

COLABOR

LABORATÓRIO COLABORATIVO PARA O TRABALHO,
EMPREGO E PROTEÇÃO SOCIAL

N.º 6/JUN 2023

ESTUDOS COLABOR

DANIEL CAROLO . PEDRO ESTEVÃO . JENA SANTI

Impacto da COVID-19 nos lares de idosos

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

IMPACTO DA COVID-19 NOS LARES DE IDOSOS

CITE ESTE DOCUMENTO COMO:

Carolo, D., Estêvão, P., & Santi, J. (2023). *Impacto da COVID-19 nos lares de idosos*. Estudos CoLABOR, N.º 6. CoLABOR.

DOI: 10.5281/ZENODO.7981575

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES AO LONGO DO PROJETO

Redação – Relatório Final: Daniel Carolo; Pedro Estêvão; Jena Santi

Redação – Primeiro Draft: Introdução: Pedro Adão e Silva; *Evolução das ERPI em Portugal e Comparação Internacional dos efeitos da COVID-19* - Tatiana Marques; *Análise da mortalidade e letalidade da COVID-19 na população* - Pedro Almeida Vieira; *Evolução da pandemia nas ERPI em Portugal* - Daniel Carolo

CONCEPTUALIZAÇÃO

Pedro Adão e Silva; Daniel Carolo

CURADORIA DE DADOS

Daniel Carolo; Pedro Estêvão

DESENHO DO QUESTIONÁRIO ERPI E ULDM

Daniel Carolo; Pedro Estêvão; Tatiana Marques; com apoio dos parceiros do Estudo: SCML – João Afonso e Fernanda Carrasco; Jorge Torgal; CNIS – Ana Rodrigues, Mafalda Jesus e Patrícia Monteiro; GEP/MTSSS – Antonieta Ministro; ISS-IP – Tânia Fernandes

INQUÉRITO ONLINE

Daniel Carolo; Pedro Estêvão; Tatiana Marques; Catarina Cruz

ANÁLISE ESTATÍSTICA E TRATAMENTO DOS DADOS

Luis Manso; Jena Santi; Pedro Estêvão; Daniel Carolo

REVISÃO

Paulo Pedroso; Daniel Carolo; Pedro Estêvão; Jena Santi; Tânia Almeida

COORDENAÇÃO E SUPERVISÃO

Pedro Adão e Silva; Paulo Pedroso

RESPONSÁVEIS PELO PROJETO

Manuel Carvalho da Silva (CoLABOR); Henrique Rodrigues (CNIS); João Afonso (SCML)

LAYOUT GRÁFICO, DESIGN E PAGINAÇÃO

André Luz . www.andreluzdesign.com

PARCEIROS

Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS) ; Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML)

APOIOS INSTITUCIONAIS

Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS); União das Misericórdias Portuguesas (UMP); Mutualidades Portuguesas; Confederação Cooperativa Portuguesa (Confecoop); Associação de Lares e Casas de Repouso de Idosos (ALI)

DATA DE PUBLICAÇÃO junho 23'

Índice

DANIEL CAROLO . PEDRO ESTEVÃO . JENA SANTI

Impacto da COVID-19 nos lares de idosos

ÍNDICE - FIGURAS E TABELAS	I
GLOSSÁRIO DE ACRÓNIMOS	IV
AGRADECIMENTOS	V
RESUMO/ABSTRACT	1
SUMÁRIO	3
CAPÍTULO 1	5
A COVID-19 e o seu impacto no mundo e em Portugal	6
1.1 As características da COVID-19 e a evolução mundial da pandemia	7
1.2 A evolução da pandemia em Portugal	
CAPÍTULO 2	
Impacto da COVID-19 nos lares de idosos (ERPI)	15
2.1 O dispositivo de combate à pandemia nas ERPI e ULDM	17
2.1.1 Prevenção do contágio de residentes em ERPI e ULDM	18
2.1.2 Reforço dos recursos das instituições	22
2.1.3 Relação com os serviços de prestação de cuidados de saúde	24
2.2 Incidência e prevalência da COVID-19 nas ERPI e nas ULDM	25
2.3. Gravidade dos casos de COVID-19 nas ERPI e cuidados de saúde prestados aos doentes	31
2.4 Reflexões sobre o impacto da COVID-19 nas estruturas residenciais para pessoas idosas	38
CONCLUSÃO	40
BIBLIOGRAFIA	45
ANEXO I - PONDERAÇÃO	48
ANEXO II - MODELO ESTATÍSTICO	53

Índice de figuras

FIGURA 1

Evolução dos novos casos e dos óbitos atribuídos à COVID-19, entre março de 2020 e abril de 2021 (médias móveis a 7 dias)

8

FIGURA 2

Incidência cumulativa, por idade, entre março 2020 e abril de 2021 (%)

9

FIGURA 3

Taxa de letalidade causada pela COVID-19, por idade, entre março 2020 e abril de 2021 (%)

10

FIGURA 4

Mortalidade total no primeiro ano da pandemia, entre março de 2020 e fevereiro de 2021 face à média dos cinco anos anteriores

11

FIGURA 5

Estimativa do impacto da COVID-19 nos homens em função da idade, tendo em consideração o quociente de mortalidade (2017-2019) e taxa de mortalidade por COVID-19

12

FIGURA 6

Estimativa do impacto da COVID-19 nas mulheres em função da idade, tendo em consideração o quociente de mortalidade (2017-2019) e taxa de mortalidade por COVID-19

12

FIGURA 7

Existência de comorbilidades entre os indivíduos aos quais foi diagnosticada COVID-19

13

FIGURA 8

Existência de comorbilidades nos casos de COVID-19 que resultaram em óbito

14

FIGURA 9

Proporção de ERPI sem visitas, com 15 ou menos dias com visitas permitidas e com mais de 15 dias de visitas permitidas, por mês

19

II

Índice
de figuras

FIGURA 10		
Percentagem da população idosa com vacinação completa (2 doses)		21
FIGURA 11		
Local de tratamento dos casos de COVID-19 das ERPI		24
FIGURA 12		
Casos confirmados de COVID-19 entre residentes e funcionários das ERPI, total acumulado		26
FIGURA 13		
Casos de COVID-19 registados em Portugal até 22 de abril de 2021, total acumulado (milhares)		27
FIGURA 14		
Registo de surtos em ERPI até 28 de fevereiro de 2021, por número de surtos		29
FIGURA 15		
Prevalência nas ERPI que registaram surtos (%)		30
FIGURA 16		
Origem reportada do 1º caso de COVID-19 registado entre os residentes em 2020		31
FIGURA 17		
Gravidade dos casos de COVID-19 reportada pelas ERPI (%)		32
FIGURA 18		
Taxa de mortalidade nas ERPI com Acordos de Cooperação com a Segurança Social, por mês (janeiro 2015- abril 2021)		36
FIGURA 19		
Estado do processo de vacinação nas ERPI a 28 de fevereiro de 2021		37
FIGURA 20		
Local de óbito por COVID-19 dos residentes da ERPI		37

Índice de tabelas

TABELA 1	
Rotatividade dos trabalhadores das ERPI em 2019 e 2020	20
TABELA 2	
Incidência cumulativa e letalidade por COVID-19 na população e nas ERPI a 8 de maio de 2021	27
TABELA 3	
Incidência de casos de COVID-19 na população e nas ERPI, segundo a idade	28
TABELA 4	
Incidência cumulativa e letalidade por COVID-19 na população e nas ERPI a 8 de maio de 2021	33
TABELA 5	
Letalidade das infecções com SARS-Cov-2, por escalão etário na população e entre os residentes nas ERPI	33
TABELA 6	
Média das taxas de mortalidade mensais registadas nas ERPI com Acordo de Cooperação (%)	35
TABELA 7	
Cálculo dos ponderadores iniciais da amostra por natureza	51
TABELA 8	
Cálculo do ponderador estratificado e ponderador final	52
TABELA 9	
Ocorrência de surtos de COVID-19 – modelos de regressão bivariado e multivariado	54
TABELA 10	
Prevalência de COVID-19 nas ERPI – modelos de regressão <i>bivariado e multivariado</i>	58

IV

Glossário
de acrónimos

Glossário de acrónimos

ABC	Algarve Biomedical Centre
ALI	Associação de Lares e Casas de Repouso de Idosos
BIR	Brigadas de Intervenção Rápida
CD	Centro de Dia
CNIS	Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade
CoLABOR	Laboratório Colaborativo para o Trabalho Emprego e Proteção Social
CPSS	Comissão Permanente do Setor Social e Solidário
DGS	Direção Geral de Saúde
EAR	Estruturas de Apoio de Retaguarda
ERPI	Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas
GEP	Gabinete de Estratégia e Planeamento
GPE	Gabinete de Planeamento e Estratégia
IEFP	Instituto do Emprego e Formação Profissional
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
ISS-IP	Instituto da Segurança Social, I.P
MAREESS	Medida de Apoio ao Reforço de Emergência de Equipamentos Sociais e de Saúde
MERS	Síndrome Respiratória do Médio Oriente
MTSSS	Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
PARES	Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais
PNV	Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19
QM	Quociente de Mortalidade
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados integrados
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SCML	Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TMC19	Taxa de Mortalidade Causada pela COVID-19
UCC	Unidades de Cuidados Continuados
ULDM	Unidades de Longa Duração e Manutenção
UMP	União das Misericórdias Portuguesas

V

Agradecimentos

Agradecimentos

Este projeto é fruto dos tempos que vivemos. Nasceu de uma ideia do Pedro Adão e Silva, no início da pandemia, em abril de 2020, que prontamente foi acolhida pelos nossos Associados CNIS, nas pessoas do Padre Lino Maia e Henrique Rodrigues, e da SCML, com o apoio do Provedor Edmundo Martinho e a dedicação do João Afonso. Desde a primeira hora coube ao Manuel Carvalho da Silva a mobilização e articulação de todas as diligências, com destaque para a obtenção do apoio institucional das autoridades oficiais, destacando-se neste domínio o Diretor-Geral do GEP, José Luís Albuquerque, e também a Catarina Marcelino, Vice-Presidente do ISS-IP, e as Diretoras Elisabete Mateus e Maria Inês Amaro do mesmo instituto. Todas e todos merecem o devido agradecimento. Ao nível técnico queremos ainda demonstrar a nossa gratidão pela disponibilidade e apoio prestado no âmbito da informação da Carta Social pela Antonieta Ministro, Diretora de Serviços no GEP, e por toda a informação e dados relativos à COVID-19, tanto nas ERPI como na RNCCI, domínio no qual o contributo da Tânia Fernandes, Diretora da Unidade de Planeamento e Controlo da Gestão do GPE do ISS-IP, foi determinante para a prossecução deste estudo.

Em relação aos parceiros deste estudo, é fundamental referir que tivemos o privilégio de contar com a sua participação ativa, pelo que o questionário que serviu de base ao estudo muito beneficiou da sua experiência. Neste domínio destacamos as inúmeras reuniões havidas e os contributos escritos enviados por todos, com destaque para a Ana Rodrigues, sempre disponível e solidária, Mafalda Jesus e Patrícia Monteiro da CNIS, Fernanda Carrasco da SCML e ainda a consultoria na área da saúde pública por parte do Jorge Torgal, como especialista e diretor clínico da SCML. Naturalmente aplica-se o habitual *disclaimer*. A responsabilidade pelo conteúdo do relatório é exclusivamente do CoLABOR.

Dentro do CoLABOR, temos ainda que agradecer o apoio e os contributos técnicos dos nossos colegas ao longo do projeto, principalmente à Tatiana Marques que foi fundamental na operacionalização da aplicação do questionário, e na revisão da literatura e informação sobre as ERPI em Portugal, e do Pedro Almeida Vieira pela exaustiva de análise todos os dados disponíveis sobre a pandemia, com resultados muito relevantes para a incidência e letalidade e a sua variação por grupos etários ao longo do tempo. Queremos ainda agradecer ao Luís Manso por todo o apoio prestado ao nível das bases de dados e contributo com os modelos de análise estatística. Também aqui, as limitações na sua aplicação ou no alcance dos resultados

VI

Agradecimentos

decorrem da própria natureza e qualidade dos dados e não da análise empreendida. Por fim, agradecemos o contributo da Tânia Almeida, na parte da revisão jurídica, e do Paulo Pedroso, que substituiu o Pedro Adão e Silva e acabou por ficar responsável pela conceção e supervisão deste resultado final.

Os autores: Daniel Carolo, Pedro Estevão e Jena Santi.

Resumo

O estudo tem como objetivo avaliar o impacto da pandemia COVID-19 nas estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI), partindo da análise de fatores sociodemográficos, territoriais e organizacionais.

O estudo recorreu a dois tipos de fontes. Em primeiro lugar, dados oficiais provenientes do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), fornecida pela Direção Geral de Saúde (DGS), e informação de caracterização da rede ERPI e também de cariz epidemiológico cedida pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (GEP-MTSSS) e pelo Instituto da Segurança Social (ISS-IP). Em segundo lugar, a aplicação de um inquérito online ao universo de ERPI e de Unidades de Longa Duração e Manutenção da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrado (ULDM-RNCCI) em Portugal Continental.

O estudo apresenta duas conclusões principais. A primeira conclusão é que tanto a prevalência como a letalidade por COVID-19 entre os utentes das ERPI são significativamente mais elevadas do que as da restante população idosa – e também relativamente aos utentes das ULDM. A segunda conclusão é que as variáveis relativas às medidas de prevenção e resposta – equipas-espelho; equipas-casulo; restrição de circulação na proibição de visitas de familiares; existência de equipamentos de proteção individual; capacidade de criação de áreas diferenciadas; recurso a programas de apoio do IEFP entre outras – parecem não ter tido um impacto significativo na explicação da variação na ocorrência de surtos e na variação da prevalência entre diferentes instituições.

Palavras-chave: Cuidados de Longa Duração, Lares de Idosos, Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), COVID-19.

Abstract

The study aims to assess the impact of the COVID-19 pandemic on residential facilities for the elderly (ERPI), based on the analysis of sociodemographic, territorial and organizational factors.

The study used two types of sources. First, official data from the National System for Epidemiological Surveillance (SINAVE), provided by the Directorate-General of Health (DGS), and epidemiological information on the ERPI network provided by the

2

Resumo Abstract

Strategy and Planning Office of the Ministry of Labour, Solidarity and Social Security (GEP-MTSSS) and the Social Security Institute (ISS-IP). Secondly, the application of an online survey to the universe of ERPs and Long Term Care and Maintenance Units of the National Network for Integrated Continuous Care (ULDM-RNCCI) in mainland Portugal.

The study presents two main conclusions. The first conclusion is that both the prevalence and the lethality by COVID-19 among the users of ERPI are significantly higher than those of the remaining elderly population - and relative to the users of ULDM. The second conclusion is that the variables related to prevention and response measures - mirror-teams; co-coon-teams; restriction of movement and prohibition of family visits; existence of personal protective equipment; ability to create differentiated areas; use of IEFP support programs, among others - do not seem to have had a significant impact in explaining the variation in the occurrence of outbreaks and the variation in prevalence between different institutions.

Keywords: Long-term care, nursing homes, residential structures for the elderly (ERPI), national network of long-term care provision (RNCCI), COVID-19.

Este texto foi submetido a revisão científica interna.

Os autores não têm conflito de interesses a declarar.

As análises, opiniões e conclusões nele expressas são da exclusiva responsabilidade dos autores.

Os associados/parceiros/financiadores não tiveram acesso aos dados.

O CoLABOR garante o anonimato e a confidencialidade de toda a informação recolhida e assegura que a sua utilização se fará exclusivamente para fins científicos.

Sumário

O estudo sobre “O Impacto da COVID-19 nos Lares de Idosos” foi desenvolvido pelo Laboratório Colaborativo para o Trabalho, Emprego e Proteção Social (CoLABOR) em parceria com a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) e a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS), e mereceu o apoio institucional do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS), em particular do Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) e do Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS-IP) e de todos os parceiros com representação na Comissão Permanente do Setor Social e Solidário (CPSS).

O objetivo do estudo foi avaliar o impacto da pandemia COVID-19 nas estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI), com base em fatores sociodemográficos, territoriais e organizacionais.

Para alcançar este objetivo, o estudo recorreu a dois tipos de fontes. Em primeiro lugar, dados oficiais provenientes de diversas fontes, nomeadamente: a base de dados epidemiológica Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), fornecida pela Direção Geral de Saúde (DGS); a listagem das ERPI (instituições e vagas) e informação de cariz epidemiológico (evolução do número de casos e óbitos), através do GEP e ISS-IP. Em segundo lugar, a aplicação de um inquérito online a todo o universo de ERPI e Unidades de Longa Duração e Manutenção da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrado (ULDM-RNCCI) em Portugal Continental, tendo como referência uma lista fornecida pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS). A base de dados final deste inquérito é composta por 818 respostas de ERPI de um universo de 2 512 ERPI e 50 de ULDM-RNCCI de um universo de 188.

A apresentação do relatório do estudo está estruturada em dois capítulos.

No capítulo 1 analisamos os efeitos da pandemia na população em geral, segundo os indicadores epidemiológicos principais – incidência (n.º de casos); letalidade (n.º de óbitos/n.º de casos) e mortalidade (variação homóloga com período pré-pandemia) –, com particular atenção à evolução da pandemia ao longo do período de análise – março de 2020 a fevereiro de 2021 – e procurando analisar os seus efeitos por diferentes escalões etários.

O Capítulo 2 concentra-se no impacto da COVID-19 nos lares de idosos. O capítulo começa por apresentar uma descrição das medidas de prevenção e resposta introduzidas nas ERPI e ULDM. O dispositivo cons-

4

Sumário

truído para gerir a pandemia assentou em três pilares: a prevenção do contágio dos residentes em ERPI; o reforço dos recursos materiais e humanos das ERPI; e a relação com o SNS na eventualidade de deteção de casos de COVID-19 entre os residentes. De seguida, é apresentada uma análise estatística do impacto da COVID-19 nos lares de idosos segundo os indicadores epidemiológicos analisados no Capítulo 1 – prevalência, mortalidade e letalidade.

O estudo apresenta duas conclusões principais. A primeira conclusão é que tanto a prevalência como a letalidade por COVID-19 entre os utentes das ERPI são significativamente mais elevadas do que as da restante população idosa – e também relativamente aos utentes das ULDM. A segunda conclusão é que as variáveis relativas às medidas de prevenção e resposta – equipas-espelho; equipas-casulo; restrição de circulação na proibição de visitas de familiares; existência de equipamentos de proteção individual; capacidade de criação de áreas diferenciadas; recurso a programas de apoio do IEFP, às EAR, às Brigadas ou à Linha Covid Lares; etc. – parecem não ter tido um impacto significativo na explicação da variação na ocorrência de surtos e na variação da prevalência entre diferentes instituições.

CAPÍTULO 1

A COVID-19 e o seu impacto no mundo e em Portugal

CAPÍTULO 1

A COVID-19 e o seu impacto no mundo e em Portugal

1.1 AS CARACTERÍSTICAS DA COVID-19 E A EVOLUÇÃO MUNDIAL DA PANDEMIA

A COVID-19 é uma doença causada pelo SARS-CoV-2, um vírus da família dos coronavírus, que inclui desde os vírus responsáveis por doenças comuns do sistema respiratório – como a constipação – até a doenças mais raras e graves – como a síndrome respiratória aguda grave (SARS) ou a síndrome respiratória do Médio Oriente (MERS) (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2020).

Os primeiros casos de COVID-19 registaram-se na cidade chinesa de Wuhan no início de dezembro de 2019. Daí, a doença espalhou-se rapidamente por todo o mundo. A 25 de fevereiro de 2020, estavam já identificados casos em todas as seis regiões da Organização Mundial de Saúde (OMS) – América, Europa, Mediterrâneo Oriental, África, Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental. A 11 de março, a OMS declarava a COVID-19 como uma pandemia – a primeira vez que tal sucedia com uma doença associada a um coronavírus (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2020a). No final de abril, o número acumulado de casos a nível mundial atingia já os 3,1 milhões e continuaria a crescer, fixando-se em cerca de 83 milhões no final do ano de 2020.

A OMS estima em cerca de 1,8 milhões o número de mortos por COVID-19 no mundo em 2020 (Organização Mundial da Saúde, 2021). Embora certamente impressionante, este número tem de ser visto no contexto da mortalidade das doenças do trato respiratório inferior, na qual a COVID-19 se insere. Recorde-se que estas doenças provocaram cerca de 2,6 milhões de mortos a nível mundial em 2019 – tornando-as a quarta maior causa de morte a nível mundial nesse ano, atrás apenas das doenças pulmonares obstrutivas crónicas (cerca de 3,0 milhões de mortos), dos acidentes vasculares cerebrais (6,4 milhões de mortes) e das doenças cardíacas isquémicas (8,9 milhões de mortes) (Organização Mundial da Saúde, 2020b).

As dificuldades colocadas pela COVID-19 não decorrem tanto da sua sintomatologia, sintomas semelhantes ao da gripe ou da pneumonia – tal como febre, tosse, dificuldade de respirar ou nariz congestionado –,

ou da complexidade do tratamento de casos individuais (CDC, 2020). O que torna a COVID-19 um desafio do ponto de vista sanitário são duas outras das suas características. A primeira é o *modo e facilidade de transmissão da doença*. A COVID-19 transmite-se por via aérea, sendo que as partículas virais expelidas pela respiração, fala, tosse ou espirro da pessoa infetada subsistem fora do organismo humano por um tempo anormalmente longo – o que permite a sua acumulação e o decorrente aumento da probabilidade de contágio, em especial em espaços fechados (Thomas, 2020). Tal favorece situações de crescimento muito rápido do número de infeções num dado território a partir de um grupo inicial reduzido de doentes. Logo, a probabilidade de complicações sérias num caso isolado de COVID-19 pode muito bem ser baixa. Todavia, a ocorrência de um número maciço de casos pode gerar situações graves suficientes para sobrecarregar a capacidade das estruturas de provisão de cuidados de saúde existentes nesse território e, conseqüentemente, levá-las ao ponto de colapso. Quanto mais frágil for esta estrutura, mais depressa será colocada em causa a sua capacidade de diagnóstico, tratamento e acompanhamento tanto dos casos de COVID-19 como de outras doenças. Daqui decorrerá necessariamente um aumento no número de mortes que seriam, noutras condições, evitáveis.

A segunda característica chave da COVID-19, do ponto de vista sanitário, é a *forma desproporcional* como os casos graves se distribuem entre a população infetada. Como também veremos abaixo, a baixa letalidade geral da COVID-19 esconde grandes assimetrias associadas à idade e à pré-existência de comorbilidades graves.

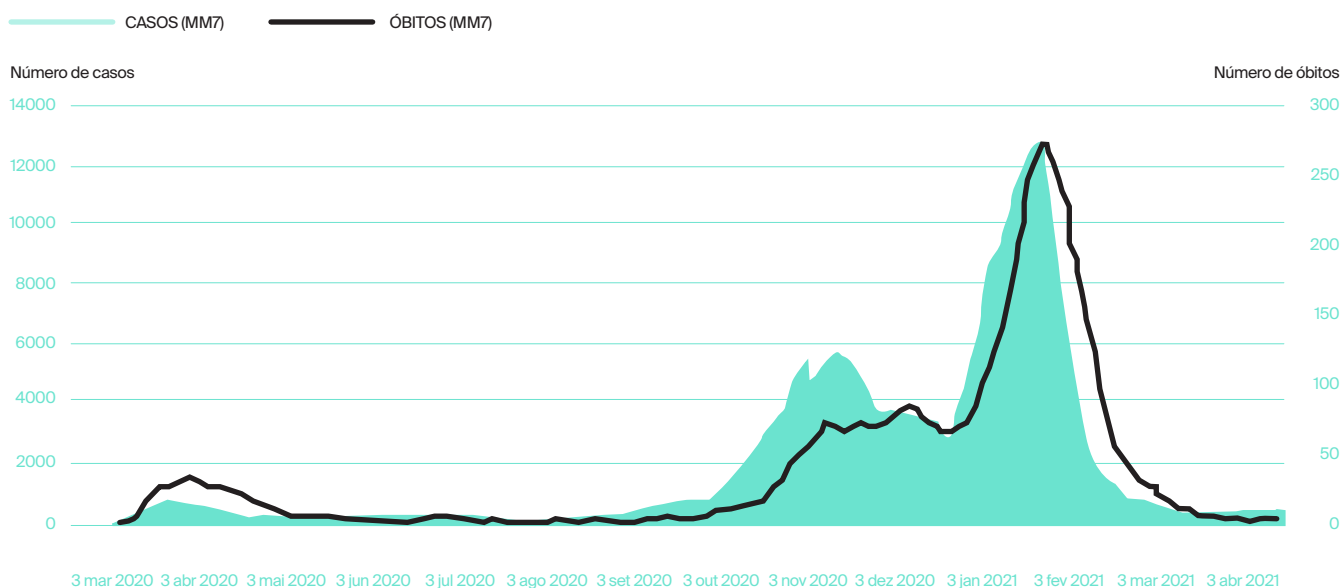
Ambas as características – a rapidez do contágio e a concentração de casos graves em alguns segmentos da população – irão revelar-se críticas para o impacto desta doença nos lares de idosos.

1.2 A EVOLUÇÃO DA PANDEMIA EM PORTUGAL

De acordo com os dados do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) cedidos pela Direção-Geral da Saúde, foram oficialmente registados 833 934 casos de COVID-19 em Portugal e 16 338 mortes atribuídas à doença entre 2 de março de 2020, dia do anúncio do primeiro caso de COVID-19 em território nacional, e 22 de abril de 2021, o que corresponde ao período crítico da pandemia: do início ao pico da infeção, que culminou com a vacinação da população mais vulnerável.

Conforme se pode verificar na Figura 1, os casos e óbitos atribuídos à COVID-19 não se distribuíram uniformemente ao longo dos 14 meses considerados, antes configurando três vagas pandémicas, cada uma mais grave do que a anterior:

Figura 1. Evolução dos novos casos e dos óbitos atribuídos à COVID-19, entre março de 2020 e abril de 2021 (médias móveis a 7 dias)



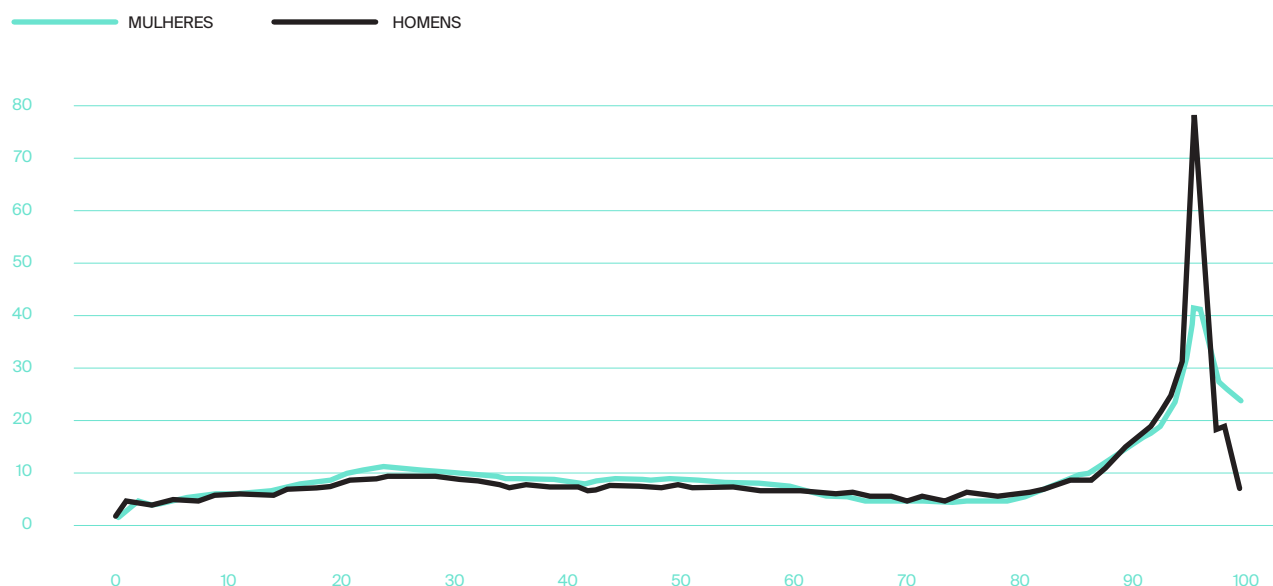
Fonte: SINAVE.

- Uma primeira vaga entre o início de abril e o final de maio de 2020, de uma dimensão que seria depois esmagada pelas vagas seguintes, com média móvel a 7 dias de novos casos a nunca ultrapassar os 800 e a de mortes a nunca ultrapassar as 35;
- Uma segunda vaga entre meados de outubro de 2020 e meados de dezembro do mesmo ano, com a média móvel a 7 dias de novos casos a atingir um pico de 5 848 e a de mortes os 74, três dias antes;
- Uma terceira vaga, de longe a mais grave, centrada no mês de janeiro de 2021, em que a média móvel a 7 dias de novos casos atingiu um máximo de 12 822 e a de mortes os 287. ¹

Mas, se a distribuição dos casos de COVID-19 não foi homogénea ao longo do tempo, a doença também não afetou toda a população da mesma forma. Na realidade, os efeitos da COVID-19 são profundamente assimétricos ao longo de três dimensões: o sexo dos indivíduos, a sua idade e o seu estado de saúde prévio.

¹ Como referência para a magnitude destes números, deve referir-se que, de acordo com os dados do Sistema Informático de Certificados de Óbito (SICO), a média diária de óbitos no mês de janeiro entre 2009 e 2019 cifrou-se em 378, a do mês de abril no mesmo período em 297 e a de novembro em 291. Ou seja, se nas primeira e segunda vagas o número de óbitos não constituía um desvio demasiado marcado face à mortalidade habitual na década anterior, a situação mudou radicalmente na terceira vaga. Aqui, só a média de óbitos atribuídos à COVID-19 em janeiro de 2021 aproximou-se da média de óbitos totais nos meses homólogos de 2009 a 2021, contribuindo para uma média diária de óbitos neste mês de 634.

Figura 2. Incidência cumulativa, por idade, entre março 2020 e abril de 2021 (%)



Fonte: SINAVE: casos positivos; INE: estimativas da população em 2019.

Começando pela idade, discutiremos três indicadores fundamentais, combinando os dados do SINAVE e das estimativas da população do Instituto Nacional de Estatística (INE) para 2019:

- a incidência cumulativa, medida pela proporção de casos de doença na população;
- a taxa de letalidade, medida pela proporção de óbitos na população doente;
- a taxa de mortalidade, medida pela proporção de óbitos no total da população.

A incidência cumulativa de COVID-19 na população durante o período de março de 2020 a abril de 2021 situou-se nos 8,1%. Se olharmos para a Figura 2 verificamos, todavia, que ela não é idêntica em todos os escalões etários. Podemos distinguir, grosso modo, três grupos:

- as crianças e adolescentes e os adultos entre os 65 e os 80 anos, tendencialmente já reformados, que apresentam uma incidência cumulativa inferior à geral, próximo dos 5%;
- os adultos em idade ativa, onde a incidência cumulativa é ligeiramente superior à geral, oscilando em torno dos 10%;
- e, sobretudo, os idosos com idade superior a 80 anos, onde a incidência cumulativa rapidamente dispara, atingindo valores de 40% para as mulheres e de 80% para os homens com mais de 90 anos.

10

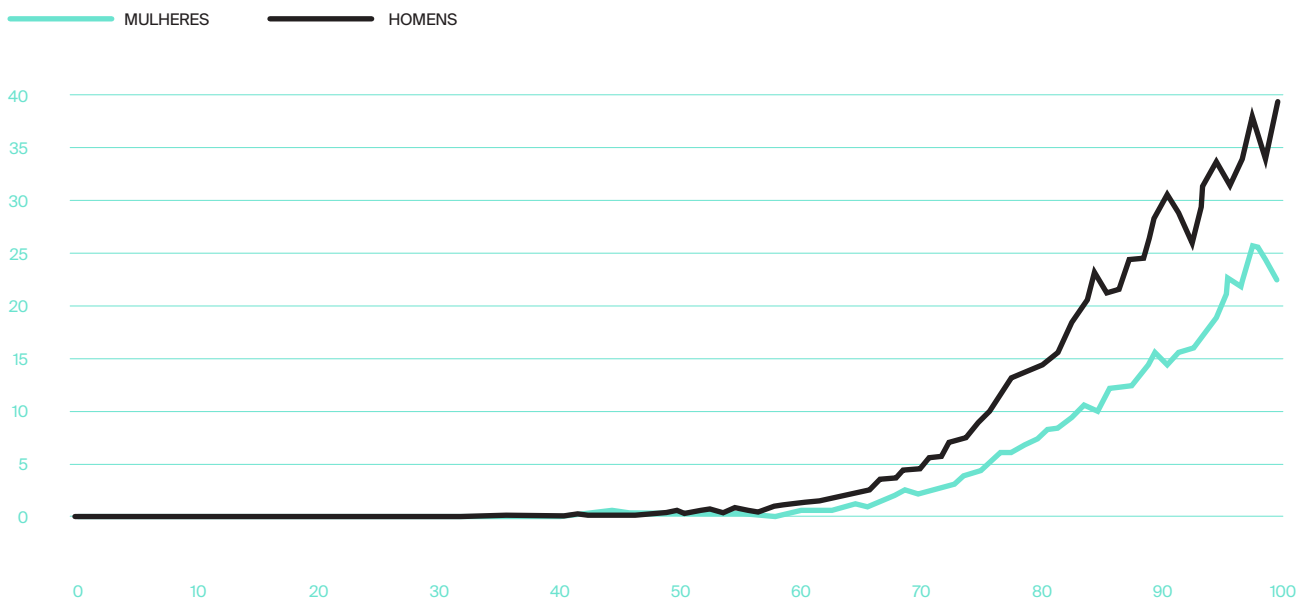
Capítulo 1 A COVID-19 E O SEU IMPACTO NO MUNDO E EM PORTUGAL

Na base destas diferenças poderão estar os espaços de permanência/residência preferenciais dentro destes grupos etários. Se tal for o caso, então estamos perante um primeiro indício da vulnerabilidade extrema dos lares de idosos à COVID-19, dado que estes são espaço de residência de uma proporção elevada de pessoas idosas com mais de 80 anos.

Assim, o encerramento compulsivo das escolas durante a primeira e terceira vagas pandémicas e a maior facilidade de permanecer em casa, entre os idosos reformados até aos 80 anos, poderiam explicar uma incidência cumulativa inferior, enquanto a necessidade de deslocação e permanência no local de trabalho poderia explicar os valores ligeiramente superiores à taxa geral registados entre os adultos em idade ativa.

Igualmente enfático é o efeito da idade sobre a taxa de letalidade, ou seja, o número de mortes que resulta do total de casos diagnosticados, relativamente a uma determinada doença. Se olharmos para a Figura 3, verificamos que a proporção de casos fatais de COVID-19 no período em análise é praticamente nula em indivíduos até aos 40 anos de idade e mantem-se em valores extremamente baixos até aos 50 anos de idade. Só a partir deste limiar encontramos taxas de letalidade relevantes, sendo que a letalidade dispara a partir dos 65

Figura 3. Taxa de letalidade causada pela COVID-19, por idade, entre março 2020 e abril de 2021 (%)



Fonte: SINAVE: casos positivos e mortalidade.

anos: para os homens, atinge 4,7% aos 70 anos, 15,1% aos 80 anos e 28,1% aos 90 anos. Para as mulheres, 2,1% aos 70 anos, 7,4% aos 80 anos e 15% aos 90 anos. Ou seja, a letalidade da COVID-19 mostra um padrão similar ao da letalidade da globalidade das doenças e infeções mortais, com níveis letalidade significativos a registarem-se apenas nas idades mais avançadas – e especialmente entre os homens.

Também no que respeita à taxa de mortalidade é importante considerar não apenas o contributo dos óbitos da COVID-19 para mortalidade total, mas também como esse contributo varia nos diferentes escalões etários. Com efeito, o *quociente de mortalidade* – isto é, a probabilidade de morte no prazo de um ano – está fortemente correlacionada com a idade, sendo muito mais elevado em idades avançadas.

A Figura 4 mostra a evolução da mortalidade diária entre março de 2020 e fevereiro de 2021 por comparação com a média nos cinco anos anteriores nos dias homólogos. Este gráfico mostra que a mortalidade diária neste período é quase sempre superior à média. Todavia, esta diferença não é demasiado expressiva durante as duas primeiras vagas da pandemia de COVID-19 – ao ponto de os seus valores máximos se equipararem aos que foram registadas em julho e que estiveram associadas a um pico anormal de calor e não à COVID-19 (Instituto Português do Mar e da Atmosfera, 2020). É só com a terceira vaga da pandemia, em janeiro de 2021, que detetamos a um registo anormal, com a mortalidade diária a meio de janeiro a duplicar em relação aos dias homólogos dos cinco anos anteriores.

Figura 4. Mortalidade total no primeiro ano da pandemia, entre março de 2020 e fevereiro de 2021 face à média dos cinco anos anteriores

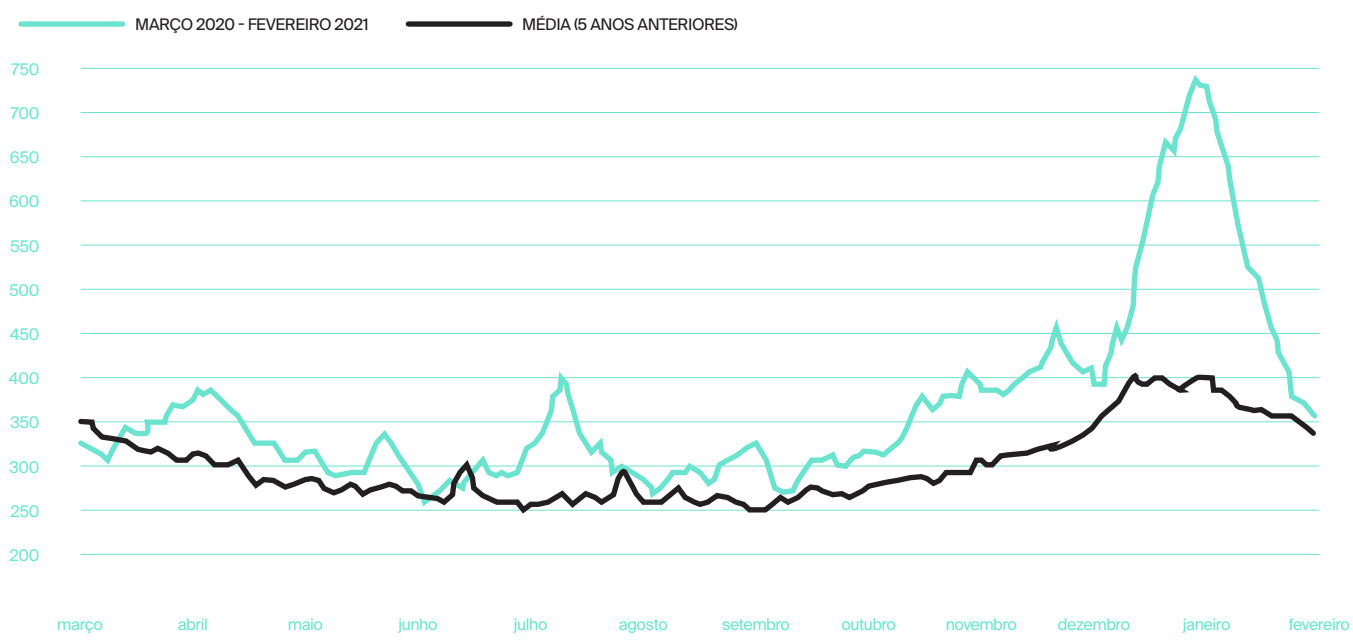
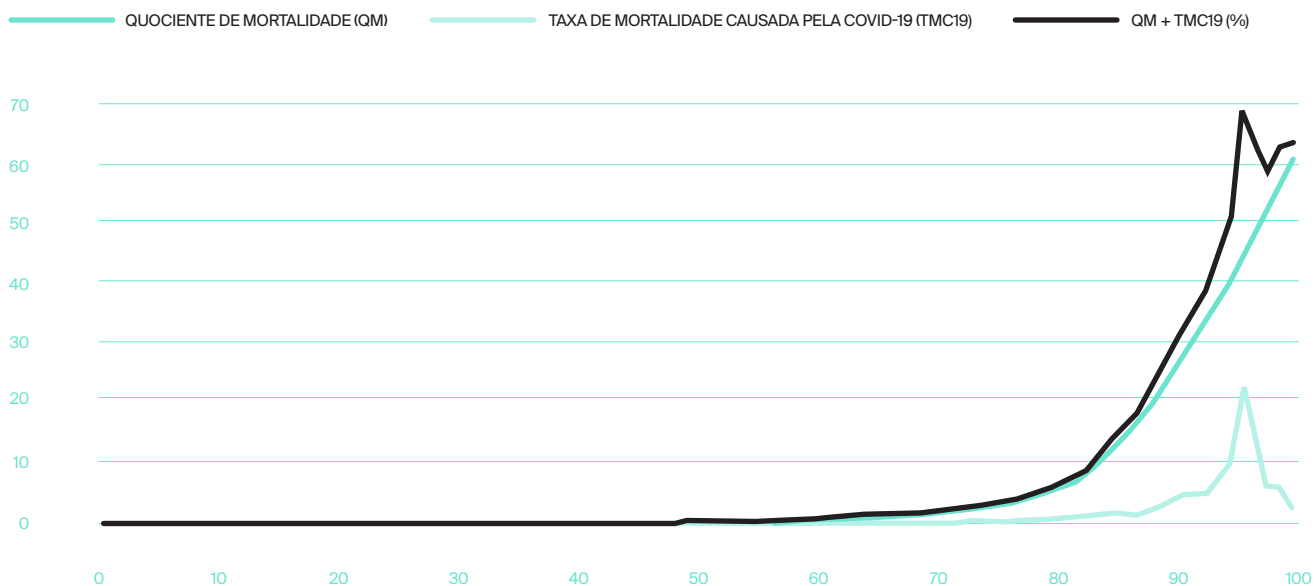
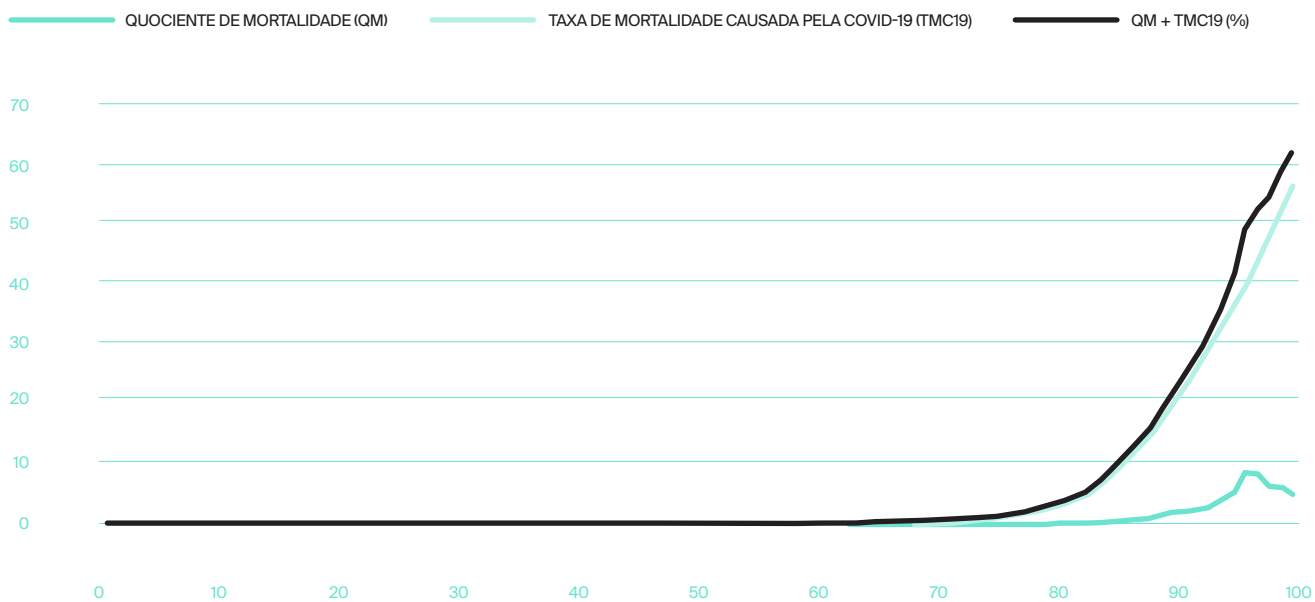


Figura 5. Estimativa do impacto da COVID-19 nos homens em função da idade, tendo em consideração o quociente de mortalidade (2017-2019) e taxa de mortalidade por COVID-19



Fonte: SINAVE e INE.

Figura 6. Estimativa do impacto da COVID-19 nas mulheres em função da idade, tendo em consideração o quociente de mortalidade (2017-2019) e taxa de mortalidade por COVID-19

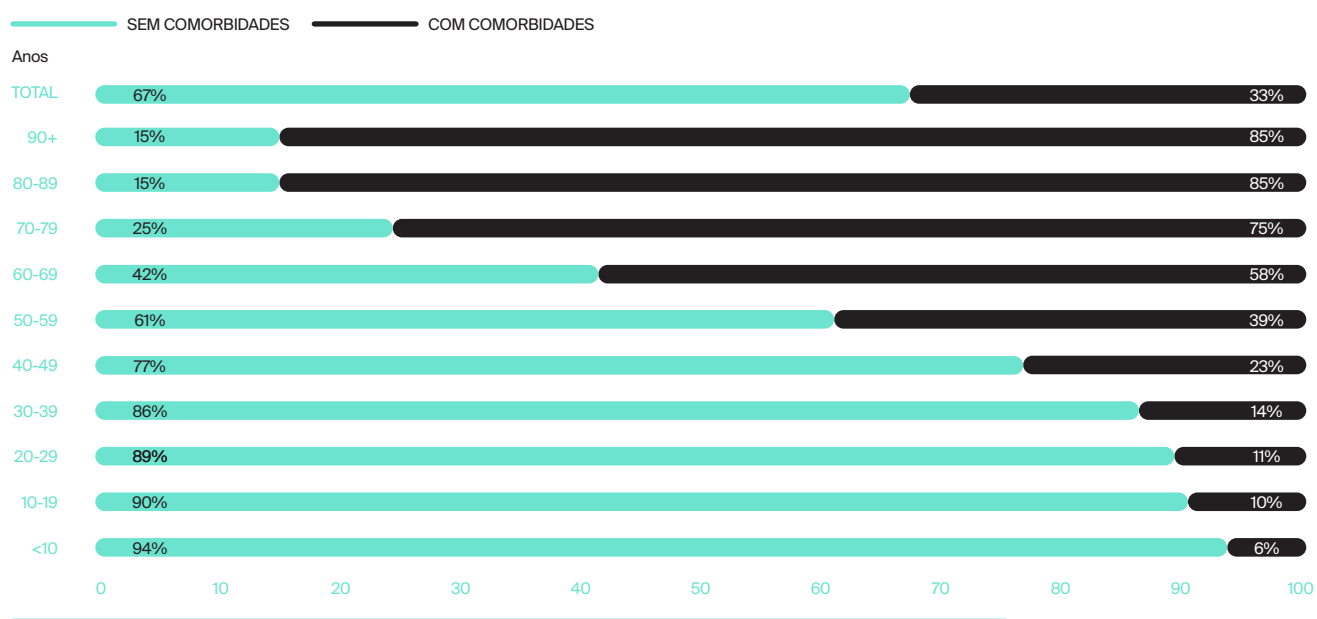


Fonte: SINAVE e INE.

Por conseguinte, só quando relacionamos o quociente de mortalidade com a taxa de mortalidade causada pela COVID-19 é que se revelam as faixas etárias onde o contributo da COVID-19 é notório, ou seja, onde nos apercebemos da existência de um excesso de mortalidade (Figuras 5 e 6). Tal como já acontecia com a taxa de letalidade (Figura 3), com base nos dados do SINAVE, verificamos que a pandemia terá tido um impacto irrelevante ou nulo no quociente de mortalidade até aos 40 anos; pouco significativo (inferior a 10%, mas sobre valores iniciais já de si ainda bastante baixos) entre os 40 e os 60 anos; e ligeiramente superior a 10% nas idades mais avançadas. Na realidade, foi a partir dos 80 anos, e em especial no grupo dos nonagenários (e dos poucos centenários), que a COVID-19 terá mostrado efeitos mais visíveis como agravante de mortalidade. Note-se ainda que este efeito foi significativamente mais relevante nos homens do que nas mulheres, tal como se verifica na Figura 5 e na Figura 6.

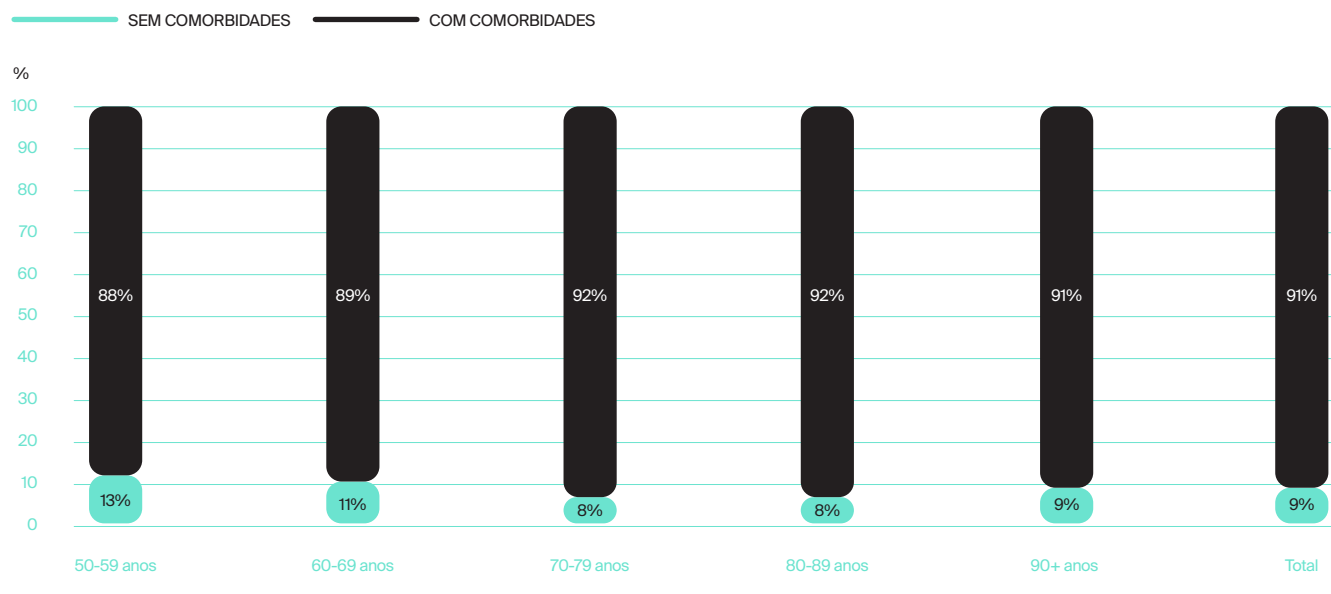
Para além da idade, outro fator com influência clara na letalidade por COVID-19 é o estado de saúde. Para além dos dados de caracterização básica do doente (idade, sexo e concelho de residência) e do desfecho da doença (óbito ou não óbito), a base de casos do SINAVE incluía o registo de doenças prévias (quando conhecidas) à infeção por COVID-19, usualmente designadas por *comorbilidades*. Como seria de esperar, a existência de comorbilidades cresce com a idade, como se pode verificar na Figura 7. Se 11% das pessoas entre os 20 e os 29 anos que foram diagnosticadas com COVID-19 tinham comorbilidades, essa proporção cresce para 39% entre os 50 e os 59 anos e atingirá os 85% para os que têm mais de 80 anos.

Figura 7. Existência de comorbilidades entre os indivíduos aos quais foi diagnosticada COVID-19



Fonte: SINAVE, cálculos próprios.

Figura 8. Existência de comorbilidades nos casos de COVID-19 que resultaram em óbito



Fonte: SINAVE, cálculos próprios.

Quando consideramos estas características, torna-se evidente a importância crítica das comorbilidades para a gravidade das consequências da infeção pelo SARS-Cov-2.² Segundo os dados do SINAVE, apenas 9% dos óbitos atribuídos à COVID-19 envolveram pessoas sem registo de comorbilidades, sendo que esta proporção varia muito pouco entre as faixas etárias da população com 50 anos ou mais (Figura 8).³

Estes factos têm uma consequência fundamental do ponto de vista da definição e evolução das medidas de prevenção e de resposta à pandemia. Enquanto nos escalões mais jovens, os riscos de complicações sérias devidas à COVID-19 só são relevantes particularmente para pequenos segmentos – aqueles com problemas de saúde graves pré-existentes –, para a população com mais de 70 anos – e sobretudo com mais de 80 – esse risco é generalizado. Sabendo-se que a maioria da população residente em lares de idosos tem mais de 70 anos, resulta clara a importância decisiva da capacidade de prevenção e resposta face à COVID-19 destes equipamentos e dos serviços públicos que os suportam e que com eles interagem. Na realidade, o seu desempenho, sendo crucial para proteger os residentes dos lares, irá repercutir-se indubitavelmente na capacidade de contenção da propagação da pandemia e no minorar da respetiva letalidade. Desta forma, torna-se fundamental avaliar com maior detalhe tanto os fatores de risco como as medidas de resposta adotadas.

² É importante ter aqui em conta as falhas dos dados do SINAVE cedidos pela DGS. A informação simultânea para a idade e para a existência ou não de comorbilidades só está disponível para 29,5% dos casos de COVID-19 que resultaram em óbito. Mesmo assim, esta percentagem corresponde a 4824 óbitos, um número suficiente elevado para justificar as conclusões avançadas.

³ O número de óbitos de COVID-19 nas faixas mais jovens é muito reduzido e o daqueles para o qual existe informação simultânea para idade e existência de comorbilidades é insignificante, pelo que não se justifica a sua discriminação neste gráfico.

CAPÍTULO 2

Impacto da COVID-19 nos lares de idosos (ERPI)

CAPÍTULO 2

Impacto da COVID-19 nos lares de idosos (ERPI)

Como vimos no capítulo anterior, os óbitos atribuídos à COVID-19 concentram-se de forma desproporcional sobre escalões etários mais velhos – e, dentro destes, entre os indivíduos com comorbilidades pré-existentes. Partindo do pressuposto de que uma proporção significativa das pessoas idosas que residem em lares têm um estado de saúde debilitado, era expectável que se encontrasse aí uma proporção considerável de casos graves de COVID-19. Tal expectativa era, de resto, condizente com o que se verificou a nível internacional.⁴

Este capítulo é assim dedicado à descrição e avaliação das principais medidas de prevenção e resposta introduzidas nas ERPI e ULDM e à apresentação de um retrato estatístico do impacto da COVID-19 nos lares, em que se procura dar conta da abrangência e da gravidade da pandemia até maio de 2021.

Antes de começarmos, é importante referir os problemas relativos ao acesso e à qualidade dos dados oficiais existentes sobre o tema. A informação pública acerca da evolução geral da pandemia é abundante – como é exemplificado pelos boletins diários da DGS. Todavia, no que respeita ao universo das ERPI e ULDM, essa mesma informação é escassa e, quando disponibilizada, apresenta problemas de qualidade que impossibilitam uma análise sistemática. Tendo em conta estas limitações, foram utilizadas como fontes de informação ao longo do capítulo:

- Os dados reportados pelas próprias ERPI na plataforma POSIT desenvolvida e mantida pelo ISS-IP, ao longo do período temporal do estudo;
- Os dados do Inquérito CoLABOR ERPI.

Os dados do Inquérito CoLABOR ERPI foram trabalhados do ponto de vista descritivo, alimentando as secções seguintes. Além disso, serviram de base à construção e teste de modelos de regressão que procuram avaliar o impacto de um conjunto de fatores identificados na literatura internacional como influenciando a existência ou não de surtos e prevalência nas ERPI. As estimativas destes modelos podem ser consultadas no Anexo II.

⁴ Comas-Herrera et al. (2020), a partir de dados de 22 países, afirmam que 41% do total de óbitos ocorreu entre residentes de lares de idosos.

2.1 O DISPOSITIVO DE COMBATE À PANDEMIA NAS ERPI E ULDM

Conhecidos os padrões de incidência, ou prevalência, e de letalidade da COVID-19, bem como os principais fatores de risco associados à doença nos lares de idosos, o próximo passo é a avaliação da capacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde e da Segurança Social – se já de si importantes numa situação dita “normal”, sê-lo-ão ainda mais numa situação de calamidade – e a reconstrução do dispositivo que foi colocado no terreno para prevenir e responder a surtos de COVID-19 nas ERPI em Portugal, ou seja, analisar o vasto leque de medidas extraordinárias adotadas.

Tendo em conta as características da doença e a repercussão que esta tem sobre a população residente em lares, é fundamental a existência de uma boa capacidade de resposta no que diz respeito ao acesso aos cuidados de saúde, não só para lidar com a COVID-19 – resposta (Dean *et al.*, 2020) –, como com outras doenças que são comuns nesta população – prevenção (Gorges & Konetzka, 2020).

De acordo com o Inquérito CoLABOR ERPI (2021), 7% das ERPI nunca tiveram contacto com as autoridades de saúde (médico de família e/ou delegado de saúde pública). Ademais, apesar de legalmente ser um dever dos centros de saúde acompanharem as pessoas idosas, 7,3% dos residentes não têm médico de família e 52,8% não são acompanhados pelos profissionais de saúde do centro de saúde local.⁵ Esta informação sugere deficiências no acesso a cuidados de saúde primários.

É igualmente importante o contacto entre as ERPI e outras instituições, nomeadamente o Centro Distrital da Segurança Social e a Proteção Civil, no âmbito do combate à pandemia. Segundo o Inquérito CoLABOR ERPI (2021), 5% das ERPI nunca tiveram qualquer contacto com a Segurança Social e 28,5% nunca chegaram a ser contactadas pela Proteção Civil.

Analisando a legislação emitida pelo Governo e as orientações da Direção-Geral da Saúde (DGS), o dispositivo assentava em três pilares:

- A prevenção de contágio de residentes de ERPI e ULDM;
- O reforço dos recursos materiais e humanos das ERPI;
- A relação com o SNS em caso de deteção de casos de COVID-19 entre os residentes.

A informação sistemática sobre a implementação deste dispositivo é escassa, o que dificulta uma avaliação adequada da sua eficácia. Por exemplo, a DGS nunca disponibilizou dados que permitissem carac-

⁵ Artigo 278.º, n.º 3 da LOE de 2021 – “Os profissionais de saúde das unidades de saúde familiar e das unidades de cuidados de saúde personalizados dos agrupamentos de centros de saúde acompanham os utentes de estruturas residenciais para pessoas idosas e outras estruturas residenciais para pessoas dependentes, nos mesmos termos em que fazem o acompanhamento aos utentes da sua lista de inscritos.”

terizar casos, comorbilidades, internamentos e óbitos especificamente para residentes de lares. Nesta secção, além de apresentarmos o quadro de medidas que deu corpo a este dispositivo, limitar-nos-emos assim a apontar pontos fortes e fracos que o seu desenho e os dados do Inquérito CoLABOR ERPI (2021) permitem antecipar.

2.1.1 Prevenção do contágio de residentes em ERPI e ULDM

A prevenção do contágio de residentes de ERPI e ULDM assentou em quatro tipos de medidas: instituição de procedimentos básicos de prevenção; restrição de acesso e circulação de pessoas (residentes e não-residentes) nas ERPI e ULDM; testagem de funcionários e residentes; e, mais tarde, a vacinação. Os comportamentos básicos de prevenção foram dos primeiros a ser claramente estabelecidos. Logo a 11 de março de 2020, a DGS avançou com um conjunto de recomendações dirigidos às ERPI e às diferentes unidades da RNCCI, incluindo a etiqueta respiratória, a lavagem frequente de mãos, a manutenção do distanciamento físico mínimo ou a limpeza de superfícies, bem como o procedimento a adotar perante casos de infeção com Sars-COV-2 no interior da instituição. Esta orientação manter-se-á como a referência para estas instituições durante todo o período em estudo⁶.

De acordo com os dados do Inquérito CoLABOR ERPI (2021), todas as ERPI disponibilizaram equipamentos de proteção individual para os trabalhadores, fator identificado na literatura como relevante na prevenção da pandemia (ECDC Public Health Emergency Team et al., 2020). Relativamente aos residentes, 76% disponibilizou a todos os utentes, 14% disponibilizou a alguns e cerca de 10% não disponibilizou a nenhum.

O segundo tipo de medidas de prevenção de contágio envolve a regulação do acesso às ERPI e UCC da RNCCI. De longe, a forma mais visível desta regulação foi a suspensão de visitas de familiares e amigos aos residentes dos lares. Na realidade, a recomendação de suspensão generalizada das visitas apenas vigorou entre 13 de março e 17 de maio de 2021.⁷

Todavia, e como os dados do Inquérito CoLABOR ERPI (2021) demonstram, esta suspensão manteve-se na prática durante muito mais tempo, em parte por determinação administrativa, em parte por iniciativa das próprias instituições. É interessante, aliás, verificar que a orientação n.º 11/2020 da DGS estabelecia

⁶ Trata-se da orientação 009/2020 da DGS, datada de 11 de março de 2020. Só a 29 de abril de 2021 é publicada uma atualização desta orientação.

⁷ Cf. Comunicado do Conselho de Ministro de 13 de março de 2020 e Informação n.º 011/2020 de 11 de maio da DGS.

Figura 9. Proporção de ERPI sem visitas, com 15 ou menos dias com visitas permitidas e com mais de 15 dias de visitas permitidas, por mês



Fonte: Inquérito CoLABOR ERPI (2021).

um conjunto de procedimentos para a realização de visitas a pessoas idosas institucionalizadas. Apesar disto, a proibição de visitas por longos períodos de tempo constituiu-se como a resposta por defeito de muitas instituições. Se olharmos para a Figura 9, verificamos que, mesmo com números já muito baixos de casos no verão de 2020, 14% das ERPI declararam manter ainda visitas de familiares suspensas. E, se nunca se voltaram a atingir as dimensões verificadas em abril de 2020 – quando nove em cada dez ERPI tinham as visitas suspensas –, o outono de 2020 e o inverno voltaram a registar proporções muito elevadas de ERPI que não permitiram visitas de familiares – 25% em outubro, 35% em novembro, 29% em dezembro, 45% em janeiro e 53% em fevereiro de 2021. Este ponto é particularmente importante, uma vez que a suspensão prolongada de visitas ou de saídas dos residentes não pode deixar de ter repercussões sérias para a saúde mental e física das pessoas residentes nestas instituições (Luísa, 2021). Isto para não referir os casos dramáticos de pessoas cuja morte ocorreu neste período nas ERPI, como nos hospitais, que por força destas restrições condicionaram ou mesmo impediram visitas dos familiares nos últimos momentos de vida, restrições essas que inclusive se estenderam aos funerais.

Porém, o acesso dos familiares dos residentes não constituía o único possível vetor de contágio. Uma vulnerabilidade menos visível, mas nem por isso menos aguda, foi a circulação dos trabalhadores. A este respeito, importa ter em conta a rotatividade dos trabalhadores das ERPI.

Tabela 1. Rotatividade dos trabalhadores das ERPI em 2019 e 2020

Ano	Trabalhadores que entraram	Trabalhadores que saíram	Trabalhadores a 31/12/2020
2019	12 134	8 733	-
2020	12 775	9 489	70 044

Fonte: Inquérito CoLABOR ERPI (2021).

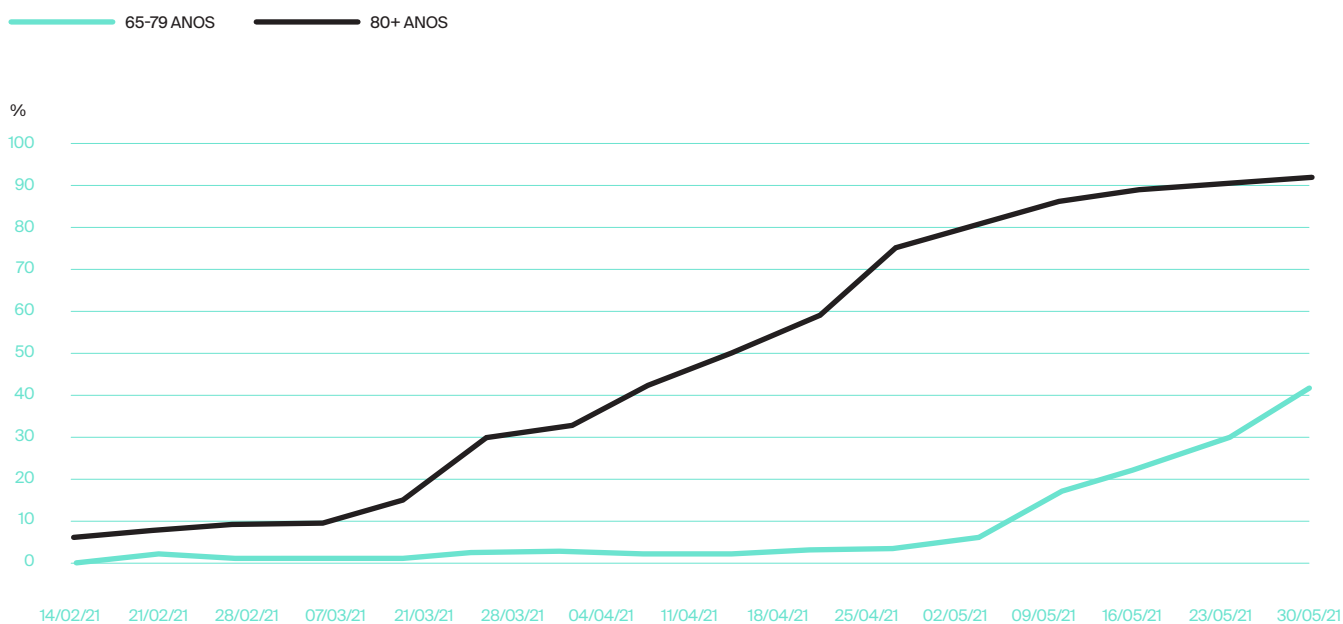
Como podemos ver na Tabela 1, uma proporção considerável – cerca de 18% – de trabalhadores das ERPI a 31 de dezembro de 2020 entraram ao serviço durante os 12 meses anteriores. Embora não disponhamos de informação sobre o grau de experiência destes trabalhadores no setor (em alguns casos, poderá tratar-se de trabalhadores que passam de uma instituição para outra), estes níveis não poderão deixar de ter consequências para a qualidade dos cuidados aos residentes – algo que é ainda mais crítico num contexto de pandemia.

O terceiro tipo de medidas de prevenção do contágio consiste na implementação de meios sistemáticos de testagem. A orientação n.º 009/2020 da DGS mencionava a testagem apenas a propósito da admissão de novos residentes ou utentes. É certo que terá havido ensaios de rastreio em lares em algumas regiões do país a partir de abril de 2020, como o que o Algarve Biomedical Centre (ABC) levou a cabo no Algarve e Baixo Alentejo no âmbito do programa “Heróis do teste” (ABC, 2021). Todavia, foi preciso esperar pelo despacho n.º 259/2021, de 8 de janeiro – ou seja, já em plena terceira vaga da pandemia –, para o estabelecimento de rastreios regulares nas ERPI e unidades da RNCCI com vista à identificação de casos de COVID-19. Ainda que compreensível numa fase inicial pela escassez e custo do material necessário aos testes, esta longa demora no estabelecimento da testagem sistemática num dos espaços mais atreitos – se não mesmo o espaço mais atreito – a casos graves de COVID-19, como são as ERPI, constitui, à partida, uma falha séria no dispositivo de combate à pandemia (Hashan et al., 2021; ECDC, 2020; Graham *et al.*, 2020).

O quarto elemento das medidas de prevenção foi a vacinação. O Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19 (PNV) foi estabelecido a 23 de dezembro de 2020⁸, tendo a vacinação das pessoas idosas nas ERPI sido iniciada a 4 de janeiro de 2021. A 30 de janeiro, a norma n.º 002/221 definirá como grupos prioritários os profissionais e os residentes das ERPI e das unidades da RNCCI.

A fase inicial da vacinação decorrerá ao ritmo descrito na Figura 10. No final da primeira semana de março de 2021, já com a terceira vaga da pandemia no seu fim, a percentagem de vacinações completas entre as pessoas idosas era ainda extremamente baixa, cifrando-se em 2% para a população entre os 65 e os 79 anos e em 10% para a população com 80 ou mais anos. No entanto, a partir daí, o dispositivo de vacinação aumentará consideravelmente a sua eficácia e o número de pessoas com vacinação completa crescerá rapidamente. Apenas dois meses depois, a 2 de maio, a proporção de vacinados entre a população com mais de 80 anos atingiria já os 82%. E se, nesta data, a proporção homóloga nas pessoas entre os 65 e os 79 anos era ainda de apenas 7%, também ela crescerá rapidamente, atingindo os 42% logo no final desse mês.

Figura 10. Percentagem da população idosa com vacinação completa (2 doses)



Fonte: DGS, Relatórios de vacinação semanais. <https://covid19.min-saude.pt/relatorio-de-vacinacao/>.

⁸ Portaria n.º 298/-B/2020, de 23 de dezembro.

Todavia, o Inquérito CoLABOR ERPI (2021) revela que, a 28 de fevereiro, 98% das ERPI já tinham iniciado o processo de vacinação e 69% tinham o processo de vacinação terminado – ou seja, no mínimo, cerca de 60 000 pessoas. Se considerarmos que, nesta data, a população com 65 anos ou mais que tinha vacinação completa totalizava 83 475 (Direção Geral da Saúde, 2021), conclui-se que a vacinação em lares foi preponderante durante este período inicial.

2.1.2 Reforço dos recursos das instituições

O segundo pilar do dispositivo de prevenção e combate à pandemia nos lares era composto pelas medidas de reforço dos recursos das instituições. A necessidade de reforço do quadro de trabalhadores das instituições era inteiramente previsível. Por um lado, a implementação de algumas medidas preventivas – como as equipas-espelho ou as equipas-casulo – requeria um número de trabalhadores mais elevado do que aquele de que as instituições dispunham antes da pandemia. Por outro lado, era expectável que o alastrar da pandemia levasse ao contágio de um número significativo de trabalhadores, obrigando ao seu isolamento profilático – e assim desfalcando os quadros de pessoal das instituições.

A primeira resposta governamental a dar corpo a este pilar foi a criação, a 31 de março de 2020, da Medida de Apoio ao Reforço de Emergência de Equipamentos Sociais e de Saúde (MAREESS).⁹ Assumidamente de “natureza temporária e excecional” e baseada em candidaturas de projetos pelas instituições, esta medida procurava captar trabalhadores – sobretudo desempregados inscritos no Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP) – para suprir as necessidades das ERPI.

A medida tinha de enfrentar as dificuldades de um traço estrutural do sistema de provisão de cuidados de longa duração. Tal como é identificado pela literatura, os salários baixos, a rotatividade de pessoal e a escassez de formação oferecida pelas instituições são problemas endémicos deste sector (Dykgraaf *et al.*, 2021; Hashan *et al.*, 2021). Medidas como a MAREESS enfrentavam assim o desafio de encontrar trabalhadores disponíveis para executar um trabalho já de si penoso e pouco valorizado, mas agora a decorrer num contexto de alarme sobre os efeitos da COVID-19. Mais ainda, incorriam no risco de introduzir nos lares trabalhadores sem experiência nem formação na área de cuidados a pessoas idosas – algo que trazia riscos acrescidos num contexto pandémico.

Tal poderá ajudar a explicar que a MAREESS, que previa à partida apenas a majoração das bolsas mensais pagas aos trabalhadores no âmbito de contratos emprego-inserção, tenha sofrido sucessivas alterações

⁹ Portaria n.º 82/2020, de 31 de março.

para a tornar mais atrativa para potenciais interessados – tanto trabalhadores como instituições. A primeira, datada de 30 de junho de 2020, introduz incentivos financeiros às instituições que contratem em definitivo estes trabalhadores.¹⁰ A segunda alteração, datada de 16 de setembro de 2020, passa a prever uma majoração adicional das bolsas mensais dos destinatários que realizem atividades mais qualificadas.¹¹ No final, segundo o Inquérito CoLABOR ERPI (2021), cerca de 46,6% das ERPI tinham recorrido a programas de apoio do IEF, no qual está incluído o MAREES, para reforçar o quadro de pessoal.

A segunda alteração contém ainda uma provisão adicional: a possibilidade de “mobilização da medida” para suportar financeiramente as Brigadas de Intervenção Rápida (BIR). As BIR, criadas a 4 de setembro de 2020, através de um protocolo entre o Instituto de Segurança Social (ISS-IP) e a Cruz Vermelha Portuguesa, operam numa lógica muito diferente da MAREESS. Em vez de assentarem na submissão fragmentada de candidaturas por parte das instituições, as BIR são equipas permanentes, compostas sobretudo por auxiliares e ajudantes de ação direta e complementadas por alguns profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e psicólogos), organizadas geograficamente e que podem ser convocadas de forma célere em caso de surto. Além disso, as BIR terão oferecido melhores condições de trabalho do que as constantes na MAREESS – pelo menos no caso dos enfermeiros.¹² De acordo com os resultados do Inquérito CoLABOR ERPI (2021), 23,1% das ERPI recorreram às BIR. Todavia, a falta de informação sobre a dotação orçamental e a execução financeira e física da MAREESS, bem como dos montantes canalizado para o protocolo de criação das BIR com a Cruz Vermelha Portuguesa, mais uma vez é impeditiva de qualquer esforço de avaliação da eficácia e da eficiência destas medidas.

Por sua vez, o elenco de apoios financeiros e técnicos excecionais a instituições que operam lares e outras respostas sociais foi estabelecido a 3 de abril de 2020, através da Portaria n.º 85-A/2020. Note-se que os apoios previstos nesta portaria se cingiam às entidades do Terceiro Setor, não se conhecendo medidas equivalentes para o setor privado.

Algumas das provisões da portaria limitam-se a explicitar o acesso destas instituições a medidas mais gerais, como o *layoff* simplificado ou a proteção de créditos ou, mais relevante para as ERPI no contexto da implementação de um confinamento, a equiparação dos seus trabalhadores a trabalhadores de serviços essenciais. Mas é sobretudo no plano financeiro que o documento se concentra, elencando um conjunto de medidas, incluindo: uma linha de financiamento para as instituições; a possibilidade de diferimento de

¹⁰ Portaria n.º 162/2020 de 30 de junho.

¹¹ Portaria n.º 218/2020 de 16 de setembro.

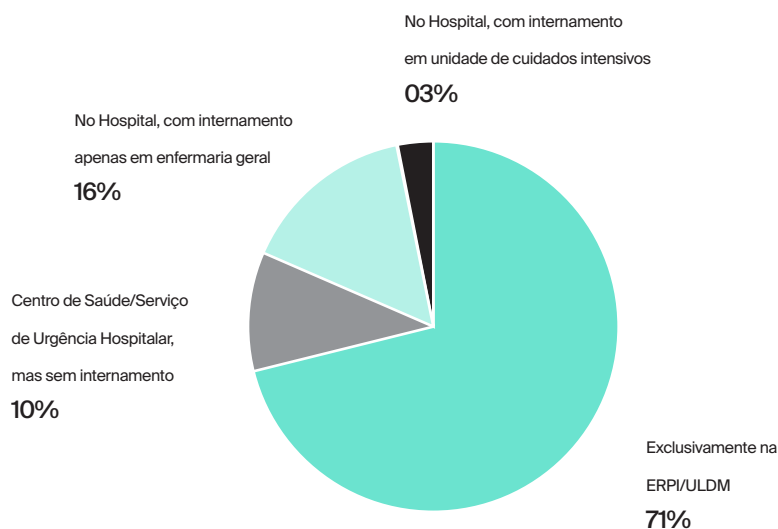
¹² Por exemplo, um anúncio de recrutamento de enfermeiros para as BIR publicado pela escola superior de saúde da Cruz Vermelha oferecia contrato a tempo inteiro, 1 200€ de vencimento base, subsídio de turno de 25% e complemento de 150€/mês. Já a MAREES previa apenas o pagamento de bolsas no âmbito de contratos-emprego inserção, que são equivalentes ao IAS – ou seja, 438,81€ em 2020. Cf. ESSCVP (s.d.). *Cruz Vermelha Portuguesa recruta Enfermeiros para Brigada de Intervenção Rápida (BIR)*. Sem data. <https://www.esscvp.eu/ver/noticias/cruz-vermelha-portuguesa-recruta-enfermeiros-para-brigada-de-intervencao-rapida-bir>

obrigações fiscais e contributivas e de prorrogação de prazos de apresentação de contas anuais das instituições; e a possibilidade de alteração dos valores das comparticipações familiares. Mais uma vez, a ausência de dados sobre a execução financeira da linha ou sobre o recurso efetivo das instituições às outras medidas impede uma aferição adequada do seu real impacto.

2.1.3 Relação com os serviços de prestação de cuidados de saúde

O terceiro pilar do dispositivo de prevenção e resposta à COVID-19 nos lares é a relação destes com os serviços de prestação de cuidados de saúde – e em particular com o SNS – em caso de surto. A 2 de abril de 2020, são definidas por despacho as competências de intervenção entre os diferentes serviços no plano local – incluindo Câmaras Municipais, Proteção Civil, as Administrações Regionais de Saúde e os Centros Distritais da Segurança Social. No mesmo documento é estabelecido um conjunto de procedimentos para assegurar o acolhimento de residentes de lares infetados com o SARS-Cov-2 fora das instalações destes.^{13 14} Mais tarde, a 6 de novembro, são formalmente criadas as Estruturas de Apoio de Retaguarda (EAR) em todos os distritos de Portugal continental.¹⁵ Estas estruturas tinham, entre outros objetivos, o propósito de assegurar o acolhimento de residentes de ERPI infetados, mas sem necessidade de internamento hospitalar.

Figura 11. Local de tratamento dos casos de COVID-19 das ERPI



Fonte: Inquérito CoLABOR ERPI (2021).

¹³ Despacho nº4097-B/2020, de 3 de abril.

¹⁴ De acordo com o inquérito, 16,5% das ERPI nunca receberam uma visita de acompanhamento preventivo realizadas por equipas constituídas por elementos da Segurança Social, Saúde e Proteção Civil, para avaliar o cumprimento das orientações de carácter preventivo previstas no Despacho nº4097-B/2020, de 2 de abril.

¹⁵ Despacho nº10942-A/2020, de 6 de novembro.

Todavia, como veremos, a informação disponível indica que cerca de 5% das ERPI recorreram às EAR. O tratamento dos casos de COVID-19 no interior dos lares parece ter sido predominante (71,2% dos casos), enquanto 18,6% dos casos foram tratados em meio hospitalar (Figura 11). É plausível que tal se tenha refletido sobre a qualidade dos cuidados de saúde prestados e sobre os níveis de recurso aos hospitais registada nos meses de janeiro e fevereiro de 2021 – ainda que fosse necessária a disponibilidade de outro tipo de dados para análise, de forma a poder-se determinar a magnitude destes efeitos.

Finalmente, importa referir outro elemento deste pilar, que foi a criação, em outubro de 2020, da Linha COVID Lares. A Linha COVID Lares é uma linha de atendimento telefónico específica para as ERPI e ULDM, resultante do estabelecimento de um protocolo entre a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) e o ABC. Esta linha destinava-se inicialmente à sinalização de surtos de COVID-19. Mais tarde o seu âmbito foi alargado para o esclarecimento de dúvidas gerais sobre normas e procedimentos de prevenção da doença. De acordo com o Governo, a Linha COVID Lares terá atendido 2 920 chamadas de ERPI e ULDM durante o seu primeiro ano de funcionamento (Governo da República Portuguesa, 2021). O Inquérito COLABOR ERPI (2021) revela que, no total, 19,3% das ERPI recorreram à Linha COVID Lares, das quais 62,2% tiveram casos de COVID-19.

2.2 INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DA COVID-19 NAS ERPI E NAS ULDM

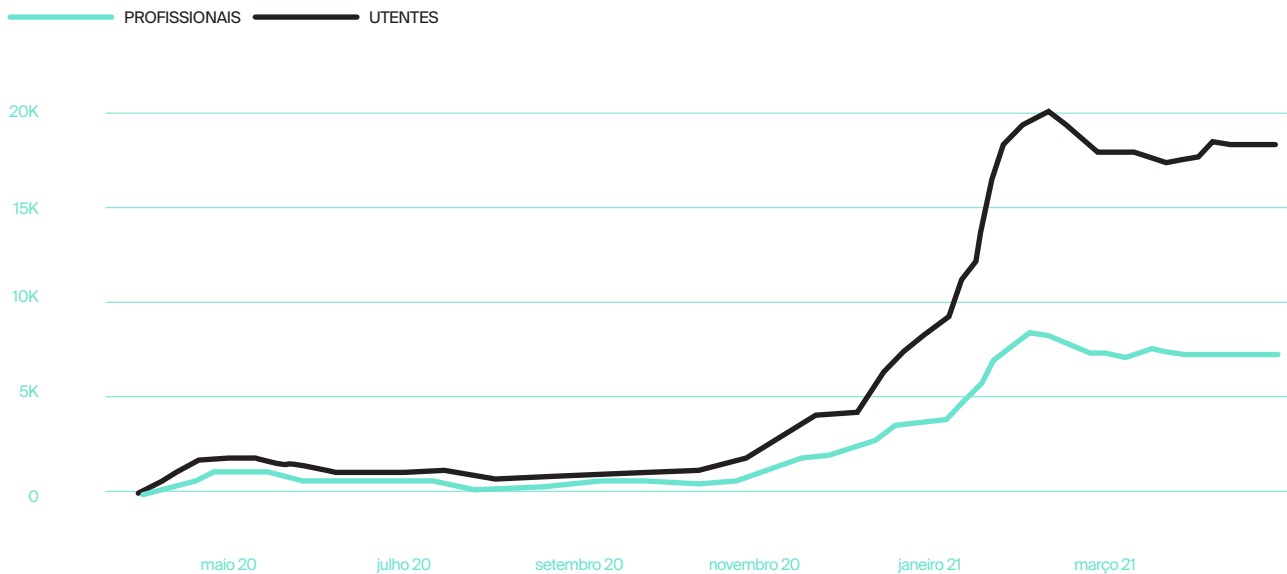
Entre o início da pandemia e 8 de maio de 2021, a DGS contabilizou 18 059 casos de COVID-19 entre residentes de ERPI. Estes casos não se distribuíram de forma uniforme no tempo. Em vez disso, concentraram-se em certos momentos, configurando “vagas”.

Se considerarmos os casos acumulados reportados pelas próprias ERPI na plataforma POSIT (Figura 12) ¹⁶, podemos identificar vários momentos distintos:

- Uma primeira vaga, de março a maio de 2020, culminando com um pico de casos de 1 877 utentes e 855 profissionais;
- Um período de acalmia durante o verão de 2020, que irá durar até setembro de 2020;

¹⁶ O gráfico da Figura 12, retirado de uma publicação da Segurança Social, é uma ilustração das limitações da informação disponível – visíveis, neste caso, na impossibilidade de obter números de casos ou médias a 7 dias para cada dia, na distorção do eixo das abcissas – referente ao tempo – do gráfico ou no facto de as frequências acumuladas diminuírem em alguns pontos do gráfico.

Figura 12. Casos confirmados de COVID-19 entre residentes e funcionários das ERPI, total acumulado.

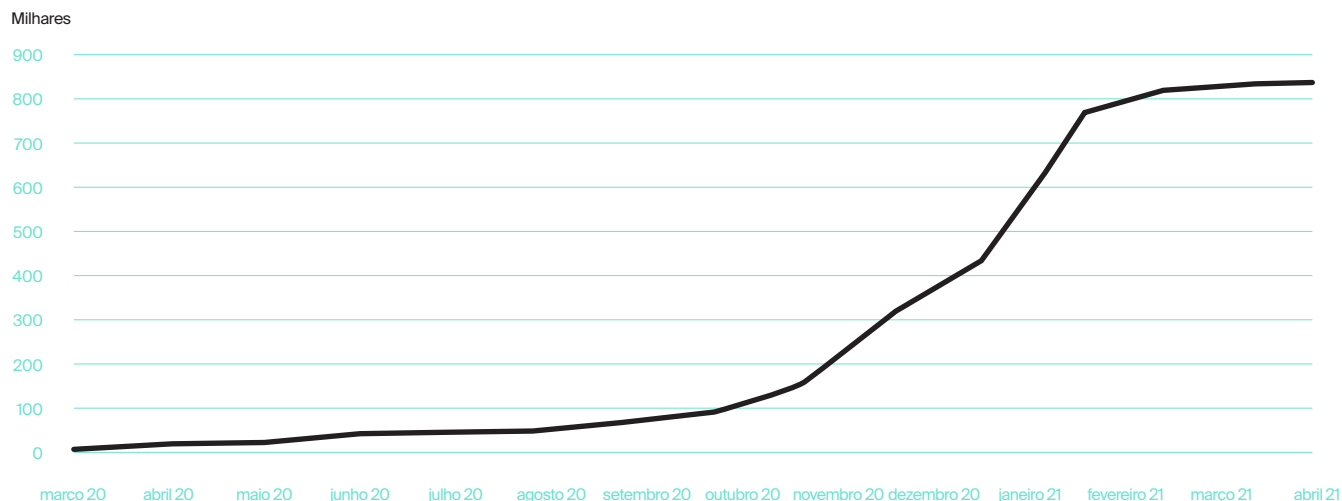


Fonte: POSIT/ISS-IP - 2021 (dados reportados).

- Uma segunda vaga entre outubro e dezembro, em que os casos irão crescer a um ritmo rápido. Em dezembro, o número de casos entre residentes praticamente duplicava o registado durante a primeira vaga, atingindo os 3 855;
- Uma terceira vaga extremamente intensa durante os meses de janeiro e fevereiro de 2021, atingindo máximos que ultrapassam largamente as duas vagas anteriores somadas¹⁷. Nesta terceira vaga, o número de residentes infetados atingirá os 19 652 e o de funcionários os 8 101;
- A partir de março de 2021, a curva estabiliza, testemunhando uma quebra abrupta do número de casos.

¹⁷ Nas comparações entre vagas – especialmente entre a terceira e a primeira – deve-se sempre ter em conta que a intensidade e a cobertura da testagem para a infeção por SARS-Cov-2 foi muito diferente ao longo do período em análise. É muito possível que o número de casos na primeira vaga esteja subavaliado, dada a escassez de testes e falta de sistematicidade do processo de testagem à época. Ainda assim, a dimensão da terceira vaga é de tal forma enfática que este fator não pode explicar a amplitude da diferença.

Figura 13. Casos de COVID-19 registados em Portugal até 22 de abril de 2021, total acumulado (milhares)



Fonte: DGS.

Estes dados são um primeiro indício da importância da transmissão comunitária na evolução da pandemia.¹⁸ Podemos ver que a curva dos casos registados nas ERPI segue, grosso modo, tanto a curva dos casos acumulados para população em Portugal (Figura 13) como a curva relativa aos casos dos funcionários das ERPI. Ou seja, apesar da generalização de opções drásticas de isolamento – como a proibição de saída para os residentes e a proibição das visitas dos familiares –, as ERPI acabaram por se revelar permeáveis à situação sanitária nos meios onde se inserem e/ou onde residem os seus trabalhadores.

Tabela 2. Incidência cumulativa e letalidade por COVID-19 na população e nas ERPI a 8 de maio de 2021

	População residente em Portugal	ERPI	
		Profissionais	Utentes
Número	10 286 300	60 961	91 387- 99 123
Casos confirmados	842 182	6 983	18 059
Incidência cumulativa	8,2%	11,5%	18,2% - 19,2%

Fonte: INE para população; DGS para o número de casos confirmados de COVID-19, ISS para os dados relativos às ERPI.

¹⁸ A importância da transmissão comunitária é também confirmada pelo modelo de regressão realizado para identificar os fatores que determinam a existência ou não de surtos nas ERPI – Anexo II.

As ERPI não se revelaram apenas permeáveis ao avanço do SARS-Cov-2 como constituíram-se elas próprias como um espaço particularmente vulnerável à disseminação do vírus. Se considerarmos que a população residente em ERPI no país em 2020 se situava no intervalo entre as 91 387 e as 99 123 pessoas¹⁹, os 18 059 casos confirmados significam uma taxa de incidência cumulativa situada entre os 18,2% e os 19,8% (Tabela 2). Ou seja, os registos indicam que pelo menos um em cada cinco residentes de lares em Portugal foi infetado pelo SARS-Cov-2.

Tabela 3. Incidência de casos de COVID-19 na população e nas ERPI, segundo a idade

	População	Casos	Incidência
70+ anos	1 657 512	115 534	7,0%
70-79 anos	981 649	51 425	5,2%
80 + anos	675 863	64 109	9,5%
ERPI residentes	99 123	18 059	18,2%

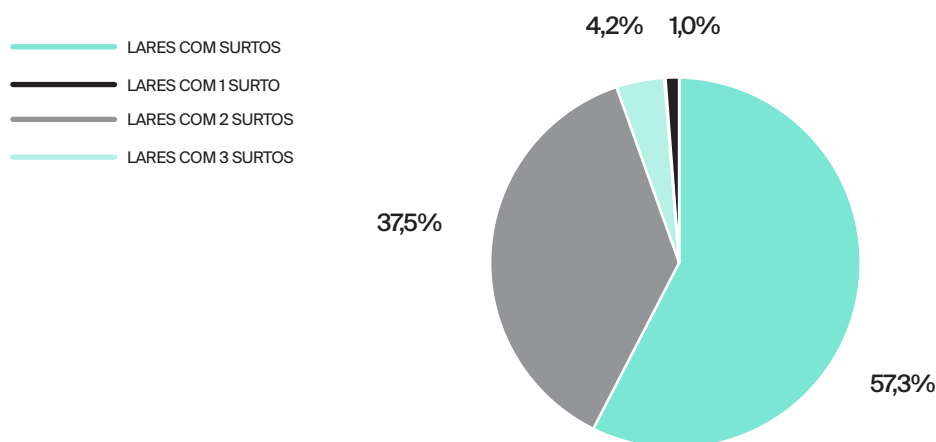
Fonte: INE para população; DGS para o número de casos confirmados de COVID-19, ISS para as ERPI.

Para colocar estes dados em perspetiva, a incidência cumulativa entre os residentes dos lares neste período foi mais do dobro da registada para o conjunto da população – 18,2% contra 8,2%, respetivamente (Tabela 3). Mesmo quando se consideram apenas os escalões etários mais avançados da população, verificamos que incidência cumulativa nas ERPI mais do que triplica a que se verificou no conjunto da população entre os 70 e os 79 anos (onde se ficou pelos 5,2%) e quase duplica a que se registou entre a população com 80 anos ou mais (9,5%).

Este facto é de extrema importância para a nossa análise, sendo possível avançar desde já duas hipóteses para a sua explicação: a primeira é o efeito decorrente de concentração de um número elevado de pessoas idosas num mesmo espaço que é inerente ao modelo ERPI – o que constitui uma vulnerabilidade de peso face a uma doença altamente contagiosa como é a COVID-19; a segunda prende-se com a existência de falhas na conceção e no desempenho do dispositivo de prevenção do contágio montado para responder à pandemia nos lares.

¹⁹ A diferença de valores corresponde a diferentes fontes e em diferentes períodos. A lista das fontes são: GEP/ ISS-IP e DGS. É plausível possível assumir que o decréscimo do número de utentes possa ser um efeito da pandemia. Assumiremos como referência no resto do texto o limite superior deste intervalo.

Figura 14. Registo de surtos em ERPI até 28 de fevereiro de 2021, por número de surtos



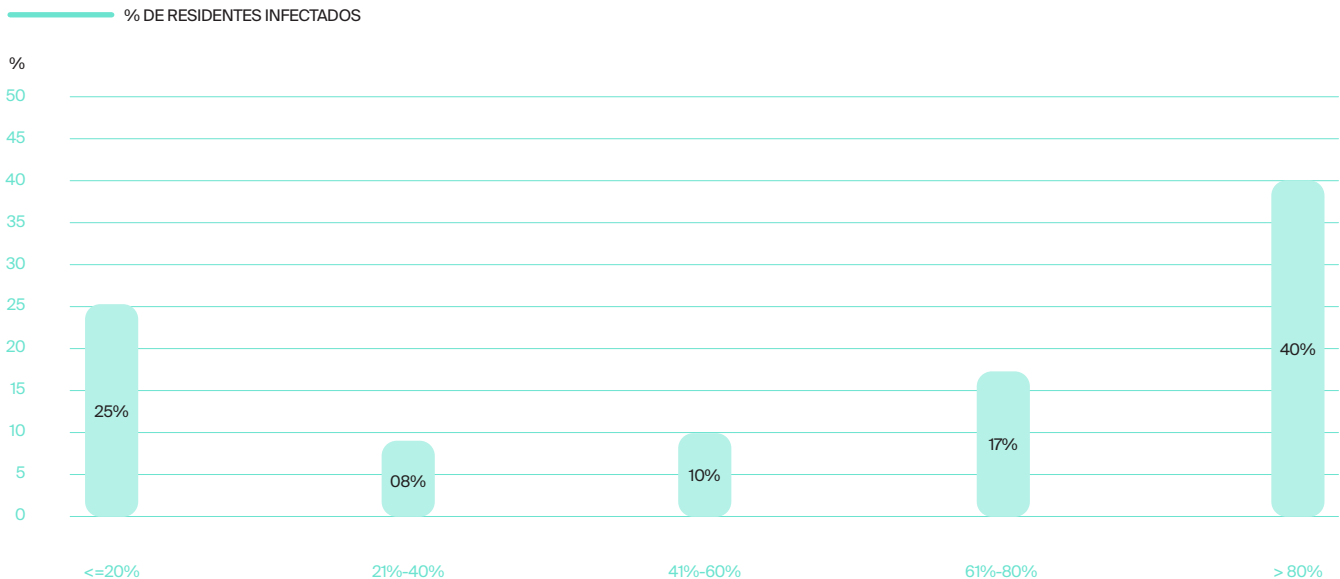
Fonte: Inquérito CoLABOR ERPI (2021).

A forma como os surtos se distribuíram nas ERPI oferece suporte a estas duas hipóteses. De acordo com os dados do Inquérito CoLABOR ERPI (2021), até 28 de fevereiro de 2021, 42,7% das ERPI em Portugal tinham já registado pelo menos um surto de COVID-19 no seu interior – sendo que em 5,2% se tinha mesmo verificado mais do que um surto neste período temporal (Figura 14). Ou seja, os surtos de COVID-19 foram uma realidade comum entre as ERPI durante este período temporal.

Tão importante como a existência de surtos é a sua abrangência – ou seja, qual a proporção de residentes infetados pela COVID-19 em caso de surto. Os dados do Inquérito CoLABOR ERPI (2021), que podem ser confirmados na Figura 15, revelam que, em 40% das ERPI, os surtos acabaram por atingir mais de 80% dos residentes, aos quais se acrescentam mais 17% de surtos em que abrangeram 61% a 80% dos residentes e outros 10% em que os surtos afetaram 41% e 60% dos residentes. Apenas em 25% dos surtos foi possível manter a proporção de infetados abaixo dos 20% de residentes. Ou seja, na grande maioria das situações, as medidas internas de prevenção e resposta implementadas pelas ERPI revelaram-se insuficientes para conter o contágio, após a entrada do SARS-Cov-2 no espaço da instituição.²⁰ Tal não é surpreendente, dada a elevada transmissibilidade do vírus e as características das instituições que limitam as possibilidades de isolamento. Todavia, esta dificuldade em conter os surtos de COVID-19, uma vez desencadeados, sublinha o carácter decisivo da prevenção na gestão da pandemia e da importância de protocolos de reação imediata perante a suspeita ou confirmação de casos positivos (Burton *et al.*, 2020).

²⁰ O modelo de regressão para a prevalência confirmou a ausência de impactos significativos das diferentes dimensões identificadas na literatura, bem como das medidas do dispositivo de gestão da pandemia como sendo fatores com influência estatisticamente significativa na prevalência da COVID-19.

Figura 15. Prevalência nas ERPI que registaram surtos (%)

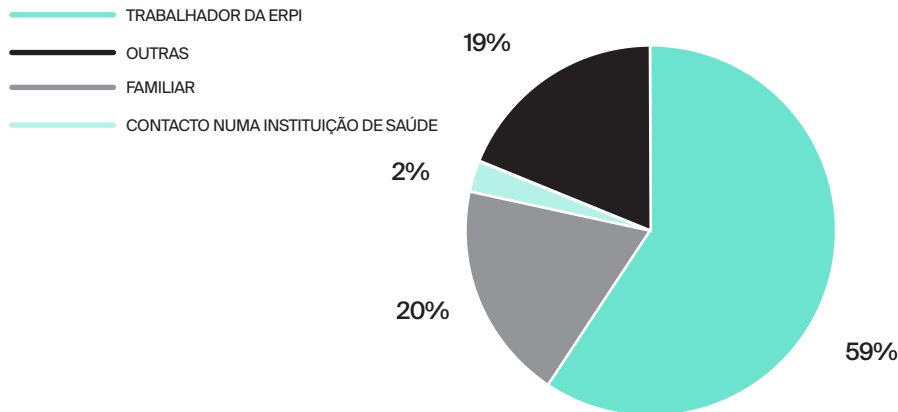


Fonte: Inquérito CoLABOR ERPI (2021).

Mas se esta conclusão sobre a importância da prevenção parece ganhar força, fica ainda em aberto em que aspetos é que tal estratégia se deve concentrar. Ora, de acordo com os dados do Inquérito CoLABOR ERPI (2021), duas fontes destacam-se claramente como origem do primeiro caso de COVID-19 registado nas ERPI: o contágio a partir de um trabalhador da ERPI, que ocorreu em 59% das situações; e o contágio no momento de deslocação dos residentes da ERPI a uma unidade de saúde, que ocorreu em 20% das situações (Figura 16).

É também interessante verificar que os surtos com origem num familiar visitante foram residuais – apenas 2% dos primeiros surtos em 2020 tiveram origem num familiar. É certo que as restrições às visitas impostas em boa parte das ERPI terão contribuído para este facto. Ainda assim, a enorme diferença face às restantes fontes de contágio, conjugada com a forte prevalência da COVID-19 entre os residentes das ERPI, sugere um desequilíbrio no dispositivo de prevenção da COVID-19 colocado em marcha pelas instituições. Como já foi avançado anteriormente, a proibição de visitas terá sido a resposta por defeito das ERPI ao risco de surto, seja por desadequação das instalações para cumprir as normas de segurança durante a presença dos familiares, seja por ser uma medida de implementação mais fácil do que os procedimentos referentes aos trabalhadores – como a testagem ou a implementação de equipas-espelho ou equipas casulo. Ou

Figura 16. Origem reportada do 1º caso de COVID-19 registado entre os residentes em 2020



Fonte: Inquérito CoLABOR ERPI (2021).

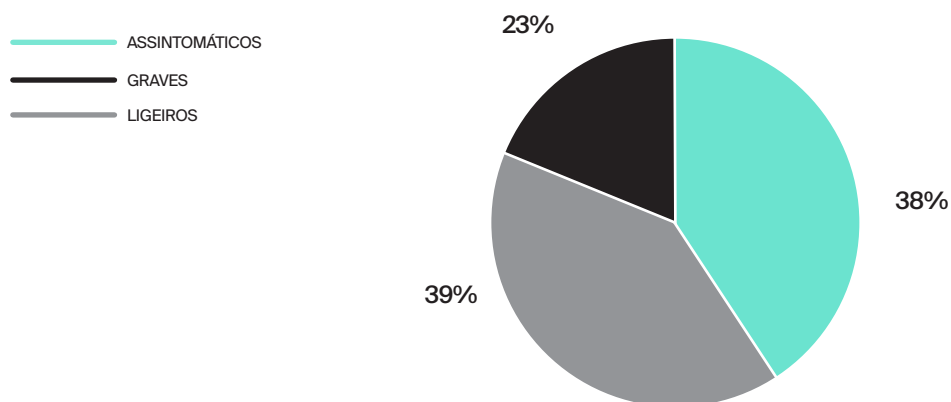
seja, as medidas draconianas de restrição das visitas e de proibição de saídas dos residentes em ERPI não conseguiram impedir nem a ocorrência de surtos nem uma prevalência elevada da doença entre os seus residentes – isto apesar das pesadas consequências físicas e mentais do isolamento que lhes foi imposto.

No que se refere às ULDM, instituições desenhadas especificamente para cuidados de saúde, comparando o indicador de incidência e prevalência, verificamos que a diferença na prevalência entre ERPI e ULDM é considerável. Enquanto nas ERPI a taxa de prevalência é de 37%, ela cai para 20% entre as ULDM. Tal poderá indicar que o grau de especialização dos profissionais (saúde) terá tido um efeito positivo na adoção de medidas preventivas e/ou que tenham existido diferentes protocolos de prevenção, incidindo a testagem dos profissionais, por exemplo. Todavia, é muito escassa a informação de que dispomos para confirmar esta hipótese.

2.3. GRAVIDADE DOS CASOS DE COVID-19 NAS ERPI E CUIDADOS DE SAÚDE PRESTADOS AOS DOENTES

Na secção anterior, apresentámos dados referentes aos surtos de COVID-19 e à sua origem entre os residentes das ERPI, assim como a estimativa da prevalência nestas instituições. No entanto, importa igualmente verificar qual a sua gravidade e, sobretudo, qual o tipo de cuidados de saúde que foram prestados aos residentes infetados.

Figura 17. Gravidade dos casos de COVID-19 reportada pelas ERPI (%)



Fonte: Inquérito CoLABOR ERPI (2021).

De acordo com os dados do Inquérito CoLABOR ERPI (2021), 38% dos casos de COVID-19 registados nas ERPI até 28 de fevereiro de 2021, foram classificados pelos respondentes como assintomáticos, 39% como casos com sintomas ligeiros e 23% como casos com sintomas graves (Figura 17). Para além disso, tal como apresentado na Figura 11, apenas 29% dos residentes doentes foram tratados fora das ERPI, sendo que 19% foram internados em hospital – predominantemente em enfermaria geral. Ou seja, a larga maioria dos residentes com sintomas (71%) recebeu cuidados de saúde no interior das ERPI.

Este dado implica que não apenas os doentes com sintomas ligeiros, mas também uma parcela significativa de doentes com sintomas graves foi tratada exclusivamente nas ERPI. Se consideramos os défices de acesso aos cuidados de saúde nestas instituições que identificámos previamente, é plausível que este tenha sido um dos fatores que contribuiu para a elevada taxa de letalidade da COVID-19 entre os residentes, que será discutida na secção seguinte – ainda que fosse necessário o acesso a outro tipo de dados para o confirmar.

Segundo os dados da DGS, registaram-se 4 734 óbitos atribuídos à COVID-19 entre os residentes de ERPI em Portugal até 8 de maio de 2021. Estes dados correspondem a uma taxa de letalidade de 26,2%, ou seja, mais do que um em cada quatro casos identificados de infeção com SARS-Cov-2 terá resultado num óbito atribuído à COVID-19 (Tabela 4).

Tabela 4. Incidência cumulativa e letalidade por COVID-19 na população e nas ERPI a 8 de maio de 2021

	População residente em Portugal	ERPI	
		Profissionais	Utentes
Número	10 286 300	60 961	91 387- 99 123
Casos confirmados	842 182	6 983	18 059
Óbitos	17 007	5	4 734
Taxa de letalidade	2,0%	< 0,1%	26,2%

Fonte: INE para população; DGS para o número de casos confirmados de COVID-19.

Tabela 5. Letalidade das infeções com SARS-Cov-2, por escalão etário na população e entre os residentes nas ERPI

Escalão etário	População	Casos	Incidência
70-79 anos	3 105	48 320	6,0%
80 + anos	6 171	38 831	13,7%
90 + anos	3 941	15 166	20,6%
Residentes ERPI	4 734	18 059	26,2%

Fonte: DGS.

Esta taxa de letalidade das infeções por SARS-Cov-2 entre os residentes das ERPI é muito elevada quando comparada com o resto da população (Tabela 5). Uma parte da explicação para este facto estará relacionada com a idade dos residentes. Com efeito, é evidente o contraste com a taxa de letalidade entre os funcionários das ERPI – necessariamente mais novos – que, embora sujeitos às mesmas variantes do vírus e beneficiando do acesso à mesma rede local de cuidados de saúde, apresentam uma taxa de letalidade residual. Mas, mesmo quando comparada com os escalões etários mais velhos da população residente em Portugal, a taxa de letalidade de 26,2% entre os residentes dos lares continua a desta-

car-se. Com efeito, é mais do quadruplo da registada para a população entre os 70 e os 79 anos (que é de 6,0%), praticamente o dobro da população entre os 80 e os 89 anos e consideravelmente superior mesmo em relação à população com 90 ou mais anos.

É também interessante comparar as taxas de letalidade registada nas ERPI com os que se verificaram nas ULDM, por dois motivos: por um lado, a fragilidade do estado de saúde da população residente das ULDM será considerável; por outro lado, as características desta resposta – em particular, a maior presença de profissionais de saúde e de equipamentos de saúde – constituem um contraste relevante face às ERPI. Neste aspeto, a única fonte disponível é o próprio inquérito realizado às ULDM pelo CoLABOR. Ora, de acordo com os resultados do inquérito, a taxa de letalidade das infeções por SARS-Cov-2 fica-se pelos 11,3% – o que parece confirmar a influência das características da resposta sobre o desfecho dos casos de COVID-19. Sublinhe-se, todavia, a baixa fiabilidade dos resultados do inquérito às ULDM e que aconselham a máxima cautela na sua interpretação.²¹ Em suma, estes números vêm reforçar ainda mais o que a análise relativa às características da provisão de cuidados de longa duração em Portugal e à evolução da pandemia já deixavam antever: as pessoas idosas institucionalizadas constituem o principal grupo de risco, em termos de vulnerabilidade à doença e letalidade associada à COVID-19. E isto acontece não só pela especificidade desta doença, mas sobretudo pela própria vulnerabilidade do seu estado de saúde face a qualquer doença ou evento.

Todavia, os dados relativos à letalidade não nos permitem, por si só, aferir o real impacto da COVID-19 sobre a mortalidade dos residentes das ERPI durante o primeiro ano da pandemia. Afinal, as mesmas características dos residentes que os tornam vulneráveis à COVID-19 – idade e fragilidade do estado de saúde – já os tornavam extremamente vulneráveis antes da pandemia a surtos sazonais de outras doenças respiratórias – como a gripe – ou a períodos prolongados de temperaturas extremas, seja de frio no inverno ou calor no verão. É assim necessário analisar o efeito da COVID-19 sobre a mortalidade, não só total, mas também sazonal.

Uma análise aprofundada a esta questão necessitaria de informação sobre a mortalidade e as causas de morte da população residente nas ERPI em Portugal, a qual, infelizmente, não está disponível. Todavia, é possível fazer uma aproximação parcial à mortalidade nas ERPI recorrendo a dados do Instituto de Infor-

²¹ Recorde-se que apenas 53 ULDM responderam ao inquérito CoLABOR. Tal significa que pequenas flutuações no reporte de casos e de óbitos podem fazer oscilar consideravelmente a estimativa da taxa de letalidade. Na realidade, esta taxa de 11,3%, corresponde a apenas 30 óbitos num total de 264 casos. Trata-se, pois, de uma magnitude incomparável face aos dados administrativos e amostrais ponderados usados para estudar o impacto da COVID-19 nas ERPI. Ao mesmo tempo, a reduzida dimensão da amostra inviabiliza a utilização de testes de inferência estatística, dados a elevada amplitude dos intervalos estimados. Apenas por uma questão de transparência.

mática do MTSSS, que nos foram facultados pelo ISS-IP.²² Estes dados permitem reconstituir o número de óbitos ocorridos mensalmente desde janeiro 2015 até abril de 2021, nas ERPI que dispõem de Acordos de Cooperação com a Segurança Social – e, logo, calcular as taxas de mortalidade mensais entre os residentes destas instituições neste período.²³

Tabela 6. Média das taxas de mortalidade mensais registadas nas ERPI com Acordo de Cooperação (%)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Média dos 12 meses do ano	1,58%	1,59%	1,58%	1,63%	1,65%	2,02%	-
Média dos meses de janeiro a abril	1,88%	1,62%	1,77%	1,90%	1,85%	1,95%	2,54%

Fonte: Cálculos próprios sobre dados do ISS-IP.

O primeiro dado relevante nesta análise, e que pode ser confirmado na Tabela 6, é que a média das taxas de mortalidade mensais registada em 2020 foi superior à verificada em qualquer um dos quatro anos anteriores. Neste último ano, a taxa de mortalidade atingiu os 2,02%, contra a valores fluando muito próximo de 1,60% nos anos anteriores. Também quando se consideram apenas os meses de janeiro a abril observamos que o ano de 2021 se destaca face aos anteriores – 2,54% contra 1,62% em 2016, 1,77% em 2018 e valores próximos de 1,90% nos restantes anos. Estes dados constituem um forte indício de que a pandemia de COVID-19 acarretou efetivamente um acréscimo anormal da mortalidade entre os residentes dos lares, por todas as causas e não apenas as atribuíveis à COVID-19.

No entanto, a amplitude e até o sentido desta diferença é bastante variável neste intervalo. Com efeito, podemos dividir o comportamento da mortalidade nas ERPI durante a pandemia em três períodos, observáveis na Figura 18. O primeiro decorre até outubro de 2020 e é caracterizado por um acréscimo de mortalidade relativamente pequeno. É certo que a taxa de mortalidade registará um valor de 2,26% logo em abril, no auge da primeira vaga da pandemia. Mas mesmo esse valor é inferior aos 2,36% que encontramos para julho de 2020 – e que, face à reduzida expressão de casos de COVID-19 à época, terá de ser atribuído a fatores como o pico de calor sentido no início desse mês.²⁴

²² Estes dados compreendem informação sobre o total de utentes e o total de óbitos registados em cada mês. A taxa de mortalidade discutida abaixo é um rácio entre o segundo e o primeiro valores.

²³ As ERPI com Acordos de Cooperação compreendem cerca de 60 000 utentes – ou seja, mais de metade do total de residentes em ERPI – pelo que é plausível estender as conclusões da análise destes dados ao conjunto da população residente em lares.

²⁴ Cf. IPMA (2020). *Julho de 2020 foi o mês mais quente dos últimos 90 anos*. Instituto Português do Mar e da Atmosfera, 7 de agosto de 2020. <https://www.ipma.pt/pt/media/noticias/news.detail.jsp?f=pt/media/noticias/arquivo/2020/resumo-clima-julho-20.html>

Figura 18. Taxa de mortalidade nas ERPI com Acordos de Cooperação com a Segurança Social, por mês (janeiro 2015- abril 2021)

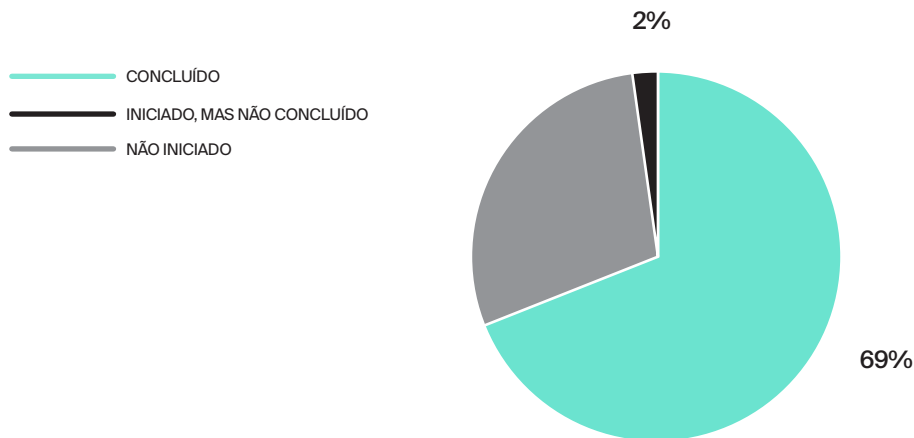
Fonte: Cálculos próprios, a partir de dados ISS-IP.

É apenas a partir de novembro de 2021 que iremos assistir a uma escalada da mortalidade para valores claramente acima da norma para a época. Em novembro e dezembro, a taxa de mortalidade nas ERPI sobe respetivamente para os 2,42% e 2,82%. Mas será em janeiro que se atingirão a valores sem qualquer precedente face aos anos anteriores, com a taxa de mortalidade a atingir os 4,45% – duplicando o máximo de 2,20% do período anterior, registado em 2019. Este foi assim o período mais crítico da pandemia.

Finalmente, o período de março e abril de 2021 foi caracterizado por uma quebra abrupta da taxa de mortalidade nas ERPI – de tal forma acentuada que o valor de 1,35% registado em abril de 2021 é o mais baixo entre os meses homólogos deste 2015. A queda da taxa de mortalidade neste período não pode ser dissociada do avançar do processo de vacinação, nem do excesso de mortalidade registado nos meses anteriores. De acordo com os dados do Inquérito CoLABOR ERPI (2021), 69% das ERPI tinham concluído o processo de vacinação dos seus residentes contra a COVID-19 a 28 de fevereiro de 2021, e outras 29% já o tinham iniciado (Figura 19).

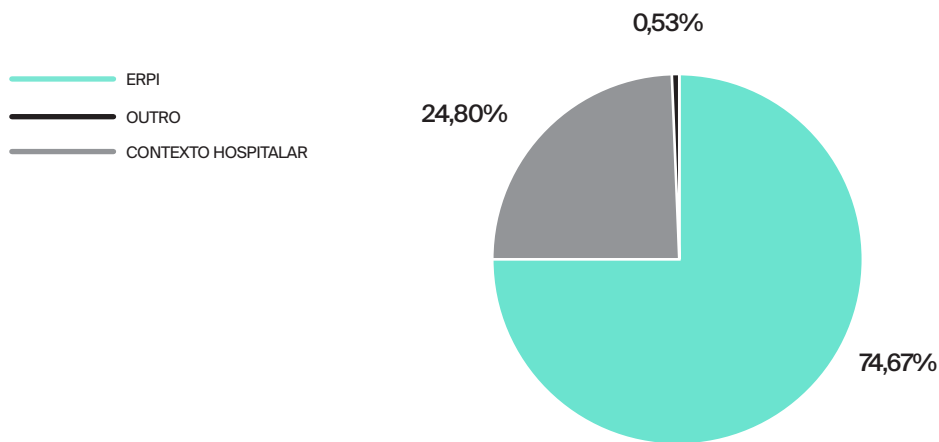
É certo que uma análise mais precisa deveria ter em conta o enviesamento de sobrevivência nos dados da mortalidade mensal – ou seja, o efeito decorrente da mortalidade excessiva entre os indivíduos mais

Figura 19. Estado do processo de vacinação nas ERPI a 28 de fevereiro de 2021



Fonte: Inquérito CoLABOR ERPI (2021).

Figura 20. Local de óbito por COVID-19 dos residentes da ERPI



Fonte: Inquérito CoLABOR ERPI (2021).

frágeis, deixando uma população sobrevivente comparativamente mais saudável nos meses seguintes. No entanto, tanto a dimensão da queda como da mortalidade, mas também a sua coincidência temporal com o acelerar do processo de vacinação, parecem confirmar a importância decisiva deste último no mitigar das consequências mais graves da COVID-19.

É ainda relevante salientar que, de acordo com o Inquérito CoLABOR ERPI (2021), 74,7% dos óbitos de residentes de ERPI por COVID-19 ocorreram em contexto hospitalar e 24,8% nas ERPI (Figura 18).

2.4 REFLEXÕES SOBRE O IMPACTO DA COVID-19 NAS ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS

Os dados apresentados nesta secção não permitem tirar ilações definitivas, até pelo facto de as autoridades, com a DGS à cabeça, não terem tornado pública a informação sobre a situação nos lares de idosos.²⁵ Todavia, assumindo como válidos os dados públicos, a análise realizada, ainda que preliminar, aponta de forma consistente para três aspetos que merecem aprofundamento futuro.

Em primeiro lugar, a eficácia do dispositivo de prevenção. Este assentou numa pletera de medidas, incluindo fortes restrições às visitas – inicialmente por imposição da DGS, depois por iniciativa das instituições –, utilização obrigatória de equipamentos de proteção individual obrigatórios, adoção de planos de contingência em cada instituição, isolamento de casos suspeitos, organização de trabalhadores em equipas espelho, visitas de acompanhamento de equipas de intervenção preventiva, criação das brigadas de intervenção rápida, linha telefónica de apoio aos lares 24h, rede nacional de estruturas de apoio de retaguarda e protocolos de testagem regular. Face a isto, seria de esperar a diminuição da incidência de surtos nos lares face à comunidade. Ora, não se questionando a necessidade e o contributo do conjunto de todas estas medidas para diminuir o risco de contágio, a verdade é que a incidência cumulativa de casos confirmados entre profissionais e residentes dos lares foi muito superior à incidência cumulativa para o conjunto da população.

Quanto à letalidade, importa contrastar duas premissas. A primeira é de que é razoável admitir que a população residente em lares, por força da idade mais avançada, comorbilidades associadas e até dependência, estaria sempre mais suscetível à doença. Na ausência de dados públicos que nos permitam realizar uma caracterização da população residente nas ERPI, teremos de tomar os dados recolhidos através do Inquérito CoLABOR ERPI (2021) como validando esta premissa – o que obriga a relativizar qualquer interpretação acerca de a letalidade ser superior neste grupo de pessoas. A segunda premissa é a seguinte: se existe evidência científica de que a letalidade varia em função da idade e de que os lares são um contexto institucional particularmente vulnerável – tanto pelo risco acrescido de contágio (devido à maior concentração de pessoas num mesmo espaço e à dependência de contactos do exterior), como

²⁵ Este comportamento foi inclusivamente objeto de reparo em relatórios internacionais. Cf. Comas-Herrera *et al.* (2020).

pela suscetibilidade à doença da sua população (já de si mais idosa e com comorbilidades) –, então está identificado a priori o grupo (duplamente) mais vulnerável à COVID-19.

Os dados da mortalidade que aqui apresentámos, sendo incompletos, permitem ainda constatar cabalmente a existência de um excesso de mortalidade durante o período em análise, com a taxa de mortalidade total a ser superior em todos os meses entre março de 2020 e fevereiro de 2021. A variação da mortalidade ao longo do período, merecendo no futuro uma análise mais detalhada que só será possível quando os dados referentes aos óbitos de residentes em lares forem libertados, é ainda assim elucidativa da incapacidade de as políticas contrariarem ciclos e interpretarem a informação disponível.

Dois exemplos finais: julho de 2020 foi um mês de mortalidade anormalmente alta cujas causas não podem ser atribuídas à COVID-19. Do mesmo modo, o facto de o máximo da taxa de mortalidade ter sido ultrapassado em novembro de 2020 (2,5%) e o número de casos ter estado a crescer ininterruptamente desde setembro do mesmo ano, demonstram que a hecatombe que se abateu sobre os lares entre o final do ano de 2020 e o início do ano de 2021 era expectável, sendo o culminar de um processo de crescimento das infeções que se foi agravando mês a mês sem ter sido estancado. Com efeito, entre setembro de 2020 e janeiro de 2021, o número de casos confirmados de COVID-19 nas ERPI mais do que duplicou a cada mês.

Em suma, tanto as respostas das políticas públicas neste domínio como as medidas de prevenção e contingência tomadas pelos próprios lares, não obstante a sua necessidade e intencionalidade, parecem não ter sido suficientes para proteger o grupo populacional mais vulnerável à doença e que, por conseguinte, de mais proteção careceria.



Conclusão

Conclusão

A COVID-19 é uma doença com elevada transmissibilidade, com o risco de contágio a acentuar-se em espaços fechados. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento das formas mais graves da doença verifica-se predominantemente entre a população idosa – a letalidade é residual até aos 50 anos e só começa a crescer de forma clara próximo dos 70 anos – e com comorbilidades prévias – apenas cerca de 10% das mortes ocorreram em doentes sem registo de comorbilidades.

Estas características tornavam as ERPI em pontos de extrema vulnerabilidade face à pandemia de COVID-19, uma vez que o seu modelo de funcionamento assenta precisamente na concentração de população idosa num mesmo espaço residencial. É assim vital perceber em que consistiu o dispositivo montado para responder a este problema e qual a eficácia que demonstrou. Refira-se que esse desiderato foi dificultado pela escassez de informação sistemática disponibilizada pelas autoridades sobre a sua implementação ou sobre os casos de COVID-19 nos lares, o seu desfecho e as características dos residentes infetados – o que tornou muitas vezes o Inquérito CoLABOR na única fonte de informação disponível sobre estas questões.

O dispositivo criado pelo Governo assentou em três pilares: a prevenção do contágio dos residentes em ERPI; o reforço dos recursos materiais e humanos das ERPI; e a relação com o SNS na eventualidade de deteção de casos de COVID-19 entre os residentes.

A prevenção do contágio dos residentes das ERPI assentou em quatro tipos de medidas: procedimentos básicos de prevenção; restrições no acesso e circulação de residentes e não residentes; testagem de funcionários e residentes; e, mais tarde, a vacinação.

Os procedimentos básicos de prevenção, estabelecidos pela DGS logo no início da pandemia, incluem a etiqueta respiratória, a lavagem frequente das mãos ou os procedimentos a adotar perante casos de infeção com SARS-COV-2. Os dados do inquérito CoLABOR indicam que estes procedimentos básicos foram, em geral, seguidos pelas instituições.

O segundo tipo de medidas de prevenção eram as relativas às restrições de circulação de residentes e não residentes. De longe, a restrição mais aplicada foi a proibição dos residentes de receberem visitas

de familiares e amigos. Apesar de a recomendação da DGS neste sentido só ter vigorado entre março e maio de 2020, esta tornou-se numa resposta permanente à pandemia em muitas instituições, que nalguns casos continuou a ser prática corrente, conforme foi noticiado recentemente (Filipe, 2022). Mesmo com números mínimos de casos que se verificou durante o verão de 2020, entre um quarto e um terço das ERPI mantiveram este tipo de restrição – algo que indicia desconhecimento ou dificuldades no estabelecimento de formas seguras para assegurar o contacto entre os residentes e os seus familiares. Apesar de não dispormos de dados sobre esta situação, este isolamento forçado e prolongado terá tido consequência para a estabilidade emocional e saúde mental dos residentes em ERPI – algo que deveria ser aprofundado em estudo próprio.

O terceiro tipo de medidas de prevenção foi a implementação de meios de testagem sistemática. Apesar da importância que viria a assumir mais tarde na gestão da pandemia, a cobertura testagem durante o período em estudo foi irregular e casuística, sendo preciso esperar por janeiro de 2021 pelo estabelecimento de testagem sistemática nos lares. Ainda que compreensível numa fase inicial pela escassez e custo do material necessário aos testes, esta longa demora no estabelecimento da testagem sistemática num dos espaços mais atreitos – se não mesmo o espaço mais atreito – a casos graves de COVID-19 como são as ERPI, constitui, à partida, uma falha séria no dispositivo de combate à pandemia.

Em contraste, o processo de vacinação foi bastante rápido, uma vez disponível a vacina no final de dezembro de 2020, com quase todos os lares dos lares a terem iniciado – e a maioria até concluído – o processo de vacinação no final de fevereiro de 2021.

O segundo pilar do dispositivo de gestão da pandemia nos lares foi composto por medidas de apoio ao reforço dos recursos materiais e humanos, nos quais se destacam a MAREES, as BIR e a Portaria n.º 85-A/2020. O inquérito CoLABOR revela que o recurso das instituições à MAREES foi relevante para suprir as necessidades de reforço dos recursos humanos por força da infeção com a COVID-19. Todavia, a falta de dados sobre a execução física e financeira destas medidas impede uma aferição adequada do seu real impacto.

Finalmente, o terceiro pilar do dispositivo de gestão da pandemia era constituído pela relação das ERPI com os serviços de saúde. Por decisão das autoridades de saúde, a grande maioria dos residentes doentes – incluindo uma parcela de situações graves – acabou por ser tratada exclusivamente nas ERPI, tendo o recurso aos hospitais ocorrido em apenas um quinto dos casos e o recurso às EAR sido residual. Se é plausível que, face à escassez de profissionais de saúde nas ERPI, tal possa ter reduzido a quali-

dade dos cuidados prestados a estes doentes, é também importante ter em conta que a manutenção dos doentes nas ERPI pode ter contribuído para diminuir a sobrecarga dos hospitais durante os meses críticos de janeiro e fevereiro de 2021.

A conclusão geral a este nível é que o dispositivo de gestão da pandemia, nas suas múltiplas vertentes, não conseguiu impedir que a COVID-19 assumisse contornos mais severos no interior das ERPI do que no conjunto da população. Tal aconteceu, em parte, também nas ULDM, embora aqui com níveis mais baixos de prevalência e letalidade.

Desde logo, os lares mostraram-se muito vulneráveis à transmissão comunitária, com a curva incidência nas ERPI a acompanhar grosso modo a curva da incidência no conjunto da população. Aliás, a situação foi inclusivamente mais grave no interior das ERPI do que na comunidade, com os valores da incidência da COVID-19 entre os residentes das ERPI a serem 2,5 vezes superiores ao do conjunto da população com 70 ou mais anos.

Com efeito, as medidas de prevenção parecem ter tido uma eficácia limitada. Por um lado, não foi possível conter a propagação de surtos, com quase metade das ERPI a registarem pelo menos um surto durante o período em análise. E, uma vez detetados os surtos, as ERPI mostraram também grandes dificuldades em conter a sua propagação entre os residentes, com três quartos dos surtos a afetarem mais de 20% dos residentes no lar em que ocorreram.

Por outro lado, a concentração dos esforços de restrição de circulação na proibição de visitas de familiares pode ter sido exagerada, uma vez que os trabalhadores das ERPI e, em menor escala, as deslocações a instituições de saúde foram reportadas como as principais origens dos surtos. Inevitavelmente, os surtos originados em familiares parecem ter sido residuais.

No que se refere à taxa de letalidade atribuída à COVID-19, também aqui se verifica que a que se registou entre a população residente nas ERPI foi muito superior à que se registou entre os escalões etários comparáveis da população. A percentagem de casos que culminaram na morte do doente entre os residentes foi quatro vezes superior à que se registou no escalão etário 70-79 da população portuguesa e o dobro da registada para o escalão 80-89 anos. Como é evidente, este facto não pode ser interpretado sem atender à maior fragilidade do estado de saúde da população residente em ERPI. Mas importa considerar se esta não é também uma situação que coloca em causa a adequação de um modelo ERPI que não foi concebido para oferecer cuidados de saúde diferenciados.

Finalmente, embora o modelo estatístico utilizado tenha confirmado a existência de uma relação significativa entre os níveis de prevalência comunitária e a ocorrência de surtos em ERPI, revelou também a ausência de impactos significativos das diferentes dimensões identificadas na literatura como sendo fatores de risco para a prevalência da COVID-19.

A falta de poder explicativo destes fatores pode dever-se a vários motivos. Desde logo, as características e qualidade dos dados. Por um lado, várias medidas de prevenção – como a disponibilidade de equipamentos de proteção individual ou a existência de espaços de isolamento – foram adotadas por quase todos os respondentes, pelo que não podem, logicamente, constituir um fator explicativo para a ocorrência de surtos. Por outro lado, alguns dos fatores relevantes para a explicação da variação da incidência e da mortalidade dificilmente poderiam ser captados pelo questionário. É o caso da idade e do estado de saúde dos utentes das ERPI, dois fatores decisivos na mortalidade atribuída à COVID-19 e para os quais só dispomos de informação para os sobreviventes – os utentes existentes nas ERPI no momento da inquirição – e não para as vítimas mortais da doença.

É ainda possível a existência de enviesamentos que não é possível controlar com os dados disponíveis – por exemplo, uma eventual maior retração na resposta ao inquérito por parte das ERPI mais atingidas por surtos. Não obstante, a dimensão da amostra – que corresponde a cerca de um terço do universo de ERPI existentes em Portugal – é suficientemente grande para que não possamos classificar a ausência de poder explicativo daqueles fatores como um resultado espúrio. A procura da justificação para este facto está, todavia, fora do âmbito deste estudo.

Bibliografia



Burton, J. K., Bayne, G., Evans, C., Garbe, F., Gorman, D., Honhold, N., McCormick, D., Othieno, R., Stevenson, J. E., Swietlik, S., Templeton, K. E., Tranter, M., Willocks, L., & Guthrie, B. (2020). Evolution and effects of COVID-19 outbreaks in care homes: A population analysis in 189 care homes in one geographical region of the UK. *The Lancet Healthy Longevity*, 1(1), e21–e31. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(20\)30012-X](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(20)30012-X)

Centers for Disease Control and Prevention. (2020, fevereiro 11). *COVID-19 and Your Health*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/about-COVID-19.html>

Centro Académico de Investigação e Formação Biomédica do Algarve. (2021, abril 12). *1 ano do Programa «Heróis dos Testes»*. ABC. <https://abcmedicalg.pt/noticia/45>

Comas-Herrera, A., Zalakín, J., Lemmon, E., Henderson, C. L., Schmidt, A., Arling, G., & Fernández, J.-L. (2020). *Mortality associated with COVID-19 in care homes: International evidence*. International Long Term Care Policy Network. <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2021/02/Mortality-associated-with-COVID-among-people-living-in-care-homes-14-October-2020.pdf>

Dean, A., Venkataramani, A., & Kimmel, S. (2020). Mortality rates from COVID-19 are lower in unionized nursing homes: Study examines mortality rates in New York nursing homes. *Health Affairs*, 39(11), 1993–2001. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01011>

Direção Geral da Saúde. (2021). Relatório de vacinação, Portugal Continental, Semana 8. Direção Geral da Saúde. https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/03/Relato%CC%81rio_Vacinac%CC%A7a%CC%83o_3.pdf

DN/LUSA. (2021, maio 24). *Pandemia provocou desespero entre idosos e agravou saúde mental*. <https://www.dn.pt/sociedade/pandemia-provoco-desespero-entre-idosos-e-agravou-saude-mental--13757890.html>

Dykgraaf, S. H., Matenge, S., Desborough, J., Sturgiss, E., Dut, G., Roberts, L., McMillan, A., & Kidd, M. (2021). Protecting nursing homes and long-term care facilities from COVID-19: A rapid review of international evidence. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(10), 1969–1988. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.07.027>

ECDC Public Health Emergency Team, Danis, K., Fonteneau, L., Georges, S., Daniau, C., Bernard-Stoecklin, S., Domegan, L., O'Donnell, J., Hauge, S. H., Dequeker, S., Vandael, E., Van Der Heyden, J., Renard, F., Sierra, N. B., Ricchizzi, E., Schweickert, B., Schmidt, N., Abu Sin, M., Eckmanns, T., ... Schneider, E. (2020). High impact of COVID-19 in long-term care facilities, suggestion for monitoring in the EU/EEA, May 2020. *Eurosurveillance*, 25(22). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.22.2000956>

Filipe, S. (2022, abril 5). *Lares que proibem os idosos de sair incorrem em crime*. Diário de Notícias. <https://www.jn.pt/nacional/lares-que-proibem-os-idosos-de-sair-incorrem-em-crime-14742580.html>

- Gorges, R. J., & Konetzka, R. T. (2020). Staffing levels and COVID-19 cases and outbreaks in U.S. nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(11), 2462–2466. <https://doi.org/10.1111/jgs.16787>
- Governo da República Portuguesa. (2021, outubro 2). *Linha COVID Lares assinala um ano com quase três mil chamadas atendidas*. <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc22/comunicacao/comunicado?i=linha-covid-lares-assinala-um-ano-com-quase-tres-mil-chamadas-atendidas>
- Graham, N. S. N., Junghans, C., Downes, R., Sendall, C., Lai, H., McKirdy, A., Elliott, P., Howard, R., Wingfield, D., Priestman, M., Ciechonska, M., Cameron, L., Storch, M., Crone, M. A., Freemont, P. S., Randell, P., McLaren, R., Lang, N., Ladhani, S., F., Sanderson, & Sharp, D. J. (2020). SARS-CoV-2 infection, clinical features and outcome of COVID-19 in United Kingdom nursing homes. *Journal of Infection*, 81(3), 411–419. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.05.073>
- Hashan, M. R., Smoll, N., King, C., Ockenden-Muldoon, H., Walker, J., Wattiaux, A., Graham, J., Booy, R., & Khandaker, G. (2021). Epidemiology and clinical features of COVID-19 outbreaks in aged care facilities: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 33, 100771. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100771>
- Instituto Português do Mar e da Atmosfera. (2020, agosto 7). *Julho extremamente quente em Portugal*. <https://www.ipma.pt/pt/media/noticias/news.detail.jsp?f=/pt/media/noticias/arquivo/2020/resumo-clima-julho-20.html>
- Luísa, C. (2021). O impacto da pandemia COVID-19 na vida dos idosos: Perceção e mudança. *Revista INFAD de Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(2), 29–40. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n2.v3.2267>
- Organização Mundial da Saúde. (sem data). *The true death toll of COVID-19: Estimating global excess mortality*. Obtido 2 de maio de 2023, de <https://www.who.int/data/stories/the-true-death-toll-of-COVID-19-estimating-global-excess-mortality>
- Organização Mundial da Saúde. (2020a, março 11). *Organização Mundial da Saúde declara novo coronavírus uma pandemia* | **ONU News**. <https://news.un.org/pt/story/2020/03/1706881>
- Organização Mundial da Saúde. (2020b, dezembro 9). *The top 10 causes of death*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Thomas, K. K. (2020, julho 17). *The experiment that proved airborne disease transmission*. Bloomberg School of Public Health. <https://publichealth.jhu.edu/2020/the-experiment-that-proved-airborne-disease-transmission>

ANEXO I

Ponderação



Através de uma lista fornecida pelo MTSSS, foi possível estender o inquérito a todo o universo de ERPIs em Portugal, onde foram obtidas um total de 845 respostas, constituindo desta forma uma amostra representativa do universo. Contudo, a recolha de dados através de amostras representativas está sujeita a enviesamentos.

Neste caso específico, a taxa de não resposta por parte de algumas instituições torna necessária a aplicação de ponderações para criar estatísticas representativas da população subjacente e para compensar sub/sobre representação de casos específicos. Neste sentido, os dados foram ajustados para assegurar a representatividade da amostra em duas dimensões: natureza (social ou privado) e capacidade (≤ 20 utentes; 21-40 utentes; 41-60 utentes; 61-120 utentes; ≥ 121 utentes). Para cada unidade da amostra selecionada é anexado um ponderador que é posteriormente utilizado para obter estimativas dos parâmetros populacionais de interesse. Este documento apresenta a metodologia utilizada na construção destes ponderadores de maneira a obter uma amostra representativa do universo de ERPIs em Portugal por natureza e capacidade.

A ponderação é uma técnica estatística utilizada para ajustar dados amostrais de forma a torná-los representativos de uma população subjacente. Isto é, de modo a tornar a sua distribuição mais próxima da população que pretende estimar. A título de exemplo, considere uma amostra constituída por 400 ERPI, das quais 347 são de natureza social e 53 de natureza privada. A proporção de ERPIs de natureza social na amostra pode ser calculada através da seguinte fórmula:

$$z = n_s / n$$

Onde:

n_s representa o número de ERPIs de natureza social na amostra

n representa o número total de ERPIs na amostra

Neste exemplo, a proporção de ERPIs de natureza social é de 0,8675. Contudo, se recorrermos a informação auxiliar relativa à população, sabemos que a proporção de ERPIs de natureza social é de aproximadamente 71%, pelo que o estimador z está manifestamente errado.

Segundo Fotini, Evangelia e Michail (2013), existem três tipos de enviesamentos possíveis quando é realizado um inquérito. Em primeiro lugar, enviesamentos resultantes da sub/sobre representação de alguns subgrupos da população. Em segundo lugar, enviesamentos de não resposta quando as unida-

des inquiridas que não respondem constituírem uma amostra não aleatória da população. Por último, enviesamentos da dimensão da população quando se comparam dois ou mais países.

O objetivo da ponderação consiste na alteração do peso das unidades amostrais de forma a corrigir enviesamentos. No contexto deste projeto é importante controlar inicialmente para enviesamentos resultantes da sub/sobre representação de alguns subgrupos da população. O processo de ponderação adotado no âmbito deste projeto envolve duas etapas:

1. Cálculo dos ponderadores amostrais correspondentes aos pesos que levam em consideração a seleção da amostra;
2. Cálculo de ponderadores estratificados de forma a ajustar o ponderador amostral em função de totais populacionais conhecidos.

Ponderação inicial da amostra

A probabilidade de seleção, como o próprio nome indica, consiste na probabilidade de uma unidade ser incluída na amostra. Esta probabilidade pode ser diferente para cada elemento. No entanto, se for igual para todas as unidades da amostra, é representada através da seguinte equação:

$$\pi_i = n/N$$

Onde:

π_i representa a probabilidade de seleção de cada unidade i .

n representa a dimensão da amostra.

N representa a dimensão da população.

Quando a probabilidade de seleção é distinta para diferentes subgrupos, esta equação é aplicada a cada subgrupo g , da seguinte forma:

$$\pi_{ig} = n_g/N_g$$

Onde:

π_{ig} representa a probabilidade de cada unidade i no grupo g .

n_g representa a dimensão da amostra do grupo g .

N_g representa a dimensão da população do grupo g .

O ponderador inicial da amostra é calculado através do inverso da probabilidade de seleção para cada unidade. Nos casos em que existem subgrupos, o ponderador é distinto de acordo com o grupo a que unidade pertence. A fórmula de cálculo utilizada para o cálculo do ponderador inicial da amostra é:

$$W_{ig} = 1/\pi_{ig}$$

Onde:

W_{ig} representa o ponderador inicial da amostra para a unidade i do subgrupo g .

Uma vez que o número de ERPIs difere de acordo com a sua natureza, é possível calcular a sua probabilidade de seleção através da equação acima em que g representa a natureza da ERPI. As dimensões da população, amostra e cálculo do ponderador inicial podem ser consultados na Tabela 7.

Tabela 7. Cálculo dos ponderadores iniciais da amostra por natureza

Natureza	N_g	n_g	π_{ig}	W_{ig}
Privado e Lucrativo	747	198	0,265	3,773
Social e Solidário	1765	620	0,351	2,847

Ponderação pós-estratificada

A pós-estratificação calcula um novo conjunto de ponderadores com base na distribuição conjunta da amostra. Este método divide a amostra em grupos não sobrepostos (estratos), com o objetivo de obter amostras independentes entre os estratos mantendo a sua representatividade global. No âmbito deste projeto, pretendemos estratificar de acordo com a capacidade das ERPIs entre cinco grupos: ≤ 20 utentes; 21-40 utentes; 41-60 utentes; 61-120 utentes; ≥ 121 utentes. Para a pós-estratificação da amostra, é essencial que as células sejam mutuamente exclusivas e cubram toda a população. Para construir o ponderador pós-estratificado é necessário calcular para cada estrato a percentagem da amostra e a percentagem da população. De seguida, o ponderador de estratificação é calculado através da seguinte equação:

$$W_{ikg} = (N_{igk}/N_{ig}) / (n_{ikg}/n_{ig})$$

Onde:

N_{ikg} representa o total da população para a unidade i do subgrupo g e estrato k.

N_{ig} representa o total da população para unidade i do subgrupo g.

n_{ikg} representa o total da amostra para a unidade i do subgrupo g e estrato k.

n_{ig} representa o total da amostra para a unidade i do subgrupo g.

Por último, o ponderador final para cada unidade é obtido através do produto entre o ponderador inicial da amostra e o ponderador pós-estratificado:

$$W_i = W_{ig} \times W_{igk}$$

O cálculo do ponderador pós-estratificado e do ponderador final pode ser consultado na Tabela 8.

Tabela 8. Cálculo do ponderador estratificado e ponderador final

Natureza	Capacidade	N_{igk}	n_{igk}	N_{igk} / N_{ig}	n_{igk} / n_{ig}	W_{igk}	W_i
Privado e Lucrativo	<=20	287	86	0,38	0,43	0,885	3,337
	21-40	308	78	0,41	0,39	1,047	3,949
	41-60	106	26	0,14	0,13	1,081	4,077
	61-120	46	8	0,06	0,04	1,524	5,750
Social e Solidário	<=20	496	113	0,28	0,18	1,542	4,389
	21-40	710	244	0,40	0,39	1,022	2,910
	41-60	332	167	0,19	0,27	0,698	1,988
	61-120	211	91	0,12	0,15	0,814	2,319
	>=121	16	5	0,01	0,01	1,124	3,200

ANEXO II

Modelo estadístico



Através da base de dados resultante do inquérito às ERPI, procurou-se estimar a associação entre dimensões variadas de caracterização das ERPI e a ocorrência de surtos e incidência de COVID-19 nas ERPI em Portugal. Para cada um destes eventos foi desenvolvido um modelo explicativo com base nas características da variável dependente.

Modelo 1: Ocorrência de surtos de COVID-19

A ocorrência de surtos de COVID-19 em ERPI é capturada através de uma variável binária que adota o valor de 1 para todas as ERPI que reportaram casos de COVID-19 em 2020, e o valor de 0 para todas as ERPI que não reportaram casos de COVID-19 durante o mesmo período. Uma vez que a variável dependente é categórica e binária, utilizou-se uma regressão logística para estimar a associação entre as variáveis de caracterização identificadas e o odds ratio da ocorrência de um surto de COVID-19. A seleção de variáveis dependentes é feita através de análise bivariada e os modelos são criados através da introdução gradual de preditores. As variáveis com p-value < 0,05 são consideradas estatisticamente significativas.

Tabela 9. Ocorrência de surtos de COVID-19 – modelos de regressão modelos de regressão *bivariado* e *multivariado*

Características das ERPI	Introdução de COVID-19 em ERPI (≥ 1 infeção) N = 2512			
	Bivariado	P> z	Multivariado	P> z
Características regionais				
Incidência de COVID-19 por cada 10 000 habitantes, nº (%)				
1º Quartil	Ref.	.	Ref.	.
2º Quartil	0,169	0,415	0,105	0,721
3º Quartil	0,992	<0,001	1,181	<0,001
4º Quartil	1,126	<0,001	1,248	<0,001
Densidade populacional, nº (%)				
< 64	Ref.	.	Ref.	.
64 a 256	0,178	0,317	0,384	0,168
> 256	0,684	<0,001	-0,104	0,778
Meio				
Meio rural interior	Ref.	.	Ref.	.
Meio rural litoral	-0,008	0,969	-0,002	0,995
Meio urbano interior	0,297	0,191	-0,256	0,410
Meio urbano litoral	0,753	<0,001	0,560	0,097

Characteristics das ERPI	Introdução de COVID-19 em ERPI (≥ 1 infeção) N = 2512			
	Bivariado	P> z	Multivariado	P> z
Características da Instituição				
Natureza da instituição, n° (%)				
Sector privado e lucrativo	Ref.	.	Ref.	.
Sector social e solidário	0,517	0,002	1,027	<0,001
N° de residentes, n° (%)	0,029	<0,001	0,026	<0,001
<=20	Ref.	.	Rem.	
21-40	0,418	0,024	Rem.	
41-60	1,13465	<0,001	Rem.	
61-120	1,921154	<0,001	Rem.	
121+	1,851584	0,101	Rem.	
Proporção de utentes por quarto	-0,080	0,456	Rem.	
Proporção de trabalhadores por utente	-0,165	0,346	Rem.	
Proporção de ajudantes de ação direta por utente	0,020	0,738	-0,113	0,149
Proporção de enfermeiros(as) por utente	0,010	0,096	-0,004	0,647
Proporção de médicos(as) por utente	0,026	<0,001	Rem.	
Rotatividade de trabalhadores				
Proporção de trabalhadores contratados	0,697	0,097	2,379	0,001
Proporção de trabalhadores que deixaram a ERPI	0,285	0,555	-1,366	0,140
Pluriemprego				
Proporção de ajudantes de ação direta que trabalham simultaneamente noutro local	-0,101	0,820	Rem.	
Proporção de enfermeiros que trabalham simultaneamente noutro local	-0,562	0,007	Rem.	
Proporção de médicos que trabalham simultaneamente noutro local	-0,104	0,686	Rem.	
Articulação com instituições/autoridades de saúde				
Proporção de residentes com médico de família	-0,102	0,697	Rem.	
Proporção de residentes que são acompanhados pelos profissionais de saúde do centro de saúde local	-0,137	0,382	-0,310	0,189
Avaliação da articulação das autoridades de saúde com a ERPI			Rem.	
N/A	Ref.	.	Ref.	.
Bom	1,224	<0,001		
Nem bom nem mau	0,236	0,573		
Mau	0,838	0,073		
Número de vezes que a ERPI foi contactada pelo delegado de saúde local				
>4	1,656	<0,001	1,480	<0,001
3	0,582	0,072	0,721	0,107
2	0,207	0,529	0,684	0,087
1	0,073	0,822	0,335	0,386

Characteristics das ERPI	Introdução de COVID-19 em ERPI (≥ 1 infeção) N = 2512			
	Bivariado	P> z	Multivariado	P> z
Nunca	Ref.	.	Ref.	.
Número de vezes que a ERPI foi contactada pelo centro de saúde local				
Várias vezes por semana	0,970	0,001	0,366	0,411
Uma vez por semana	0,971	0,002	1,163	0,018
Uma ou duas vezes por mês	0,287	0,203	0,072	0,829
Menos de uma vez por mês	0,476	0,009	0,534	0,049
Nunca	Ref.	.	Ref.	.
Número de vezes que os profissionais do centro de saúde local visitaram a ERPI				
Uma vez por dia	-0,035	0,980	-2,783	0,017
Várias vezes por semana	0,462	0,376	0,060	0,933
Uma vez por semana	-0,116	0,813	-0,221	0,687
Uma ou duas vezes por mês	-0,117	0,681	-0,590	0,197
Menos de uma vez por mês	0,124	0,427	-0,256	,273
Nunca	Ref.	.	Ref.	.
Medidas de prevenção/resposta				
Distribuição de material de proteção				
Trabalhadores				
Não	Ref.	.	Ref.	.
Sim	0,0021	0,998	-0,253	0,861
Residentes				
Não	Ref.	.	Ref.	.
Apenas a alguns residentes	0,371	0,219	-0,272	0,530
A todos os residentes	0,637	0,010	0,235	0,496
Restrição de entrada				
Não	Ref.	.		
Sim	0,730	0,116		
Espaços de Isolamento				
Trabalhadores				
Não	Ref.	.		
Sim	0,027	0,907		
Residentes				
Não	Ref.	.		
Sim	-,175185	0,713		
Equipa-espelho				
Não	Ref.	.	Ref.	.
Sim	0,341	0,038	0,163	0,505

Characteristics das ERPI	Introdução de COVID-19 em ERPI (≥ 1 infecção) N = 2512			
	Bivariado	P> z	Multivariado	P> z
Equipa-casulo				
Não	Ref.	.	Ref.	.
Sim	0,349	0,054	0,232	0,336
Capacidade de criação de áreas diferenciadas				
Não	Ref.	.	Ref.	.
Sim	0,666	0,001	0,068	0,803
Recorreu às Brigadas				
Não	Ref.	.	Ref.	.
Sim	3,449	<0,001	3,604	<0,001
Recorreu à Linha Covid Lares				
Não	Ref.	.	Ref.	.
Sim	0,505	0,008	0,315	0,230
Recorreu às estruturas de apoio de retaguardas				
Não	Ref.	.	Ref.	.
Sim	1,834	<0,001	0,619	0,374
Recurso a programa(s) de apoio do IEFP (CEI, MAREES, etc)				
Não	Ref.	.	Ref.	.
Sim	0,361	0,014	-0,350	0,117
Recurso ao programa Adaptar Social + da Segurança Social				
Não	Ref.	.	Ref.	.
Sim	-0,003	0,982	0,038	0,849
_Cons			-3,651	0,020

Abreviações: Rem., variável removida; Ref., valor de referência.

Modelo 2: Incidência de COVID-19 na população das ERPI

A incidência de COVID-19 na população das ERPI é capturada através da taxa de incidência, calculada como a proporção de casos de infeção na população total de cada estrutura residencial. Apesar da variável dependente ser contínua, apenas apresenta valores entre 0 e 1, inclusive. Este aspeto da variável dependente é importante na seleção do método estatístico a aplicar, uma vez que vários métodos são incapazes de restringir as suas estimativas a valores entre 0 e 1. Neste caso, utilizou-se um modelo análogo aos modelos lineares generalizados que permite estimar variáveis dependentes cuja distribuição de valores observados está limitada ao intervalo aberto (0, 1) – *Beta Regression*. Mais uma vez, a seleção de variáveis dependentes é feita através de análise bivariada e os modelos são criados através da introdução gradual de preditores. As variáveis com *p-value* < 0,05 são consideradas estatisticamente significativas.

Tabela 10. Prevalência de COVID-19 nas ERPI – modelos de regressão bivariado e multivariado

Características das ERPI	Taxa de incidência N = 1310			
	Bivariado	P> z	Multivariado	P> z
Características regionais				
Incidência de COVID-19 por cada 10 000 habitantes, nº (%)				
1º Quartil	Ref.	.	Ref.	.
2º Quartil	0,118	0,624	0,0526	0,832
3º Quartil	0,314	0,152	0,498	0,055
4º Quartil	0,414	0,053	0,792	0,003
Densidade populacional, nº (%)				
< 64	Ref.	.	Ref.	.
64 a 256	-0,270	0,167	-0,066	0,769
> 256	-0,235	0,189	-0,478	0,083
Meio				
Meio rural interior	Ref.	.	Ref.	.
Meio rural litoral	0,035	0,874	0,207	0,428
Meio urbano interior	0,108	0,618	-0,016	0,943
Meio urbano litoral	-0,098	0,584	-0,078	0,753
Características da Instituição				
Natureza da instituição, nº (%)				
Sector privado e lucrativo	Ref.	.	Ref.	.
Sector social e solidário	0,234	0,184	-0,354	0,142

Características das ERPI	Taxa de incidência N = 1310			
	Bivariado	P> z	Multivariado	P> z
Nº de residentes, n° (%)				Rem.
<=20	Ref.	.		Rem.
21-40	-0,181	0,403		Rem.
41-60	-0,311	0,169		Rem.
61-120	-0,034	0,886		Rem.
121+	-0,521	0,114		Rem.
Proporção de utentes por quarto	-0,001	0,760		Rem.
Proporção de trabalhadores por utente	0,029	0,681		Rem.
Proporção de ajudantes de ação direta por utente	0,016	0,775	-0,054	0,343
Proporção de enfermeiros(as) por utente	-0,001	0,997	-0,04	0,614
Proporção de médicos(as) por utente	-0,002	0,604		Rem.
Rotatividade de trabalhadores				
Proporção de trabalhadores contratados	0,085	0,827	-0,273	0,556
Proporção de trabalhadores que deixaram a ERPI	0,379	0,418	0,799	0,170
Pluriemprego				Rem.
Proporção de ajudantes de ação direta que trabalham simultaneamente noutra local	-10,003	0,049		
Proporção de enfermeiros que trabalham simultaneamente noutra local	0,016	0,935		
Proporção de médicos que trabalham simultaneamente noutra local	0,204	0,333		
Articulação com instituições/autoridades de saúde				
Proporção de residentes com médico de família	0,523	0,022		Rem.
Proporção de residentes que são acompanhados pelos profissionais de saúde do centro de saúde local	-0,068	0,660	-0,165	0,366
Avaliação da articulação das autoridades de saúde com a ERPI				Rem.
N/A	Ref.	.		.
Bom	-0,231	0,648		
Nem bom nem mau	-0,159	0,771		
Mau	0,106	0,860		
Número de vezes que a ERPI foi contactada pelo delegado de saúde local				Rem.
>4	-0,125	0,653		
3	-0,571	0,156		
2	-0,808	0,064		
1	-0,929	0,036		
Nunca	Ref.	.		Ref.
Número de vezes que a ERPI foi contactada pelo centro de saúde local				
Várias vezes por semana	0,412	0,093	0,343	0,261
Uma vez por semana	0,299	0,303	0,489	0,122

Características das ERPI	Taxa de incidência N = 1310			
	Bivariado	P> z	Multivariado	P> z
Uma ou duas vezes por mês	-0,032	0,888	-0,202	0,475
Menos de uma vez por mês	-0,144	0,449	-0,264	0,189
Nunca	Ref.	.	Ref.	.
Número de vezes que os profissionais do centro de saúde local visitaram a ERPI				
Uma vez por dia	10,144	<0,001	0,278	0,444
Várias vezes por semana	0,472	0,352	-0,286	0,589
Uma vez por semana	0,740	0,065	0,271	0,618
Uma ou duas vezes por mês	0,333	0,255	0,122	0,724
Menos de uma vez por mês	0,052	0,739	0,022	0,903
Nunca	Ref.	.	Ref.	.
Medidas de prevenção/resposta				
Distribuição de material de proteção				
Trabalhadores			Rem.	
Não	Ref.	.		
Sim	-0,312	0,785		
Residentes			Rem.	
Não	Ref.	.		
Apenas a alguns residentes	-0,008	0,981		
A todos os residentes	0,112	0,680		
Restrição de entrada			Rem.	
Não	Ref.	.		
Sim	0,443	0,439		
Espaços de Isolamento			Rem.	
Trabalhadores			Rem.	
Não	Ref.	.		
Sim	-0,180	0,429		
Residentes			Rem.	
Não	Ref.	.		
Sim	-0,031	0,935		
Equipa-espelho				
Não	Ref.	.	Ref.	.
Sim	0,035	0,837	-0,027	0,885
Equipa-casulo				
Não	Ref.	.	Ref.	.
Sim	0,043	0,796	0,109	0,569
Capacidade de criação de áreas diferenciadas			Rem.	

Características das ERPI	Taxa de incidência N = 1310			
	Bivariado	P> z	Multivariado	P> z
Não	Ref.	.	.	.
Sim	0,043	0,864	.	.
Recorreu às Brigadas				
Não	Ref.	.	Ref.	.
Sim	10,646	<0,001	10,754	<0,001
Recorreu à Linha Covid Lares				
Não	Ref.	.	Ref.	.
Sim	0,373	0,041	0,218	0,259
Recorreu às estruturas de apoio de retaguardas				
Não	Ref.	.	Ref.	.
Sim	0,330	0,234	-0,088	0,759
Recurso a programa(s) de apoio do IEFP (CEI, MAREES, etc)				
Não	Ref.	.	Ref.	.
Sim	0,106	0,466	-0,005	0,978
Recurso ao programa Adaptar Social + da Segurança Social				
Não	Ref.	.	Ref.	.
Sim	0,136	0,353	0,147	0,359
_Cons			0,109	0,799

Abreviações: Rem., variável removida; Ref., valor de referência.

Os resultados da análise estatística:

1. Apontam para uma correlação significativa entre os níveis de prevalência comunitária e a ocorrência de surtos em ERPI;
2. Revelam que não existem impactos significativos nas diferentes dimensões identificadas na literatura como sendo fatores de risco para a prevalência da COVID-19, indiciando que há um tipo de risco que pode ser associado ao modelo residencial de resposta social e/ou à relativa homogeneidade do setor nas condições em que essa resposta social é providenciada;
3. Permitem concluir que as medidas tomadas (ou a capacidade de aferir a sua variação através do nosso inquérito) não permitiram diminuir significativamente e/ou de modo diferenciado os níveis de risco de infeção por SARS-Cov-2.

DANIEL CAROLO é licenciado em serviço social (ISSSL), mestre em economia e política social (ISEG), doutorado em ciências sociais - especialidade em sociologia política (ICS) e investigador do CoLABOR.

PEDRO ESTÊVÃO é licenciado em sociologia (ISCTE-IUL) e investigador do CoLABOR.

JENA SANTI é licenciada e mestre em economia (ISCTE-IUL), e investigadora do CoLABOR.

DANIEL CAROLO . PEDRO ESTEVÃO . JENA SANTI

Impacto da COVID-19 nos lares de idosos

O estudo tem como objetivo avaliar o impacto da pandemia COVID-19 nas estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI), partindo da análise de fatores sociodemográficos, territoriais e organizacionais.

O estudo recorreu a dois tipos de fontes. Em primeiro lugar, dados oficiais provenientes do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), fornecida pela Direção Geral de Saúde (DGS), e informação de caracterização da rede ERPI e também de cariz epidemiológico cedida pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (GEP-MTSSS) e pelo Instituto da Segurança Social (ISS-IP). Em segundo lugar, a aplicação de um inquérito online ao universo de ERPI e de Unidades de Longa Duração e Manutenção da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrado (ULDM-RNCCI) em Portugal Continental.

O estudo apresenta duas conclusões principais. A primeira conclusão é que tanto a prevalência como a letalidade por COVID-19 entre os utentes das ERPI são significativamente mais elevadas do que as da restante população idosa – e também relativamente aos utentes das ULDM. A segunda conclusão é que as variáveis relativas às medidas de prevenção e resposta – equipas-espelho; equipas-casulo; restrição de circulação na proibição de visitas de familiares; existência de equipamentos de proteção individual; capacidade de criação de áreas diferenciadas; recurso a programas de apoio do IEFP entre outras – parecem não ter tido um impacto significativo na explicação da variação na ocorrência de surtos e na variação da prevalência entre diferentes instituições.

Estudo financiado por:



CoLABOR

Laboratório Colaborativo para o Trabalho, Emprego e Proteção Social
Rua das Taipas, n.º 1, 1250-264 Lisboa
www.colabor.pt



O CoLABOR – Laboratório Colaborativo para o Trabalho, Emprego e Proteção Social é uma instituição de investigação científica reconhecida pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, que conta com uma equipa multidisciplinar de investigadores altamente qualificados.

O CoLABOR tem quatro objetivos centrais: apoiar a conceção e reformulação de políticas nas suas áreas temáticas; capacitar as instituições, incluindo a administração pública, as empresas e as instituições do Terceiro Setor; qualificar o emprego, mediante a formação de quadros e a criação de emprego científico; contribuir para debate público nas áreas do trabalho e da proteção social, através de formas de divulgação eficazes e inovadoras dos resultados da investigação que leva a cabo.

O CoLABOR concretiza estes objetivos através de uma agenda ambiciosa de aprofundamento do conhecimento científico em torno de três eixos temáticos centrais: o trabalho e emprego; a proteção social e os equipamentos e respostas sociais. Nesta agenda, destacam-se as seguintes prioridades: o estudo dos impactos das novas tecnologias sobre o trabalho e a proteção social; a reflexão sobre a adequação e sustentabilidade de diferentes modelos de proteção social; e a avaliação de equipamentos e respostas sociais.

Transversalmente a estas áreas temáticas, o CoLABOR desenvolve e mantém a DataLABOR, uma plataforma digital de sistematização, análise crítica, visualização de informação estatística e jurídica de âmbito internacional, nacional, regional e local nas áreas do trabalho, emprego e proteção social.

Para desenvolver a sua atividade, o CoLABOR conta com o apoio dos seus associados, onde se contam diversas instituições universitárias e de investigação, instituições do Terceiro Setor, empresas e um município. O financiamento do CoLABOR assenta numa tripé composto por: financiamento basal público, financiamento competitivo e receitas provenientes da venda de produtos e da prestação de serviços.

