

Prevalência de Demência e Declínio Cognitivo nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas Portuguesas: Um Estudo Transversal

Prevalence of Dementia and Cognitive Decline in Portuguese Residential Care Homes: A Cross-Sectional Study

Miguel PADEIRO ¹, Flávia BORGES-MACHADO ², Oscar RIBEIRO ², Liliana SOUSA ², Ricardo ALMENDRA ¹, Paula SANTANA ¹

Acta Med Port 2026 Feb;39(2):104-113 ▪ <https://doi.org/10.20344/amp.23847>

RESUMO

Introdução: A demência é uma das principais causas de dependência entre pessoas idosas e representa um desafio crítico para os sistemas de cuidados de longa duração. Apesar da relevância do tema, os dados nacionais sobre a prevalência de demência em estruturas residenciais para pessoas idosas permanecem escassos.

Métodos: Realizou-se um estudo transversal, observacional e de base institucional, integrado no projeto SINDIA. O estudo baseou-se num inquérito online dirigido às direções técnicas das estruturas residenciais para pessoas idosas em Portugal, conduzido entre janeiro e julho de 2024. O questionário recolheu informação sobre características institucionais (sector, localização territorial, valor-base da mensalidade, especialização em demência, número total de residentes) e sobre a prevalência de demência diagnosticada e de declínio cognitivo sem diagnóstico registado. As análises foram efetuadas com o programa R (versão 4.1.2), tendo sido calculadas percentagens médias e intervalos de confiança a 95% (método *t* de Student), ponderados por região NUTS-2. Procedeu-se ainda a uma análise de *clusters* hierárquica (método de Ward) para identificar perfis institucionais diferenciados.

Resultados: Em média, 31,7% dos residentes apresentavam diagnóstico de demência e 22,3% suspeita de declínio cognitivo sem diagnóstico registado, totalizando 50,2% da população residente, após eliminação de algumas observações da amostra. A proporção variou segundo o território, o sector institucional, o valor da mensalidade e a especialização na demência autoidentificada. Uma análise de *clusters* revelou três perfis institucionais distintos, destacando-se um grupo maioritário de ERPI com baixa formalização diagnóstica, sobretudo no sector solidário e em instituições com preços mais reduzidos.

Conclusão: Os resultados apontam para uma elevada prevalência de demência e de declínio cognitivo sem diagnóstico registado em contexto de estruturas residenciais para pessoas idosas em Portugal. Estes resultados reforçam a necessidade de políticas públicas que promovam o diagnóstico precoce, a qualificação das equipas e a redução das desigualdades territoriais e institucionais na resposta à demência.

Palavras-chave: Avaliação Geriátrica; Demência/epidemiologia; Disfunção Cognitiva/epidemiologia; Doença de Alzheimer/epidemiologia; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Instituições Residenciais; Portugal

ABSTRACT

Introduction: Dementia is one of the leading causes of dependency among older people and poses a critical challenge for long-term care systems. Despite the importance of the issue, national data on the prevalence of dementia in residential care homes remain limited.

Methods: A cross-sectional, observational, and institution-based study was conducted within the framework of the SINDIA project. The study was based on an online survey addressed to the technical directors of residential care homes for older people in Portugal, carried out between January and July 2024. The questionnaire collected information on institutional characteristics (sector, territorial location, base monthly fee, dementia specialization, and total number of residents) and on the prevalence of formally diagnosed dementia cases and of cognitive decline without a recorded diagnosis. Data were analyzed using the R software (version 4.1.2). Mean percentages and 95% confidence intervals (Student's *t*-method), weighted by NUTS-2 region, were calculated. A hierarchical cluster analysis (Ward's method) was also performed to identify distinct institutional profiles.

Results: On average, 31.7% of residents had a formal dementia diagnosis and 22.3% showed signs of undiagnosed cognitive decline, resulting in 50.2% of the resident population presenting some degree of cognitive impairment, after data cleaning. The proportion varied across territories, institutional sectors, monthly fees and self-reported specialization. A cluster analysis identified three distinct institutional profiles, with a majority group of facilities characterized by lower diagnostic formalization, especially in the non-profit sector and among lower-cost institutions.

Conclusion: The findings are suggestive of a very high prevalence of cognitive impairment in Portuguese residential care homes. These results highlight the need for public policies aimed at improving early diagnosis, enhancing staff training, and reducing territorial and institutional inequalities in the response to dementia.

Keywords: Alzheimer Disease/epidemiology; Cognitive Dysfunction/epidemiology; Dementia/epidemiology; Geriatric Assessment; Homes for the Aged; Portugal; Residential Facilities

1. Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território. Departamento de Geografia e Turismo. Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal.

2. RISE-Health. Departamento de Educação e Psicologia. Universidade de Aveiro. Aveiro. Portugal.

✉ Autor correspondente: Miguel Padeiro. jmnp@uc.pt

Recebido/Received: 20/08/2025 - Aceite/Accepted: 10/11/2025 - Publicado/Published: 02/02/2026

Copyright © Ordem dos Médicos 2026



KEY MESSAGES

- Na amostra composta por 423 estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI) portuguesas, mais de metade dos residentes apresenta declínio cognitivo, incluindo 31,7% com diagnóstico formal de demência e 22,3% com suspeita de declínio cognitivo sem diagnóstico registado.
- O peso significativo de casos sem diagnóstico registado (22,3%) indica uma tendência de subdiagnóstico, sobretudo em instituições com mensalidades mais baixas, o que levanta preocupações de equidade na acessibilidade aos profissionais de saúde que irão diagnosticar as situações de declínio cognitivo.
- A prevalência amostral varia por região, atingindo 60,5% no Algarve, 58,6% nas Regiões Autónomas e 53,9% na Área Metropolitana de Lisboa, o que contrasta com os valores de 43,4% registados no Alentejo.
- Nas ERPI privadas com fins lucrativos, a proporção de residentes com declínio cognitivo é mais elevada (56,6%) do que nas do sector solidário/público (48,9%). As ERPI que se autoidentificam como tendo especialização em demência associam-se a maior visibilidade diagnóstica (41,6% vs 30,5%).
- A análise de *clusters* revelou três perfis de ERPI, incluindo um grupo maioritário de instituições solidárias com baixa formalização diagnóstica (76,8% da amostra) e um perfil de ERPI privadas com elevada taxa de diagnóstico (41,5%) apesar de não se assumirem como especializadas.

INTRODUÇÃO

A demência constitui um dos maiores desafios de saúde pública. As mais recentes estimativas sugerem que, em 2019, esta condição afetava cerca de 57 milhões de pessoas à escala mundial, e que este número deverá atingir perto de 153 milhões em 2050.¹ A demência afetava, no mesmo ano, cerca de 7% das pessoas com idade entre 70 e 84 anos, e perto de 23% das pessoas com 85 ou mais anos.¹ Na Europa, em 2018, estimou-se uma taxa de prevalência de 1,3% das pessoas entre 65 e 69 anos, 3,3% entre 75 e 79 anos, e 12,1% e 21,9% nos grupos 80 - 84 e 85 - 89 anos, respetivamente.²

De acordo com os dados de 2024, Portugal é o segundo país mais envelhecido da União Europeia, com um índice de envelhecimento de 185,3, apenas antecedido pela Itália (190,3).³ Tem vindo a destacar-se como um dos países europeus com maior prevalência da demência.^{4,5} As projeções mais recentes apontam para, no mínimo, uma duplicação da prevalência entre 2020 e 2080.⁶ Ao contrário dos diversos estudos que têm sido conduzidos ao longo dos últimos anos para estimar a prevalência da demência em Portugal, são poucos os que contemplam as estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI). Um relatório da Direção-Geral da Saúde (DGS)⁷ refere uma proporção de 25% de pessoas, outro estudo conduzido no concelho de Bragança aponta para 26%,⁸ e o Projeto Cuidar Melhor,⁹ conduzido em Cascais, Sintra e Oeiras, sugere uma percentagem à volta de 36%. A variabilidade dos resultados faz eco ao que se regista a nível internacional: uma meta-análise¹⁰ que incluiu 19 estudos conduzidos em diversos países do mundo estimou uma prevalência global, em serviços residenciais, de 53% (IC 95%: 46% - 59%). Todavia, os valores variavam de 11% no México¹¹ e 34% em Espanha¹² a mais de 80%

na Noruega e nos Países Baixos.^{13,14} Outro estudo evidenciou uma diferença significativa entre a Hungria (13%) e a Suécia (de 70% a 80%).¹⁵ A prevalência mais elevada foi encontrada em Taiwan, com uma taxa de 87%.¹⁶ Os números são geralmente mais elevados em contexto de ERPI do que na comunidade, o que é expectável por três motivos: (i) a institucionalização resulta, frequentemente, do surgimento ou agravamento dos sintomas de declínio cognitivo¹⁷⁻¹⁹; (ii) a institucionalização pode acelerar ou agravar o quadro clínico da demência²⁰; (iii) a população que se encontra em contexto residencial é mais velha que a população não institucionalizada.^{21,22} Persiste, contudo, uma falta de dados de prevalência da demência em ERPI.⁴

Este estudo exploratório tem, por isso, dois objetivos principais: (i) apresentar uma estimativa do número e proporção de pessoas, residentes nas ERPI portuguesas, que tenham (i-a) um diagnóstico clínico de demência ou (i-b) suspeita de declínio cognitivo, sem diagnóstico registado; (ii) analisar a variação das proporções em função de diversos critérios (localização, sector, valor da mensalidade, especialização na demência autoidentificada). Os objetivos secundários consistem em (i) explorar as variações regionais e institucionais das proporções de demência e declínio cognitivo; (ii) identificar perfis diferenciados de ERPI com base nas suas características estruturais e clínicas; (iii) avaliar indiretamente a magnitude do subdiagnóstico e das desigualdades territoriais associadas.

MÉTODOS

Este trabalho constitui um estudo transversal de natureza observacional, baseado num inquérito nacional dirigido a diretores técnicos de ERPI em Portugal.

Participantes

O único critério de inclusão para o estudo foi ser diretor técnico de uma ERPI localizada em território nacional continental e listada na Carta Social²³ tutelada pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, ou localizada nas Regiões Autónomas da Madeira e Açores. O convite foi enviado a todas as instituições elegíveis. O recrutamento dos participantes foi objeto de uma estratégia de divulgação do estudo realizada através da Associação Nacional de Gerontólogos, das Câmaras Municipais, e do site do projeto SINDIA. A recolha de dados foi efetuada através da plataforma *LimeSurvey*, entre janeiro e julho de 2024.

Instrumento

O inquérito foi desenvolvido pela equipa de investigação, tendo sido realizados dois *webinars*, com a participação de várias diretoras técnicas de ERPI para a sua validação prévia.

O inquérito foi concebido para recolher informação relativa à instituição e aos residentes, particularmente em duas dimensões [Apêndice 1, Tabela 1 (Apêndice 1: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/23847/15872>)]: (i) caracterização institucional (e.g., natureza jurídica, localização) e estrutural (e.g., tipo de edifício, número de quartos); e (ii) perfil dos residentes (número total de residentes, número de residentes com diagnóstico de demência, número de residentes com algum grau de declínio cognitivo). Todos os dados foram autorreportados pelas direções técnicas de ERPI, sem verificação externa ou padronização dos critérios. Os diagnósticos formais de demência constam dos processos individuais dos residentes, independentemente da especialidade do profissional que efetuou o diagnóstico. Quanto ao declínio cognitivo sem diagnóstico registado, assenta nas declarações dos inquiridos. De um modo geral as avaliações cognitivas são realizadas pelo menos uma vez por ano a todos os residentes, para conseguirem elaborar o plano individual de cuidados.

Considerações éticas

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, a 15 de janeiro de 2024, com a referência CE-001/2024. Nenhum dado pessoal e/ou sensível foi solicitado aos participantes. O consentimento informado foi obtido eletronicamente, com todos os participantes a concordarem em participar no estudo após serem devidamente esclarecidos sobre os seus objetivos e procedimentos.

Preparação dos dados

Variáveis de interesse

Foram escolhidas três variáveis de interesse. A per-

centagem de residentes com diagnóstico de demência foi calculada com base nos números declarados e no total de residentes. No caso dos intervalos de valores relativos às pessoas com declínio cognitivo sem diagnóstico registado, e para efeitos de estimativas, foi considerado o valor mais baixo de cada intervalo (e.g., para o intervalo “21 - 30 residentes” considerou-se o número de 21). Esta opção leva a uma subestimativa sistemática da prevalência real de declínio cognitivo. A percentagem de residentes com declínio cognitivo sem diagnóstico registado foi calculada com base nesse valor e no total de residentes. A terceira resultou do somatório das duas percentagens anteriormente obtidas.

Variáveis categóricas

Antes de proceder às análises, as modalidades de três das quatro variáveis categóricas mobilizadas foram adaptadas. No caso do sector a que pertencem as ERPI, os sectores solidário e público foram agrupados numa categoria “sector solidário ou público”, devido ao reduzido número de ERPI do sector público na amostra ($n = 6$).

O valor fixo da mensalidade foi dividido em duas categorias: “até mil euros” e “acima de mil euros”. As categorias originais (“até €800”, “€801 - €1000”, “€1001 - €1500”, “€1501 - €2000”, “€2001 - €2500”, “mais de €2500”) apresentavam uma distribuição muito assimétrica, com apenas 104 ERPI entre €1001 e €1500, e 34 acima de €1500. A terceira variável, relativa à localização das ERPI, foi obtida com base no concelho de pertença. As ERPI foram reagrupadas por região NUTS-2: Norte, Centro, Área Metropolitana de Lisboa (AML), Alentejo, Algarve, Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. As últimas duas foram agrupadas numa única categoria “Regiões Autónomas”, devido ao baixo número de respostas (oito nos Açores, duas na Madeira). A única variável categórica que não necessitou nenhuma adaptação foi a de especialização autoidentificada na demência: manteve-se como variável binária (valor 1 se a resposta fosse “sim”, 0 se fosse “não”).

Análise dos dados

No sentido de melhorar a representatividade da amostra, procedeu-se a uma ponderação pós-estratificação²⁴ com base no número de ERPI por região NUTS-2 (e agrupamento das Regiões Autónomas). As análises foram realizadas com os dados ponderados. Não se verificaram valores em falta nas variáveis principais. Foram apenas removidos casos em que a soma do número de residentes com demência e do número de residentes com declínio cognitivo sem diagnóstico registado excedia o número total de residentes reportado pela instituição. Procedeu-se à verificação de valores extremos na variável “número total de residentes” com base no intervalo interquartil (IQR). Identificaram-se valores extremos por excesso (instituições

com número elevado de residentes, de 96 a 128). Por se tratar de valores plausíveis, optou-se por manter todas as observações.

A análise incidu sobre três conjuntos de variáveis: (i) proporção de residentes com diagnóstico registado de demência ($n = 423$); (ii) proporção de residentes com declínio cognitivo sem diagnóstico registado ($n = 423$); e (iii) soma das duas categorias ($n = 400$), após exclusão de 23 respostas em que o somatório das duas superava o número total de residentes. As percentagens foram calculadas com os respetivos intervalos de confiança ao nível de 95%, obtidos pelo método t de Student, recorrendo às funções padrão do programa R (versão 4.1.2).

Foi ainda realizada uma análise de *clusters* hierárquica para agrupar as instituições com base na semelhança multivariada dos seus padrões, sem impor categorias prévias.²⁴ Foram selecionadas seis variáveis para esta análise: proporção de residentes com diagnóstico de demência; proporção de residentes com suspeita de declínio cognitivo sem diagnóstico registado; número total de residentes; valor da mensalidade; especialização institucional autoidentificada em demência; natureza jurídica. A análise foi conduzida através do método de Ward, com base na matriz de distâncias euclidianas. O número ótimo de agrupamentos foi determinado por análise do coeficiente de silhueta.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

Foram consideradas 423 respostas válidas [Apêndice 1, Tabela 1 (Apêndice 1: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/23847/15872>)], que correspondem a 16,0% do total das 2642 ERPI existentes em Portugal. A distribuição geográfica dos inquiridos não difere muito da distribuição das ERPI no território nacional [Apêndice 1, Tabela 2 (Apêndice 1: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/23847/15872>)], embora revele uma ligeira sobre-representação de algumas regiões, particularmente da região Centro, bem como uma sub-representação da AML.

Número reportado de residentes com demência diagnosticada ou com declínio cognitivo sem diagnóstico registado

Os dados revelam uma prevalência significativa de residentes com demência nas ERPI portuguesas. A proporção média de residentes com diagnóstico formal de demência é de 31,7%, enquanto 22,3% apresentam declínio cognitivo sem diagnóstico registado (Tabela 1). Combinando ambas as categorias, e após remoção das 23 observações já referidas, mais de metade dos residentes (50,2%) apresenta défice cognitivo modesto a significativo. Estes valores correspondem a médias por instituição e não a proporções

absolutas. Quando se consideram o total de residentes, estima-se que entre 53,8% e 60,2% apresentem demência ou declínio cognitivo.

Observa-se uma variação territorial significativa (Tabela 2). A AML apresenta a proporção mais elevada de pessoas com diagnóstico de demência (41,7%), seguida das Regiões Autónomas e do Algarve. Já o Alentejo regista os valores mais baixos (27,4%). Quanto ao declínio cognitivo sem diagnóstico registado, os valores mais altos observam-se no Algarve (28,7%) e no Norte (26,3%), e os mais baixos na AML e no Alentejo. A soma das duas categorias é mais elevada no Algarve (60,5%), seguida das Regiões Autónomas (58,6%) e da AML (53,9%).

O sector institucional também mostra disparidades (Tabela 3). As ERPI privadas lucrativas registam 41,0% de diagnósticos de demência formais, bastante acima dos 29,8% observados no sector solidário ou público. No declínio cognitivo sem diagnóstico registado, as diferenças entre sectores são menos marcadas. Globalmente, a proporção combinada de residentes com deterioração cognitiva é de 56,6% nas ERPI privadas e 48,9% nas ERPI de natureza solidária ou públicas. Quanto ao valor da mensalidade, as ERPI com preços superiores a mil euros apresentam mais diagnósticos formais (36,4% vs 28,4% naquelas com mensalidade inferior). Em sentido inverso, o declínio cognitivo sem diagnóstico registado é mais prevalente nas ERPI de menor custo (23,5% vs 20,7%). No total, as instituições mais dispendiosas registam uma média de 54,3% de residentes com ou sem diagnóstico registado (demência com diagnóstico + suspeita de declínio cognitivo sem diagnóstico formal), face a 47,2% nas restantes. Por fim, a autoidentificação como resposta especializada em demência corresponde a valores médios mais elevados de diagnóstico formal (41,6% face a 30,5% nas não especializadas), mantendo-se valores semelhantes quanto ao declínio cognitivo sem diagnóstico registado. A proporção total atinge 59,3% nas ERPI especializadas e 49,1% nas restantes.

Análise de *clusters*

A análise revelou três grupos de ERPI, aos quais foram atribuídas designações que refletem as suas principais características organizacionais e clínicas (Tabela 4).

O *cluster* 1, que pode ser denominado “Perfil invisível generalista” ($n = 325$; 76,8% da amostra), agrupa instituições que pertencem predominantemente ao sector solidário ou público (99,4%), sem especialização em demência (0%) e com mensalidades maioritariamente inferiores a €1000 (70,2% dos casos). Apresenta a menor proporção média de residentes com diagnóstico de demência (28,7%) e a maior proporção de declínio cognitivo sem diagnóstico registado (22,5%). Com uma média de 41 residentes por instituição, este grupo sugere organizações de maior

Tabela 1 – Características institucionais das ERPI participantes (n = 423)

Variáveis	Respostas	n	% (IC 95%)	Média (IC 95%)
Natureza jurídica	Solidário	345	81,6 (77,5 – 85,1)	-
	Público	6	1,4 (0,6 – 3,2)	-
	Privado lucrativo	72	17,0 (13,6 – 21,0)	-
Região NUTS-2	Norte	126	29,8 (25,5 – 34,4)	-
	Centro	174	41,1 (36,4 – 46,0)	-
	AML	30	7,1 (4,8 – 10,0)	-
	Alentejo	67	15,8 (12,5 – 19,7)	-
	Algarve	16	3,8 (2,2 – 6,1)	-
	R.A. Açores	8	1,9 (0,8 – 3,7)	-
	R.A. Madeira	2	0,5 (0,1 – 1,7)	-
Valor-base da mensalidade	Até €1000	249	58,9 (54,0 – 63,6)	-
	Acima de €1000	174	41,1 (36,4 – 46,0)	-
Especialização na demência	Sim	45	10,6 (7,9 – 14,0)	-
	Não	378	89,4 (86,0 – 92,1)	-
Residentes	Número total de residentes	423	-	39,6 (37,5 – 41,7)
	Número e percentagem de residentes com demência diagnosticada	423	-	31,7 (29,9 – 33,4)
	Número e percentagem mínima de residentes com declínio cognitivo sem diagnóstico registado	423	-	22,3 (20,6 – 24,0)
	Número e percentagem mínima de residentes com demência diagnosticada e residentes com declínio cognitivo sem diagnóstico registado	400	-	50,2 (48,1 – 52,3)

Fonte: cálculos dos autores com base no inquérito às ERPI. IC: intervalo de confiança ao nível 95%. As médias apresentadas aqui e nas restantes tabelas são médias das percentagens das respostas sociais.

dimensão e com capacidade institucional limitada para a identificação e diagnóstico clínico de demência. O *cluster* 2, designado “Perfil especializado misto” (n = 45; 10,6%), é composto exclusivamente por ERPI especializadas em demência (100%), com presença significativa do sector privado com fins lucrativos (37,8%) e 57,8% de mensalidades acima de €1000. Apresenta a maior proporção média de diagnósticos de demência (41,6%) e dimensão semelhante ao *cluster* 1 (41 residentes). O *cluster* 3, denominado “Perfil privado visível reduzido” (n = 53; 12,5%), reúne exclusivamente ERPI privadas com fins lucrativos, com men-

salidades superiores a €1000 em 96,2% dos casos e sem qualquer especialização em demência (0%). Ainda assim, apresentam uma taxa elevada de diagnóstico (41,5%) e menor dimensão média (27,7 residentes), o que poderá refletir um cuidado mais individualizado e o acesso facilitado a diagnóstico clínico no contexto privado.

DISCUSSÃO

Alinhamento com a literatura e hipóteses explicativas

Os resultados deste estudo oferecem um contributo relevante para o conhecimento dos casos de demência e de

Tabela 2 – Percentagens ponderadas e intervalos de confiança, por região

Variável	Região NUTS-2	n	Média	Min. IC	Máx. IC
Demência diagnosticada	Norte	126	32,9%	29,6%	36,1%
	Centro	174	30,1%	27,4%	32,8%
	AML	30	41,7%	33,7%	49,6%
	Alentejo	67	27,4%	23,2%	31,6%
	Algarve	16	34,9%	26,9%	42,8%
	Regiões Autónomas	10	37,0%	25,5%	48,5%
Declínio cognitivo sem diagnóstico registado	Norte	126	26,3%	22,6%	30,0%
	Centro	174	21,2%	18,7%	23,6%
	AML	30	18,6%	12,3%	25,0%
	Alentejo	67	17,3%	13,9%	20,6%
	Algarve	16	28,7%	19,4%	38,0%
	Regiões Autónomas	10	27,1%	13,4%	40,9%
Demência + declínio cognitivo	Norte	115	52,7%	48,7%	56,6%
	Centro	168	49,2%	46,0%	52,4%
	AML	27	53,9%	45,2%	62,6%
	Alentejo	66	43,4%	38,1%	48,7%
	Algarve	15	60,5%	52,3%	68,7%
	Regiões Autónomas	9	58,6%	40,5%	76,7%

Fonte: cálculos dos autores com base no inquérito às ERPI.

Tabela 3 – Percentagens ponderadas e intervalos de confiança, segundo o sector, o intervalo de preços da mensalidade e a indicação de especialização na demência.

Sector	Demência diagnosticada		Declínio cognitivo sem diagnóstico registado		Demência + declínio cognitivo	
	Solidário ou público	Privado lucrativo	Solidário ou público	Privado lucrativo	Solidário ou público	Privado lucrativo
n	351	72	351	72	334	66
Média	29,8%	41,0%	22,6%	21,1%	48,9%	56,6%
Mín. IC	27,8%	37,0%	20,7%	16,6%	46,6%	52,3%
Máx. IC	31,7%	45,0%	24,4%	25,6%	51,3%	60,9%
Preço-base	Até mil euros	Mais de mil euros	Até mil euros	Mais de mil euros	Até mil euros	Mais de mil euros
n	249	174	249	174	233	167
Média	28,4%	36,4%	23,5%	20,7%	47,2%	54,3%
Mín. IC	26,1%	33,7%	21,2%	18,1%	44,5%	51,1%
Máx. IC	30,7%	39,0%	25,7%	23,3%	49,9%	57,6%
ERPI especializada	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
n	45	378	45	378	42	358
Média	41,6%	30,5%	21,6%	22,4%	59,3%	49,1%
Mín. IC	35,3%	28,7%	16,4%	20,6%	52,7%	46,9%
Máx. IC	48,0%	32,3%	26,7%	24,2%	65,8%	51,3%

declínio cognitivo nas ERPI em Portugal. Verificou-se uma ampla presença destas condições no universo institucional analisado: em média, um terço dos residentes apresenta

diagnóstico formal de demência, e cerca de um quinto tem suspeita de declínio cognitivo sem diagnóstico registado. Estas categorias abrangem mais de metade da população

Tabela 4 – Caracterização dos *clusters* obtidos por análise hierárquica (Ward, distância euclidiana)

Cluster	n	% demência (média)	% declínio cognitivo sem diagnóstico registado (média)	% mensalidade > €1000	% especializadas em demência	% sector privado lucrativo	N.º médio de residentes
1	325	28,7%	22,5%	29,8%	0%	0,6%	41,4
2	45	41,6%	21,6%	57,8%	100%	37,8%	41,0
3	53	41,5%	22,0%	96,2%	0%	100%	27,7

Fonte: inquérito às ERPI, cálculos dos autores

residente, o que confirma o défice cognitivo (significativo e/ou modesto) como uma situação clínica dominante das ERPI. Os valores estão alinhados com diversos estudos europeus que identificam entre 50% e 80% de residentes com declínio cognitivo em instituições de cuidados de longa duração,¹²⁻¹⁵ sendo ligeiramente superiores aos valores obtidos em análises conduzidas em Portugal, que se concentraram apenas na demência formalmente diagnosticada.⁷⁻⁹ Importa salientar que a métrica principal utilizada neste estudo corresponde à média das proporções reportadas por cada ERPI, e não a uma estimativa direta de prevalência ao nível da população residente. Os resultados refletem tendências institucionais médias, baseadas na informação disponibilizada pelas direções técnicas, e não devem ser interpretados como prevalência populacional global. Esta opção metodológica permitiu caracterizar a distribuição das situações de demência entre instituições, mas limita a generalização dos valores absolutos à população total de residentes em ERPI.

Três aspetos merecem particular reflexão e aprofundamento. Em primeiro lugar, os dados sugerem a existência de um importante contingente de residentes com suspeita de défice cognitivo ligeiro/demência, mas sem diagnóstico formal registado, o que vem confirmar o que outros estudos já têm vindo a documentar. Por exemplo, o Projeto Cuidar Melhor,⁹ desenvolvido nos concelhos de Cascais, Oeiras e Sintra, já havia mostrado que cerca de 65% das pessoas identificadas com suspeita de demência apresentavam, de facto, um diagnóstico de demência. Noutro caso, verificou-se que 58% dos residentes em seis ERPI localizadas em Glasgow apresentavam um diagnóstico de demência registado nos seus planos de cuidados, enquanto 32% – sem qualquer indicação de demência nesses mesmos planos – obtiveram pontuações no *Mini-Mental State Examination* (MMSE) dentro da faixa compatível com possível demência.²⁵ Outros estudos apontaram para percentagens variáveis: cerca de 14% numa amostra de mais de 2 mil pessoas institucionalizadas em Itália²⁶ ou ainda 49% no total das trinta instituições estudadas nas Ilhas Faroé.²⁷ Diagnosticar demência em contexto de ERPI apresenta desafios complexos. A realização de diagnóstico clínico depende frequentemente de processos externos à instituição,

nomeadamente de avaliações médicas especializadas. Muitas ERPI carecem de médicos residentes bem como de psicólogos e, consequentemente, de protocolos regulares de avaliação neuropsicológica. Para muitas pessoas com demência, o diagnóstico é um processo fisicamente exigente, em muitos casos dependente da disponibilidade de familiares e, até, da sensibilização e aceitação face à demência. Melhorar o acesso ao diagnóstico requer medidas articuladas entre os sectores social e de saúde, nomeadamente, através de protocolos integrados de rastreio cognitivo nas ERPI, formação básica em deteção precoce para o pessoal técnico e mecanismos de referência direta para equipas médicas de proximidade. Só com estas iniciativas é possível assegurar a continuidade de cuidados e o envolvimento ativo das famílias ao longo de todo o percurso diagnóstico. Esta abordagem está alinhada com a estratégia da saúde na área das demências, aprovada pelo Despacho n.º 5988/2018, de 19 de junho,²⁸ que reforça a importância da coordenação intersectorial e do diagnóstico atempado e compreensivo.

Em segundo lugar, as diferenças regionais registadas sugerem um maior acesso ao diagnóstico em regiões urbanizadas ou de menor dimensão (caso das Regiões Autónomas). Estas desigualdades poderão refletir fatores estruturais, como a densidade de equipamentos de saúde, mas também barreiras culturais e institucionais à procura de diagnóstico formal.^{29,30} Poderão também traduzir diferenças na prática clínica e na sensibilidade dos profissionais para a deteção de perturbações cognitivas. A este respeito, a DGS já evidenciava, em 2015, variações territoriais nos registos de morbilidade nos Cuidados de Saúde Primários, com o Alentejo a apresentar proporções particularmente elevadas de utentes com diagnóstico de demência, ansiedade e depressão. O documento sugeria que tais padrões podiam relacionar-se com a capacidade de deteção e o envolvimento dos profissionais de saúde, ou ainda com diferenças na articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e as equipas comunitárias de saúde mental.⁷ Assim, as variações regionais detetadas neste estudo devem ser analisadas com cautela, já que expressam, em parte, as dinâmicas diferenciadas de registo, formação e articulação entre os níveis de cuidados, e não apenas

desigualdades reais na prevalência das perturbações cognitivas. A literatura sobre prevalência de demência em contexto de institucionalização tende a centrar-se em regiões específicas, sem contemplar comparações interregionais sistemáticas, o que limita a compreensão das variações territoriais. Existe, por isso, necessidade de aprofundar o estudo das disparidades regionais no reconhecimento e diagnóstico da demência/défice cognitivo ligeiro, para uma melhor incorporação dessa dimensão no desenho das políticas públicas.

Em terceiro lugar, os resultados mostraram que as ERPI do sector privado com fins lucrativos e mensalidades mais elevadas (estando as duas categorias tendencialmente associadas, como se referiu) apresentam proporções mais elevadas de residentes com diagnóstico formal de demência. Não se identificou, na literatura existente, nenhum estudo que relacione explicitamente a natureza jurídica da instituição, nem o preço da mensalidade, com a prevalência de demência. Estas variáveis são, na maior parte dos estudos, confrontadas com a qualidade dos cuidados.³¹⁻³³ Entre possíveis fatores explicativos, a maior proporção de diagnósticos formais nas ERPI privadas pode traduzir uma maior capacidade de acesso a meios clínicos especializados, bem como a existência de práticas internas mais estruturadas de registo e monitorização do estado cognitivo dos residentes. Em contraste, as ERPI com menores recursos financeiros e equipas mais pequenas e/ou frequentemente sobrecarregadas, podem enfrentar limitações significativas na articulação com os cuidados de saúde primários e hospitalares, o que poderá conduzir a um subdiagnóstico estrutural.²⁹ Outra hipótese plausível reside na influência dos diferentes perfis de admissão e poder económico das famílias. As ERPI mais dispendiosas podem receber residentes cujas famílias têm maior acesso a avaliações médicas prévias ou recorrem mais facilmente a especialistas, o que aumenta a probabilidade de ingresso já com diagnóstico estabelecido. Assim, as diferenças observadas devem ter em conta possíveis vieses de seleção e de informação, e sublinham a necessidade de investigação futura que explore, de forma comparativa, o modo como o estatuto jurídico e a estrutura de financiamento das ERPI influenciam a visibilidade clínica e a gestão da demência.

Implicações

São várias as implicações dos resultados deste estudo. Em primeiro lugar, urge integrar a dimensão cognitiva no planeamento e financiamento das ERPI. O elevado número de residentes com demência ou com declínio cognitivo sem diagnóstico registado, em proporções relativas que devem ser estimadas para oferecer uma noção real das necessidades de recursos humanos e financeiros de que as instituições carecem, justifica a implementação de protocolos

clínicos específicos, formação especializada para profissionais e cuidadores, e articulação com os serviços públicos de cuidados primários. A especialização na demência, em rede com instituições académicas e estruturas de saúde, representa um caminho promissor para elevar os padrões de qualidade dos cuidados. Todavia, não existe, até à data, qualquer enquadramento legal em Portugal que defina, reconheça ou normalize as respostas especializadas em demência. O quadro legal em vigor determina a obrigatoriedade de cuidados adequados aos utentes das ERPI, seja ao nível de segurança, dignidade e planos de cuidados, como dos recursos humanos e das instalações, mas a ausência de um referencial normativo específico para as situações de demência limita o desenvolvimento de modelos diferenciados de resposta. Em terceiro lugar, as variações entre regiões e sectores colocam questões relevantes de equidade inter-regional que poderão beneficiar de um sistema nacional de monitorização da demência em contexto institucional. A articulação dos dados recolhidos pelas ERPI com os sistemas de informação em saúde permitiria caracterizar melhor as necessidades existentes e orientar políticas públicas baseadas em evidência, com impacto direto na qualidade dos cuidados. Desde 2024, encontra-se em vigor um novo mecanismo de comparticipação adicional da Segurança Social para utentes com demência formalmente diagnosticada, que abrange ERPI, centros de dia e serviços de apoio domiciliário (Despachos n.º 3633/2024, de 4 de abril, e 6865/2024, de 20 de junho).^{34,35}

Limitações

Este estudo apresenta algumas limitações. Convém sublinhar, em primeiro lugar, que esta abordagem exploratória não constitui um estudo de prevalência no sentido clássico da expressão, que pressuporia outras metodologias de avaliação mais diretas, normalmente com reduzido alcance geográfico e mais dificilmente generalizáveis. Pretendeu-se, aqui, construir uma estimativa à escala nacional, com base nos dados reportados pelas próprias ERPI, que pudesse funcionar como ponto de referência para estudos de prevalência subsequentes.

Adicionalmente, a participação das ERPI foi voluntária, podendo ter ocorrido um viés de seleção, passível de favorecer instituições mais organizadas, com maior sensibilidade para as situações de pessoas com demência ou com maior interesse em contribuir para estudos de natureza acadêmica. Em terceiro lugar, os dados recolhidos baseiam-se em autorreporte, sem verificação externa ou padronização dos critérios diagnósticos, o que pode ter originado interpretações díspares entre instituições. Em quarto lugar, a distinção entre demência diagnosticada e declínio sem diagnóstico registado ficou a cargo dos respondentes, não tendo sido possível aceder a dados

individuais, o que inviabilizou a validação independente dos números. Embora o inquérito tenha incluído dados sobre o número de médicos e carga horária semanal, não foi possível caracterizar a natureza específica desse apoio clínico. Assim, a fiabilidade do diagnóstico formal e da identificação de declínio cognitivo poderá constituir um viés de informação. Por fim, nas respostas relativas ao declínio cognitivo sem diagnóstico registado, adotou-se uma estratégia conservadora: foi sempre considerado o valor mínimo dos intervalos de valores. Este procedimento conduziu a uma subestimativa sistemática da proporção de residentes com deterioração cognitiva, devendo os valores ser interpretados como mínimos. Para reduzir estes vieses em estudos futuros, recomenda-se a integração de dados autorreportados com fontes clínicas verificadas, a aplicação de critérios diagnósticos uniformizados e a inclusão de mecanismos de validação externa, nomeadamente através de auditorias ou de triangulação com registos médicos. A utilização de amostragem estratificada, que assegure a representação equilibrada de todos os sectores e regiões, constitui outra estratégia fundamental para reforçar a validade das conclusões.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos apontam para uma elevada presença de declínio cognitivo nas ERPI em Portugal. No entanto, a distribuição entre diagnósticos formais e suspeita sem diagnóstico registado sugere uma forte tendência para o subdiagnóstico, sobretudo nas instituições com mensalidades mais baixas e situadas em territórios de menor densidade populacional. Esta assimetria pode refletir desigualdades no acesso ao diagnóstico e nos recursos disponíveis para avaliação clínica, o que significa que os dados aqui apresentados constituem, na realidade, uma subestimativa da verdadeira magnitude da demência nesta população. A elevada proporção de casos não formalmente reconhecidos levanta preocupações quanto à capacidade do sistema para identificar e acompanhar adequadamente estas situações. Nesse sentido, os resultados reforçam a necessidade de políticas públicas orientadas para a melhoria do diagnóstico, a qualificação das equipas e a equidade territorial na resposta institucional à demência.

ACKNOWLEDGMENTS

Os autores desejam expressar o seu sincero agradecimento a todas as instituições e pessoas que contribuíram para a divulgação e implementação deste estudo. Em particular, agradecemos aos municípios que apoiaram a divulgação do inquérito, bem como à Associação Nacional de Gerontólogos (ANG), à Associação Alzheimer Portugal e à Maior Idade – Câmara Municipal de Ílhavo, pelo

seu envolvimento e colaboração. Agradecemos também às instituições de cuidado que participaram no estudo, incluindo o Centro de Ação Social do Concelho de Ílhavo, as Residências Casa Maior – Porto, as Residências Casa Maior – Póvoa de Varzim, a Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro, o Centro Social e Paroquial de Mogos e a Associação Oliveirense de Socorros Mútuos / Complexo Intergeracional Quinta dos Avós, pela sua disponibilidade e participação. A sua contribuição foi essencial para o sucesso desta investigação.

Os autores desejam também expressar o seu sincero agradecimento aos revisores, cujos comentários contribuíram significativamente para melhorar o presente artigo.

Os autores declaram não ter utilizado ferramentas de inteligência artificial na elaboração do artigo.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

MP, FM: Metodologia, recolha e tratamento dos dados, redação do manuscrito.

OR, LS, RA, PS: Metodologia, revisão crítica do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial atualizada em outubro de 2024.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

O projeto SINDIA – Desigualdades socioespaciais na demência – foi financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (2022.04684.PTDC). Contou igualmente com o apoio do Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território (CEGOT), financiado por fundos nacionais através da FCT ao abrigo da referência UIDB/04084/2025, e com o apoio da RISE-Laboratório Associado, financiado por fundos nacionais através da FCT ao abrigo da referência LA/P/0053/2020.

REFERÊNCIAS

- GBD Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health*. 2022;7:e105-25.
- Alzheimer Europe. Dementia in Europe yearbook 2019: estimating the prevalence of dementia in Europe. Senningerberg: Alzheimer Europe; 2019. p.108.
- Pordata. Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento (Pordata, 2024). Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2024.
- Gonçalves-Pereira M, Verdelho A, Prina M, Marques MJ, Xavier M. How many people live with dementia in Portugal? A discussion paper of national estimates. *Port J Public Health*. 2021;39:58-68.
- Auer SR, Höfler M, Linsmayer E, Beránková A, Prieschl D, Ratajczak P, et al. Cross-sectional study of prevalence of dementia, behavioural symptoms, mobility, pain and other health parameters in nursing homes in Austria and the Czech Republic: results from the DEMDATA project. *BMC Geriatrics*. 2018;18:178.
- Alves S, Duarte N, Gomes B. Forecasted dementia prevalence in Portugal (2020-2080). *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2024;37:403-12.
- Direção Geral da Saúde. Saúde mental em números. Lisboa: DGS; 2015. p.116.
- Loureiro MdF, Ribeiro Ó, Fernandes HJ. Estudo sobre os apoios prestados pelas respostas sociais aos idosos com doença de Alzheimer e outras demências no concelho de Bragança. In: Pocinho R, Carrana P, Navarro-Pardo E, Pereira AF, Margarido C, Santos R, et al, editores. Envelhecimento como perspectiva futura: livro de actos do Ageing Congress. Cizur Menor: Thomson Reuters Aranzadi; 2019. p.395-407.
- Projeto Cuidar Melhor. Diagnóstico social: pessoas identificadas com demência nos concelhos de Cascais, Oeiras e Sintra. Lisboa: PCM; 2014. p.129.
- Fagundes DF, Costa MT, Alves BB, Benício MM, Vieira LP, Carneiro LS, et al. Prevalence of dementia in long-term care institutions: a meta-analysis. *J Bras Psiquiatr*. 2021;70:59-67.
- Alvarado-Esquivel C, Hernández-Alvarado AB, Tapia-Rodríguez RO, Guerrero-Iturbe Á, Rodríguez-Corral K, Martínez SE. Prevalence of dementia and Alzheimer's disease in elders of nursing homes and a senior center of Durango City, Mexico. *BMC Psychiatry*. 2004;4:3.
- Gutiérrez Rodríguez J, Jiménez Muela F, Alonso Collada A, de Santa María Benedet LS. Prevalencia y manejo terapéutico de la demencia en centros residenciales para la tercera edad del Principado de Asturias. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44:31-3.
- Helvik AS, Engedal K, Benth JS, Selbæk G. Prevalence and severity of dementia in nursing home residents. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2015;40:166-77.
- van Kooten J, Smalbrugge M, van der Wouden JC, Stek ML, Hertogh CM. Prevalence of pain in nursing home residents: the role of dementia stage and dementia subtypes. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18:522-7.
- Froggatt K, Edwards M, Morbey H, Payne S. Mapping palliative care systems in long term care facilities in Europe. Lancaster: Lancaster University; 2016.
- Kao YH, Hsu CC, Yang YH. A nationwide survey of dementia prevalence in long-term care facilities in Taiwan. *J Clin Med*. 2022;11:1554.
- Van Rensbergen G, Nawrot T. Medical conditions of nursing home admissions. *BMC Geriatr*. 2010;10:1-9.
- Tariot PN, Boada M, Lancôt KL, Hahn-Pedersen J, Dabbous F, Udayachalerm S, et al. Relationships of change in clinical dementia rating (CDR) on patient outcomes and probability of progression: observational analysis. *Alzheimers Res Ther*. 2024;16:36.
- Bu F, Rutherford A. Dementia, home care and institutionalisation from hospitals in older people. *Eur J Ageing*. 2019;16:283-91.
- Grenier A, Phillipson C. Precarity and dementia. *Critical dementia studies*. Oxfordshire: Routledge; 2023. p. 119-35.
- Harris-Kojetin LD, Sengupta M, Lendon JP, Rome V, Valverde R, Caffrey C. Long-term care providers and services users in the United States, 2015-2016. *Vital Health Stat*. 2019;3:1-78.
- Brodsky H, Connors MH, Xu J, Woodward M, Ames D, Group PS. Predictors of institutionalization in dementia: a three year longitudinal study. *J Alzheimers Dis*. 2014;40:221-6.
- Kalton G, Flores-Cervantes I. Weighting methods. *J Off Statis*. 2003;19:81.
- Jaeger A, Banks D. Cluster analysis: a modern statistical review. *WIREs Comp Stats*. 2023;15:e1597.
- Lithgow S, Jackson GA, Browne D. Estimating the prevalence of dementia: cognitive screening in Glasgow nursing homes. *Int J Geriatr Psych*. 2012;27:785-91.
- Cherubini A, Ruggiero C, Dell'Aquila G, Eusebi P, Gasperini B, Zengarini E, et al. Underrecognition and undertreatment of dementia in Italian nursing homes. *J Am Med Dir Assoc*. 2012;13:759.e7-13.
- Petersen MS. Assessing the prevalence of undetected possible dementia in Faroese nursing homes. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2019;48:30-8.
- Portugal. Despacho n.º 5988/2018. Diário da República, II Série, n.º 116 (2018/06/19). p.17094-101.
- Valverde AM, Lopes H, Pavão JF, Barros R, Meira B, Albuquerque M. Sustainable Improvements in dementia care for an expectably increasing number of dementia people: challenges and opportunities. *Med Res Arch*. 2023;11:1-12.
- Albuquerque M, Meira B, Barros R, Pavão JF, Lopes H, Valverde AM. Dementia appraisal: overview of good clinical practices, barriers, and gaps for integrated care. *Int J Geriatr Gerontol*. 2023;7:1-22.
- Geraedts M, Harrington C, Schumacher D, Kraska R. Trade-off between quality, price, and profit orientation in Germany's nursing homes. *Age Int*. 2016;41:89-98.
- Winblad U, Blomqvist P, Karlsson A. Do public nursing home care providers deliver higher quality than private providers? Evidence from Sweden. *BMC Health Services Res*. 2017;17:1-12.
- Hjelmar U, Bhatti Y, Petersen OH, Rostgaard T, Vrangbæk K. Public/private ownership and quality of care: evidence from Danish nursing homes. *Social Sci Med*. 2018;216:41-9.
- Portugal. Despacho n.º 3633/2024. Diário da República, II Série, n.º 67 (2024/04/04).
- Portugal. Despacho n.º 6865/2024. Diário da República, II Série, n.º 118 (2024/06/20).