caso analisados mostram uma mudança global no cuidado a idosos, rumo a modelos mais **humanizados e integrados na comunidade**. Destacam-se as **unidades de pequena escala** (*Green House Project*), as **aldeias da demência** (De Hogeweyk, Korongee, Whare Aroha) e as experiências de **convivência intergeracional** (St. Joseph's Home, Apples & Honey Nightingale), que reduzem solidão e promovem bem-estar. Iniciativas como o **Butterfly** e a **Eden Alternative** colocam a pessoa no centro, criando rotinas com significado e reduzindo o uso de antipsicóticos. Já o **modelo dinamarquês** (Nova Sølund) integra os lares no tecido urbano, enquanto a **Welfare Tech** aposta em tecnologia social e robôs para reforçar autonomia e ligação. Em conjunto, estas práticas apontam para lares de idosos mais **próximos, personalizados e com propósito**.

Capítulo 9

Conclusão- A Pessoa no Centro

Sempre



Ao longo deste livro vimos como os lares de idosos tradicionais **já não respondem às necessidades do envelhecimento atual**. Em Portugal vivemos cada vez mais anos, mas a grande questão continua a ser como garantir qualidade de vida nesses anos extra.

O modelo tradicional revelou várias **vulnerabilidades**: rotinas rígidas, espaços impessoais, pouca participação dos residentes e falta de recursos. Mostrou também que a cultura institucional e as resistências à mudança ainda são fortes. Mas ficou evidente que é urgente mudar: não podemos continuar a ver o envelhecimento apenas como um problema ou uma despesa, mas sim como uma realidade que pede inovação, visão e responsabilidade.

Em alternativa, apresentámos o **Modelo Centrado na Pessoa**, que se baseia na autonomia, dignidade, identidade e individualidade. Este não é um sonho distante, mas uma resposta já testada noutros países e em projetos que começam a surgir em Portugal. A sua força está em devolver ao residente o papel principal, transformando o lar num verdadeiro espaço de vida.

Foram igualmente **apontados caminhos concretos** para a mudança: reorganizar os edifícios, reconfigurar equipas, flexibilizar rotinas, integrar tecnologia e repensar o financiamento. Não será um processo fácil, porém é possível se houver preparação, projetos-piloto, crescimento gradual e avaliação contínua.

Capítulo 9

Conclusão- A Pessoa no Centro

Sempre



Perspectivando o futuro, não há dúvidas: a população vai continuar a envelhecer e isso terá um grande impacto na sociedade portuguesa. A escolha é simples: manter um modelo ultrapassado que já não serve, ou avançar para um novo paradigma que respeita a pessoa na sua totalidade.

Colocar a pessoa no centro significa mais do que mudar práticas; requer mudar mentalidades, políticas e prioridades. Significa reconhecer que envelhecer com dignidade é um direito humano e que cuidar dos mais velhos é uma oportunidade para criar comunidades mais justas e solidárias.

Este livro procurou ser um **contributo** para essa reflexão e, principalmente, para a ação.

O envelhecimento vai marcar os próximos anos da nossa sociedade, e temos de decidir já se vamos responder com medidas míнимas ou com soluções verdadeiramente transformadoras.

O futuro dos lares de idosos em Portugal depende da nossa capacidade de deixar para trás modelos ultrapassados e adotar práticas que respeitem a vida em todas as suas fases.

O desafio é grande, no entanto a recompensa é ainda maior: criar lares onde cada idoso se sinta em casa, com voz, com dignidade e como protagonista até ao fim da vida.

Referências Bibliográficas



Bibliografia

- Canedo-García, A., García-Sánchez, J.-N., & Pacheco-Sanz, D.-I. (2017). A systematic review of the effectiveness of intergenerational programs. *Frontiers in Psychology*, 8, 1882. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01882>
- Christiansen, C., & Vestergaard, S. (2016). Long-term care in Denmark. European Social Policy Network (ESPN), European Commission. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1135&langId=en&intPageId=3589>
- Crispim, R. (2021). Institucionalização na velhice: uma revisão sistemática da literatura sobre preditores em contexto de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI). *methaodos. revista de ciencias sociales*, 9(2), 258–271. <https://doi.org/10.17502/mrcs.v9i2.499>
- Dahab, L., Dahab, L., Abdelgadir, K., Obeid, T., Dey, S., Ahmed, M., Al-Safi, W., Mohamed, A., Lungba, R., Abu Bakr, A., & Abdelrahman, N. (2021). Effect of COVID-19 pandemic on depression and medications use on nursing home residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(3), B20–B21. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.01.046>
- Guedes, J. (2013). Viver num lar de idosos. *Coisas de Ler*.
- Kane, R. A., Lum, T. Y., Cutler, L. J., Degenholtz, H. B., & Yu, T. C. (2007). Resident outcomes in small-house nursing homes: A longitudinal evaluation of the Initial Green House Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(6), 832–839. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01169.x>
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open University Press.
- Knecht, H. L., & Rodriguez, F. S. (2025). Social interactions in dementia: Perceptions of current situation and opportunities. *BMC Geriatrics*, 25(1), 202. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05850-8>
- Lawton, M. P. (1986). *Environment and aging* (2nd ed.). Center for the Study of Aging.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Climepsi Editores.
- Pedro, C., Duarte, M., Jorge, B., & Freitas, D. (2020). 440 - Dementia villages: Rethinking dementia care. *International Psychogeriatrics*, 32, 158. <https://doi.org/10.1017/S1041610220002926>

Referências Bibliográficas



Rocha, A. (2024). O financiamento das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas em Portugal: desafios e perspetivas futuras [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório UCP. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/45797/1/203658736.pdf>

Santos, B. J. P. (2025). Os desafios e as limitações dos lares de idosos tradicionais [Trabalho final para atribuição do título de especialista]. Instituto Politécnico de Bragança.

Torrington, J. (2006). What has architecture got to do with dementia care?: Explorations of the relationship between quality of life and building design in two EQUAL projects. *Quality in Ageing and Older Adults*, 7(1), 34–48. <https://doi.org/10.1108/147177942006000062>

Verbeek, H., Zwakhalen, S. M. G., van Rossum, E., Amberg, T., Kempen, G. I. J. M., & Hamers, J. P. H. (2014). Effects of small-scale, home-like facilities in dementia care on residents' behavior, and use of physical restraints and psychotropic drugs: a quasi-experimental study. *International Psychogeriatrics*, 26(4), 657–668. <https://doi.org/10.1017/S104161021300251>

Webgrafia

Agência para a Modernização Administrativa. (2020). Welfare technology in Denmark: From a national perspective [Relatório]. Governo da Dinamarca. https://digst.dk/media/1ohafjip/welfare_technology_in_denmark_from_a_national_perspective.pdf

Apples & Honey Nightingale. (2021). Building relationships between the generations [Relatório]. <https://applesandhoneynightingale.com/wp-content/uploads/2021/07/Building-relationships-between-the-generations.pdf>

Archello. (n.d.). Future Sølund Nursing Home. <https://archello.com/project/future-soelund-nursing-home>

Ariffin, J. (2017, 5 de março). Elderly residents of St Joseph's Home in Jurong West playing with children on the merry-go-round [Fotografia]. The Straits Times. <https://www.straitstimes.com/singapore/health/singapores-first-inter-generational-playground-childcare-centre-in-a-nursing-home>

Bruno Santos. (2023). Lares de idosos... que modelo para futuro? [Artigo de opinião]. Jornal Regional.

Referências Bibliográficas



Comissão Europeia. (2018). The European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. Publications Office of the EU.
https://ec.europa.eu/eip/ageing/home_en

Correia, T. R. F. (2022). As estratégias de resiliência organizacional direcionadas para o cuidado aos idosos [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Estudo Geral. <https://hdl.handle.net/10316/10429>

Cruz, C. (2022, 3 de maio). Lares de idosos com comparticipação do Estado recebem em média 20 euros por utente/dia. Público.

C.F. Møller Architects. (n.d.). The New Sølund.
<https://www.cfmoller.com/p/The-New-Soelund-i3312.html>

De Hogeweyk. (n.d.). Residente em momento de tranquilidade [Fotografia]. De Hogeweyk – Dementia Village. <https://hogeweyk.dementiavillage.com>

Direção-Geral da Segurança Social. (2025). Pessoa integrada em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI). OneValue — Custos.
https://onevalue.gov.pt/custo_onevalue/pessoa-integrada-em-estrutura-residencial-para-pessoas-idosas-erpi/

Eurostat. (2023). Ageing Europe – Looking at the lives of older people in the EU. Publications Office of the European Union.
<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-books/-/ks-02-23-346>

European Social Fund Plus. (n.d.). Apples and Honey Nightingale case study. European Commission. <https://european-social-fund-plus.ec.europa.eu/en/social-innovation-match/case-study/apples-and-honey-nightingale>

Glenview Community Services. (n.d.). Korongee Dementia Village.
<https://glenview.org.au/services/korongee-dementia-village>

Instituto Nacional de Estatística. (2019). Conta Satélite da Economia Social 2016. INE.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaque&DESTAQUESdest_boui=379957751&DESTAQUESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística. (2022). Estatísticas Demográficas 2021. INE.
<https://www.ine.pt/xurl/estatdem>

Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Projeções de População Residente 2018-2080*. INE. file:///C:/Users/Asus/Downloads/31ProjPop2018-2080%20(1).pdf

Referências Bibliográficas



- Mimoso, S. (2020). Cuidados de saúde e bem-estar prestados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas [Trabalho de Projeto, Universidade de Lisboa]. Repositório ULisboa.
https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10400.5/19802/1/Trabalho%20de%20Projeto%20Final_S%C3%A9ria%20Mimoso_n%C2%BA%2020214710.pdf
- Neto, T. (2016). Perspetivas dos idosos sobre a vida em lar [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.
<https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10400.5/13531/1/Teresa%20Neto%20Exemplar%20.pdf>
- Ng, K. (2019, 14 de fevereiro). Kids learn to see seniors in a different light. C3A. <https://www.c3a.org.sg/articles/kids-learn-see-seniors-different-light>
- Providence. (n.d.). Intergenerational programming – Providence Mount St. Vincent Foundation. Providence Health & Services.
<https://foundation.providence.org/wa/mountstvincent/our-priorities/intergenerational-programming>
- República Portuguesa. (1983). Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de fevereiro: Aprova os estatutos das instituições particulares de solidariedade social. Diário da República, 1.ª série, n.º 47.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/119-1983-311401>
- República Portuguesa. (1983). Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de fevereiro: Aprova os estatutos das instituições particulares de solidariedade social. Diário da República, 1.ª série, n.º 47.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/119-1983-311401>
- República Portuguesa. (2017). Plano de Ação para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. <https://www.seg-social.pt/documents/10152/16723482/PAEAS2017-2025.pdf>
- Royal Institute of British Architects. (2020). Age Friendly Housing: Future design for older people. RIBA Publishing.
<https://www.architecture.com/knowledge-and-resources/resources-landing-page/age-friendly-housing>
- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. (2021). Relatório de atividades e contas 2020. SCML. <https://www.scml.pt/documentos>
- The Care Village. (n.d.). About The Care Village.
<https://thecarevillage.co.nz/about/>

Referências Bibliográficas

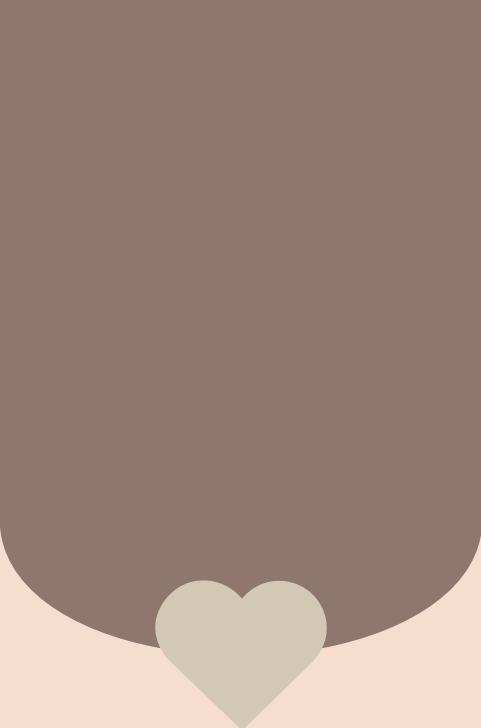


The Green House Project. (n.d.). The Green House Project. Aging Innovation. <https://thegreenhouseproject.org/>

The Green House Project. (n.d.). Exterior view of a Green House home [Fotografia]. <https://thegreenhouseproject.org>

TheMayor.eu. (2021, 11 de maio). Nursing homes in Denmark are using social robots. TheMayor.eu. <https://www.themayor.eu/en/a/view/nursing-homes-in-denmark-are-using-social-robots-7353>

World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. WHO. <https://www.who.int/publications/item/9789241565042>



O envelhecimento, mais do que um desafio, é uma oportunidade para repensarmos os modelos de cuidado, resgatando a dignidade, a participação e o valor de cada pessoa idosa na construção de uma sociedade verdadeiramente inclusiva