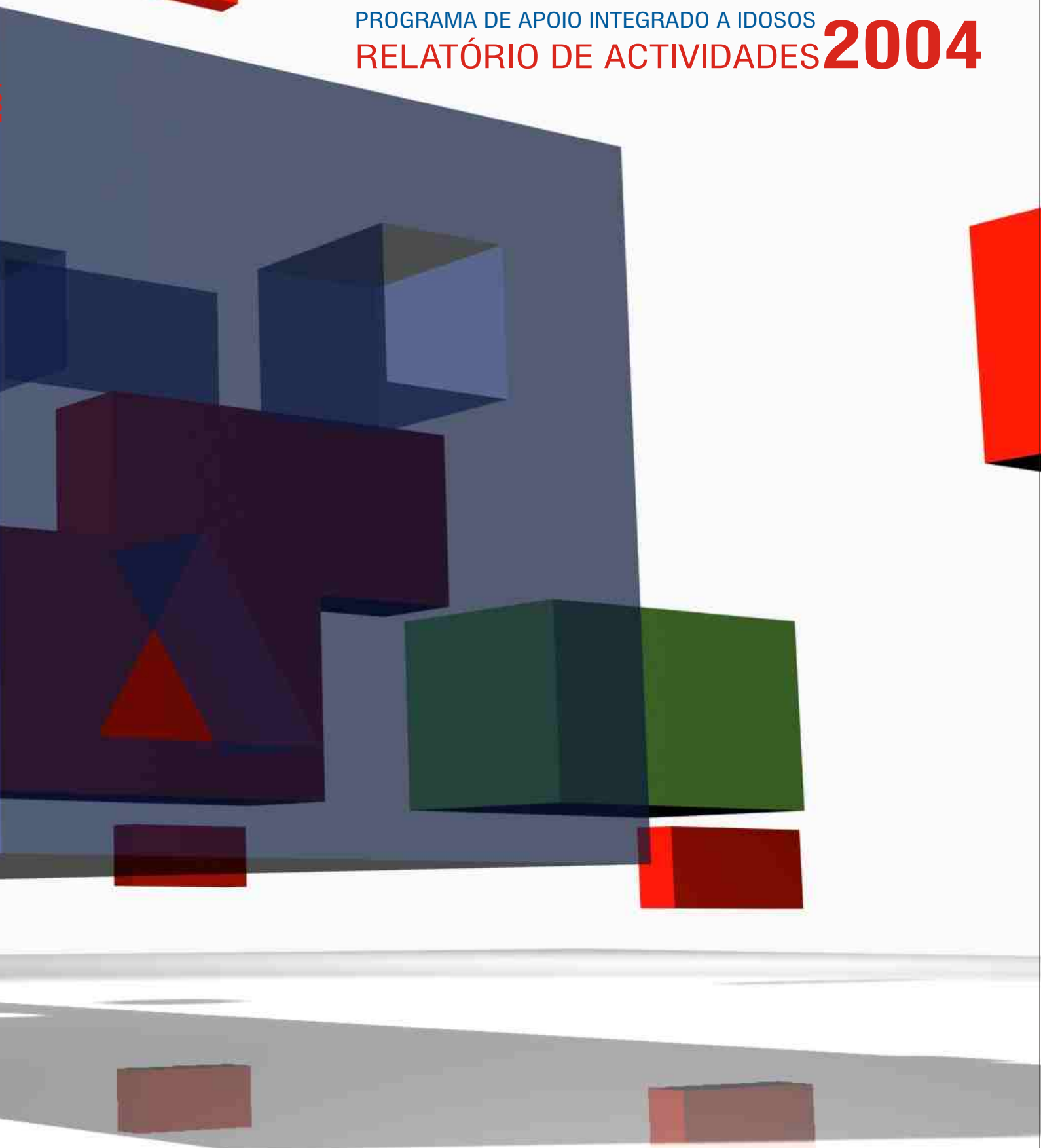




PAII

PROGRAMA DE APOIO INTEGRADO A IDOSOS

RELATÓRIO DE ACTIVIDADES 2004



SEGURANÇA SOCIAL
Instituto da Segurança Social, I.P.



Ministério da Saúde
Direcção Geral de Saúde



PROGRAMA DE APOIO INTEGRADO A IDOSOS
RELATÓRIO DE ACTIVIDADES **2004**



FICHA TÉCNICA

Título

RELATÓRIO DE ACTIVIDADES DO PAII NO ANO DE 2004

Propriedade

INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I. P.
Rua Rosa Araújo, 43 | 1250-194 Lisboa
Tel.: (00351) 213 102 000 | Fax: (00351) 213 102 090
E-mail: iss@seg-social.pt

Autoria do estudo

INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I. P.

Este relatório foi elaborado por**Maria de Fátima Goulão**

Representante do ISS na Comissão de Gestão do PAII - Coordenadora

Maria Luísa Bugalho

Representante do ISS na Comissão de Gestão do PAII

Maria João Quintela

Representante da DGS na Comissão de Gestão do PAII

Maria Manuela Almeida

Representante da DGS na Comissão de Gestão do PAII

Ana Gil

Técnica Superior da AIC - Área de Investigação e Conhecimento do ISS

Marisa Barata

Departamento de Planeamento e Sistemas de Informação/ Gabinete de Sistemas de Informação

Sandra Pais

Técnica Superior do GAP - Gabinete de Apoio a Programas do ISS

Alice Lopes

Técnica Superior da Área do Envelhecimento, Dependência e Deficiência do ISS

Maria Helena Cadete

Colaboradora do ISS

(O texto é da exclusiva responsabilidade dos autores)

Data

Dezembro 2006

Design e Paginação

Luís Santos

Impressão

???

Tiragem

500 exemplares

Depósito Legal

???

ISSN

972-8553-02-1





Índice

<i>CAP. I - PROJECTOS DE PROMOÇÃO LOCAL</i>	7
INTRODUÇÃO	9
1. Identificação dos projectos em desenvolvimento	13
2. Síntese conclusiva dos projectos apoiados no âmbito do PAII CAD, FORHUM e SAD	16
3. Caracterização dos projectos “Serviços de Apoio Domiciliário” implementados	20
3.1. Identificação espaço-temporal dos projectos	20
3.2. Caracterização dos projectos	20
3.3. Serviços e disponibilização de ajudas técnicas	23
3.4. Meios de transporte utilizados	25
3.5. Recursos humanos	26
3.6. Sociografia da população abrangida	27
3.7. Diagnósticos clínicos	31
3.8. Redes de suporte informal	32
3.9. Avaliações: das parcerias ao global do projecto	34
3.10. Conclusão	36
<i>CAP. II - PROJECTOS DE PROMOÇÃO CENTRAL</i>	39
1. Preâmbulo	41
2. Serviço Telealarme	43
3. Saúde e Termalismo Sénior	47
4. Passes Terceira Idade	59
<i>CAP. III - DADOS FINANCEIROS</i>	63
1. Análise evolutiva do PAII	65
2. Projectos	68
3. Execução do ano 2004	73
4. Projectos concluídos em 2004	77
5. Síntese conclusiva	80
BIBLIOGRAFIA	83
ANEXOS	87
Relatório de avaliação do projecto (modelo) SAD	89
Relatório de avaliação do projecto (modelo) CAD	97
Relatório de avaliação do projecto (modelo) FORHUM	104



The background of the entire page is a light blue gradient. Overlaid on this are several 3D geometric shapes, primarily cubes and rectangular prisms, in various shades of blue. These shapes are arranged in a way that creates a sense of depth and architectural structure. Some shapes are solid, while others are semi-transparent, allowing the shapes behind them to be visible. The overall composition is modern and minimalist.

CAPÍTULO I

PROJECTOS DE PROMOÇÃO LOCAL



Introdução

O Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII)¹ é promovido conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Segurança Social, da Família e da Criança e contempla um conjunto significativo de projectos que visam promover o bem estar e a qualidade de vida das pessoas idosas. O PAII desenvolve-se através de projectos de promoção local e central. Como projectos de promoção local destacam-se os seguintes:

- **Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)** visa a promoção e manutenção da autonomia das pessoas idosas ou de pessoas com dependência, no seu ambiente habitual de vida, junto dos familiares, vizinhos e amigos;
- **Centro de Apoio a Dependentes / Centro Pluridisciplinar de Recursos (CAD)** apoio pluridisciplinar, que visa a prevenção e a reabilitação de pessoas com dependência, desenvolvendo-se a partir de estruturas já existentes, assegurando apoio e cuidados diversificados, em ambulatório e internamento temporário;
- **Formação de Recursos Humanos (FORHUM)** destina-se a familiares, vizinhos e voluntários, bem como a profissionais, nomeadamente das áreas da acção social e da saúde, habilitando-os para a prestação de cuidados informais e formais.

No seu conjunto, estes projectos constituem medidas complementares e coordenadas para a prestação de cuidados integrados e apoio à população idosa, baseados em articulações interinstitucionais, nomeadamente entre as áreas da Saúde e Sociais.

O programa tem os seguintes objectivos:

- Assegurar a oferta de cuidados, com carácter urgente e permanente, que visam prioritariamente manter a autonomia das pessoas idosas no domicílio e no seu ambiente habitual de vida;
- Estabelecer medidas destinadas a assegurar a mobilidade das pessoas idosas e a acessibilidade a benefícios e serviços;
- Implementar respostas de apoio às famílias, que tenham de assegurar cuidados e acompanhamento adequados a familiares que se encontrem em situação de dependência, nomeadamente pessoas idosas;
- Promover e apoiar iniciativas destinadas à formação, inicial e em exercício, de profissionais, voluntários, familiares e outras pessoas da comunidade;
- Promover atitudes e medidas preventivas do isolamento, da exclusão e da dependência e contribuir para a solidariedade intergerações, bem como para a criação de postos de trabalho.

¹ O PAII foi criado pelo Despacho Conjunto dos Ministros da Saúde e do Emprego e da Segurança Social, publicado no Diário da República n.º 166 de 20 de Julho de 1994.



O PAII é financiado por verbas do JOKER, pelo que no início de cada trimestre a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa afecta o produto de 25% dos resultados líquidos daquele jogo, apurados no trimestre anterior.

A gestão do Programa compete a uma Comissão de Gestão que integra representantes do Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde - e Segurança Social, Instituto da Segurança Social, I.P..

Em 21 de Agosto de 1997 foi publicado o Despacho Conjunto n.º 259/97 que veio reiterar os objectivos do Programa, as verbas afectas aos projectos e a forma de gestão, bem como introduzir o regulamento para os projectos em desenvolvimento.

No âmbito deste despacho² foram definidos objectivos específicos para cada projecto:

Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

- Manter as pessoas idosas no seu ambiente, junto das redes de suporte informal (familiares, amigos e vizinhos), podendo englobar pessoas com dependência.

Alargamento da cobertura existente:

- extensão do apoio à totalidade das 24h;
- melhoria da qualidade dos serviços prestados;
- adequação do ambiente domiciliário às necessidades das pessoas idosas.

Centro de Apoio a Dependentes / Centro Pluridisciplinar de Recursos (CAD)

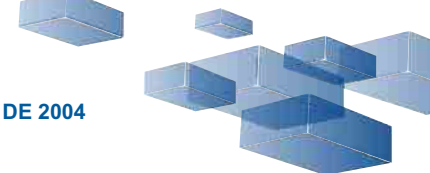
- Promover espaços com serviços pluridisciplinares que prestem cuidados integrados, de carácter temporário, visando o apoio a diferentes grupos etários para a prevenção, reabilitação e reinserção de pessoas com dependência.

Formação de Recursos Humanos (FORHUM)

Destina-se a familiares, vizinhos, voluntários, bem como a profissionais, nomeadamente das áreas da acção social e da saúde e a outros elementos da comunidade, habilitando-os para a prestação de cuidados informais e formais.

Desde 1994 que o PAII tem promovido a generalização destes projectos em todo o país, incluindo as Regiões Autónomas, publicando anualmente relatórios de actividades, baseados em avaliações semestrais, com vista a analisar a implementação e evolução dos projectos. Esta avaliação pretende dar visibilidade às acções de todos os projectos que ao longo do país têm sido desenvolvidos, demonstrar as suas práticas e caracterizar os seus principais beneficiários. Contudo, a estrutura do relatório de 2004 resulta de uma proposta apresentada pela Comissão do PAII que contemplará os seguintes itens:

² Despacho Conjunto n.º 259/97 de 21 de Agosto de 1997.



- Introdução geral;
- Síntese conclusiva;
- Capítulo com um quadro reflectindo o ponto de situação do Programa a 31 de Dezembro a que se reporta o relatório, contendo os seguintes elementos:
 - Identificação dos projectos em desenvolvimento;
 - Distribuição geográfica de projectos (concelho/distrito);
 - Data de início e de terminus previsto;
 - Aspectos relevantes decorrentes das diferentes fases de maturação dos projectos (implementação, monitorização e avaliação).

Assim, o presente relatório é composto por dois capítulos. Um capítulo que pretende apresentar o ponto da situação do Programa a 31 de Dezembro de 2004, no qual se identificam dois tipos de projectos, os que estão em fase de implementação e os de monitorização.

Os primeiros, os de **implementação**, são os projectos apresentados no Plano de Acção e que foram sujeitos a acompanhamento das actividades durante os primeiros 6 meses de execução.

Os segundos, de **monitorização**, são os projectos alvo de acompanhamento entre 6 a 18 meses.

Este capítulo pretende assim, caracterizar os projectos relativamente ao tipo, concelho e distrito onde as entidades promotoras desenvolvem os projectos apoiados pelo PAII, bem como a data de início e a data prevista para o seu terminus.

O segundo capítulo incide somente nos projectos que tenham encerrado as suas actividades até 31 de Dezembro, neste caso referentes a 2004. A presente avaliação teve como objecto de análise **23 projectos**, mais especificamente **19 SAD, 3 FORHUM e 1 CAD**.

Este relatório de actividades tem assim, subjacente um conjunto de objectivos específicos:

- 1) Caracterizar o papel das redes formais e informais no apoio à população idosa;
- 2) Avaliar em que grau foram atingidos os objectivos gerais e globais do Programa, no âmbito do SAD, CAD e FORHUM;
- 3) Identificar as estratégias que contribuíram para a concretização dos objectivos traçados;
- 4) Avaliar em que medida o Programa contribuiu globalmente para essa concretização.



1. Identificação dos projectos em desenvolvimento

Conforme foi anteriormente explicitado, os projectos em desenvolvimento, podem estar em fase de **monitorização** ou de **implementação**.

O quadro n.º 1 pretende assim, identificar os **projectos em implementação** que foram alvo de acompanhamento nos primeiros 6 meses de execução. São três as regiões de proveniência dos projectos, a Região Norte, Centro e Lisboa. No cômputo geral, predominam os projectos SAD. Os únicos projectos CAD e FORHUM estão situados na região de Lisboa e Vale do Tejo.

A globalidade dos projectos iniciou as suas actividades em 2004, estando previsto o seu terminus em 2006. Somente um projecto SAD, localizado na região de Braga, irá terminar as suas actividades em 2005.

Quadro n.º 1 - Projectos em implementação

Região	Distrito	Concelho	Nº de Projectos	Tipologia	Data de início	Data de terminus
Norte	Braga	Braga	1	SAD	01 - 04 - 04	31 - 05 - 05
	Porto	Maia	1	SAD	01 - 04 - 04	31 - 03 - 06
	Vila Real	Santa Marta Pena	1	SAD	01 - 03 - 04	28 - 02 - 06
Centro	Viseu	Nelas	1	SAD	01 - 03 - 04	28 - 02 - 06
	Leiria	Marinha Grande	1	SAD	01 - 04 - 04	31 - 03 - 06
Lisboa e Vale do Tejo	Lisboa	Lisboa	1	FORHUM	01 - 04 - 04	31 - 03 - 06
		Odivelas	2	CAD	05 - 05 - 04	04 - 05 - 06
				SAD	01 - 04 - 04	31 - 03 - 06
	Torres Vedras	1	SAD	03 - 04 - 04	02 - 03 - 06	
		Almada	1	SAD	14 - 06 - 04	13 - 06 - 06
		Grândola	1	SAD	01 - 08 - 04	31 - 05 - 06
		Torres Vedras	1	SAD	01 - 03 - 04	28 - 02 - 06
Total			12			

Fonte: PAII

Os projectos em fase de monitorização distinguem-se dos anteriores pelo maior tempo de acompanhamento que tem sido efectuado junto dos mesmos, período que decorreu entre 6 a 18 meses. No total existem também 12 projectos, dos quais a maioria são SAD. Os projectos CAD estão situados na região do Centro, distrito de Coimbra, enquanto os dois projectos FORHUM localizam-se na região de

Lisboa e Vale do Tejo.

A totalidade dos projectos iniciou as suas actividades em 2003, prevendo-se o seu terminus ainda em 2005, excepto o projecto SAD situado no concelho de Sintra, o qual iniciou somente em 2004, prevendo-se assim a conclusão das suas actividades em 2006.

Quadro n.º 2 - Projectos em monitorização

Região	Distrito	Concelho	Nº de Projectos	Tipologia	Data de inicio	Data de terminus
Norte	Braga	Vizela	1	SAD	01-03-03	28-02-05
	Bragança	Torre de Moncorvo	1	FORHUM	01-10-03	30-09-05
			1	SAD	01-10-03	30-08-05
Centro	Coimbra	Coimbra	1	SAD	01-03-03	28-02-05
		Coimbra	1	SAD	01-03-03	28-02-05
		Mira	1	SAD	01-12-03	30-11-05
	Leiria	Ansião	1	SAD	01-05-03	30-04-05
		Leiria	1	SAD	13-09-03	14-09-05
		Leiria	1	SAD	12-03-03	11-03-05
Lisboa e Vale do Tejo	Lisboa	Sintra	1	SAD	01-04-04	31-03-06
		Queluz	1	SAD	01-07-03	30-06-05
			1	FORHUM	01-07-03	30-06-05
Total			12			

Fonte: PAII

E finalmente, os **projectos em avaliação**. Por definição os projectos, alvo do presente relatório de actividades, são os projectos que encerraram as actividades até 31 de Dezembro de 2004. Assim sendo, foram quantificados 1 CAD, 6 FORHUM e 21 SAD. Existiram projectos³ que encerraram as actividades até à data referida mas que ainda não encerraram contas e que por isso não foram incluídos. Por consequência, no capítulo seguinte os dados referem-se a 19 SAD, 3 FORHUM e 1 CAD.

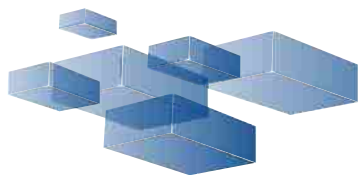
À semelhança dos projectos de implementação e de monitorização, são dominantes os projectos SAD, ao longo das 5 regiões do país, Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Região Autónoma dos Açores.

³ O Hospital Curry Cabral (FORHUM), Cruz Vermelha Portuguesa - delegação de Lisboa (SAD), Hospital Amadora Sintra (SAD), Santa Casa da Misericórdia de Bragança (FORHUM), Associação de Reformados Pensionistas a Idosos de Fação e Arredores (FORHUM).

Quadro n.º 3 - Projectos avaliados

Região	Distrito	Concelho	N. de Projectos	Tipologia	Ano de início
Norte	Porto	Porto	1	SAD	2000
			1	FORHUM	2000
			1	SAD	2000
			1	SAD	2000
			1	SAD	2001
		Paredes	1	SAD	2001
	Bragança	Bragança	1	SAD	2000
			1	FORHUM	2000
	Vila Real	Valpaços	1	CAD	2001
Centro	Coimbra	Soure	1	SAD	2001
		Cantanhede	1	SAD	2001
		Figueira da Foz	1	SAD	2001
		Viseu	1	SAD	2001
	Leiria	Figueiró dos vinhos	1	FORHUM	2001
Lisboa e Vale do Tejo	Lisboa	Amadora	1	SAD	1998
		Lisboa	1	FORHUM	2001
		Lisboa	1	FORHUM	2000
			1	SAD	2000
			1	SAD	2001
		Sintra	1	SAD	2001
			1	FORHUM	2001
		Sintra	1	SAD	2001
		Sintra	1	SAD	2001
		Cascais	1	SAD	2001
	Setúbal	Seixal	1	SAD	2000
Alentejo	Évora	Vila Viçosa	1	SAD	2001
Região Autónoma dos Açores	Ilha do Pico	Madalena	1	SAD	2001
	Total		27	27	

Fonte: PAII



2. Síntese conclusiva dos projectos apoiados no âmbito do PAII

Dado o número reduzido de projectos quer de CAD - **Centro de Apoio a Dependentes/Centro Pluridisciplinar de Recursos**, quer de FORHUM - **Formação de Recursos Humanos** - optámos por realizar uma análise meramente qualitativa dos mesmos.

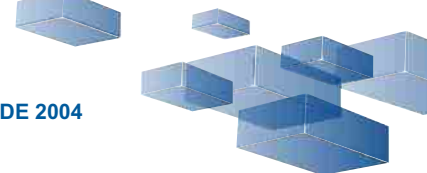
Assim, dos projectos implementados há apenas um CAD. Da caracterização efectuada sobre este projecto ressaltam as seguintes características. O CAD:

- Situa-se numa freguesia rural;
- Possuía internamento e tinha 6 camas;
- Os objectivos deste projecto foram essencialmente o de permitir a reaprendizagem das AVD'S de forma a promover o retorno ao domicílio, em articulação com os serviços de apoio domiciliário, para além do apoio social e informativo que foi possibilitado;
- Na globalidade foram apoiados 57 utentes, dos quais 32 eram do género masculino e 25 do género feminino. A idade média da população abrangida situa-se nos 79 anos;
- Como principais motivos para a passagem pelo CAD destacam-se, sobretudo, a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, o apoio à família, prevenir o isolamento social, evitando assim, a institucionalização. Na prática, foram poucos os indivíduos admitidos por razões de reabilitação, dado que apenas 9 foram abrangidos (6 mulheres e 3 homens). Aliada às razões de admissão estão os serviços prestados em prol da população beneficiária, tais como, o apoio de hotelaria, os cuidados de saúde, a informação/ formação e, por fim, a reaprendizagem das AVD'S.
- Diminuto é também o quadro de pessoal deste CAD, composto por 4 ajudantes familiares que prestam apoio por 10 horas /semana, 2 médicos e 2 enfermeiros, destacados apenas por 3 a 7 horas por semana, ao contrário do técnico de serviço social que exerce funções em regime de tempo integral (35h). Alguns dos recursos humanos afectos ao projecto CAD resultaram de parcerias com a Segurança Social e com os Serviços de Saúde. Inexistente foi a presença de técnicos de reabilitação e, por isso, do desenvolvimento de cuidados de reabilitação, resultado que colide com os pressupostos do CAD que são a prevenção e a reabilitação de pessoas com dependência;
- O tempo médio de permanência foi de 37 dias para os homens e 42 para as mulheres. Dos 57 indivíduos, 48 obtiveram alta, e o retorno ao domicílio com serviços de apoio domiciliário ou a institucionalização, foram o principal destino dos indivíduos que usufruíram de internamento temporário.
- A avaliação global efectuada quer pelos idosos, quer pela família, quer, até mesmo, pelo pessoal é muito satisfatória.

Relativamente aos três projectos FORHUM, objecto de análise, concluímos os seguintes aspectos:

- Em termos de área de abrangência os projectos desenvolvidos possuem uma abrangência sobretudo local;
- Do conjunto de entidades que foram abrangidas pelos projectos FORHUM, em análise, destacam-se, sobretudo, os serviços de saúde. Quer os formadores internos, quer os externos são oriundos de centros de saúde, hospitais e santas casas da misericórdia, e com experiência na área da formação. Estes formadores provêm da área da medicina, enfermagem, psicologia e do direito.

No que respeita às 14 acções de formação ministradas pelos três projectos, podemos concluir que o



modelo formativo baseou-se em temáticas gerais de enquadramento, no âmbito do envelhecimento, tais como:

- Ética e envelhecimento, incluindo temas como os direitos sociais das pessoas idosas;
- Saúde e cuidados (alimentação, cuidados a doentes acamados, sinais e sintomas de alerta no doente por AVC, a fase final da vida);
- Aspectos psicossociais, comunicação, sexualidade, regalias sociais, bem como os recursos existentes na comunidade.

As acções de formação com uma componente prática foram realizadas em meio hospitalar ou institucional, tendo sido abordados temas como, os cuidados a prestar e o seu exercício prático, destinando-se, essencialmente, à demonstração da prestação dos cuidados. Somente um projecto procedeu a um ensino prático no domicílio.

Associada à aprendizagem, surge a avaliação, existindo uma heterogeneidade dos métodos utilizados. Um dos projectos FORHUM utilizou um sistema de avaliação final, outro contínuo e, finalmente, um terceiro projecto que utilizou ambos os sistemas.

Relativamente aos mecanismos activados após a formação, a totalidade das entidades possui um sistema de acompanhamento, após a formação, em contexto de trabalho. Uma mesma estratégia foi utilizada pelas entidades, traduzida em visitas domiciliárias mensais no domicílio ou nas instituições.

A análise do impacto das acções de formação teve por base dois indicadores:

- O contributo da formação no desempenho dos prestadores de cuidados;
- O grau de satisfação dos formandos.

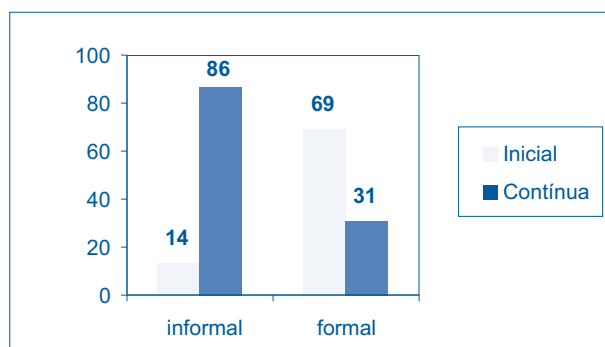
No que concerne ao contributo da formação no desempenho dos prestadores foi unânime para as três entidades que as acções de formação realizadas foram determinantes para um melhor desempenho dos prestadores de cuidados. Relativamente à forma como se operacionalizaram os indicadores patentes na avaliação de desempenho, podemos concluir que, por um lado, a globalidade dos projectos referenciou a maior facilidade na prestação dos cuidados, bem como a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Por outro lado, foi referenciado pelos três projectos FORHUM uma maior satisfação quer das famílias e dos idosos, quer dos prestadores formais de cuidados.

Os projectos FORHUM foram direccionados para prestadores informais⁴ e formais⁵, numa perspectiva quer inicial e/ou contínua.

Se relacionarmos o tipo de formação com a natureza dos destinatários (formal ou informal), concluímos que, no caso dos prestadores informais, a maioria (86%) enquadrou-se numa formação contínua e 14% numa formação de carácter inicial. Inversamente os prestadores formais, 69% frequentaram uma formação inicial e 31% uma formação contínua.

⁴ Consideram-se prestadores de cuidados informais, os familiares, voluntários e outras pessoas da comunidade que asseguram cuidados e acompanhamento a pessoas que se encontram em situação de doença, incapacidade ou dependência

⁵ Os prestadores de cuidados formais, são os técnicos e outro pessoal que trabalha directamente com a população idosa.

Gráfico n.º 1 - Tipo de formação, segundo a natureza dos destinatários (%)⁶

Fonte: PAII

Na globalidade são preponderantes também os prestadores de cuidados informais correspondendo a 89%, ao passo que 11% são formais.

Ao caracterizarmos sociograficamente os destinatários das acções de formação, segundo o tipo, o género, os grupos etários e as habilitações, concluímos que estamos, na sua globalidade, perante uma população feminina, jovem, qualificada que exerce uma profissão ou encontra-se ainda a estudar.

No caso dos **prestadores formais** que participaram nas acções de formação, a totalidade são mulheres, oriundas dos grupos etários dos 30 aos 59 anos. A maioria destas são ajudantes familiares ou ajudantes de lar, bem como técnicos. Nessa medida, a escolaridade dos cuidadores formais varia entre uma escolaridade básica (4ª classe), no caso das ajudantes familiares, e uma qualificação superior, no caso dos técnicos.

Relativamente aos **prestadores de cuidados informais**, a maioria (76%) é do género feminino, sendo, sobretudo, voluntários nomeadamente, estudantes universitários, oriundos de um projecto, contrariamente a outros anos anteriores (2002/2003), onde predominavam como prestadores informais, os familiares e vizinhos.

Dado tratar-se de uma população muito jovem, a grande maioria tem idade inferior a 30 anos e é estudante. No caso dos cuidadores familiares, estes provêm sobretudo do grupo etário dos 50 aos 69 anos e possuem menos habilitações literárias, quando comparados com a população mais jovem, estando inseridos no mercado de trabalho ou são domésticas, no caso das cuidadoras femininas.

Da análise global dos projectos SAD - **Serviço de Apoio Domiciliário** - existe uma preponderância dos projectos de alargamento dos SAD, quando comparados com os projectos implementados de raiz, o que se traduziu, quer não só num aumento das pessoas a usufruir dos serviços, quer na área de abrangência dos projectos implementados.

Uma outra característica que sobressai dos projectos de alargamento é a extensão dos apoios prestados, fundamentalmente, durante o dia e aos fins-de-semana e feriados.

Nos projectos de implementação de um novo SAD, as modalidades de apoios implementadas traduziram-se, essencialmente, nos apoios diurnos e ao fim-de-semana e feriados.

Quase metade da população abrangida pelos projectos usufrui do apoio domiciliário, em regime diurno, uma vez por dia, e os serviços são prestados num período que medeia entre 7 a 10 horas por dia.

⁶ Foram contabilizadas 375 prestadores informais e 45 prestadores formais.

Relativamente à acessibilidade aos serviços de acção social e de saúde, todas as entidades promotoras são unânimes em considerar que os projectos SAD contribuíram para fomentar a maior acessibilidade da população quer aos serviços de saúde, quer aos de acção social. Para além disso, fomentou o acesso a cuidados de apoio social (higiene pessoal e habitacional, alimentação, tratamento de roupas), bem como aos cuidados de enfermagem.

Na globalidade estamos perante uma população mista composta tanto por mulheres como por homens, com idade média de 76 anos para as mulheres e 73 anos para os homens. Em ambos os géneros prevalecem os indivíduos parcialmente dependentes a necessitarem de pequenas ajudas nas actividades pessoais e instrumentais da vida diária. Muitos destes idosos recebem apoio, de igual modo, de outros prestadores, neste caso, informais (familiares e não familiares), vivendo a maioria em coabitação familiar. Contudo, independentemente do género, ainda existe uma proporção de homens e mulheres que vivendo isoladamente se debatem com níveis consideráveis de incapacidade.

Por seu turno, os homens, mesmo sem qualquer tipo de incapacidade física, são mais beneficiários de serviços de apoio domiciliário, quando comparados aos elementos femininos, diferencial que se explica por razões de ordem cultural e por serem actividades consideradas ainda femininas.

Os prestadores informais são na sua maioria filhos e cônjuges, homens e mulheres, com uma escolaridade básica (4 anos de escolaridade), encontrando-se, independentemente do género, inseridos no mercado de trabalho ou em situação de reforma, ainda que as mulheres revelem uma situação menos favorável, relativamente aos homens.

No âmbito da saúde, as úlceras de pressão (prevenção e tratamento), os problemas cérebro-vasculares e as alterações de saúde mental ou neurológicas tais como, as demências, a depressão, entre outras, constituem as problemáticas mais correntes.

Relativamente às parcerias estabelecidas os serviços de Saúde, Segurança Social, as Autarquias e outras IPSS'S são as entidades que, desde o início dos projectos SAD, mais contribuíram no reforço das relações de parceria.

No que concerne à relação entre programado/realizado, existiu uma menor abrangência das pessoas que usufruem destes serviços, no âmbito dos projectos SAD, dado que o número de indivíduos foi ligeiramente inferior ao programado. Os dados revelam ainda que estamos perante uma população satisfeita quer face aos serviços prestados, quer pelos vários intervenientes que medeiam o processo de desenvolvimento dos projectos.

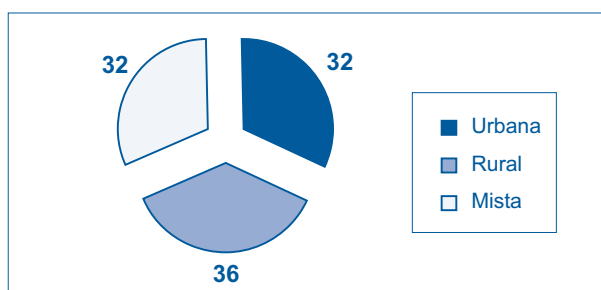


3. Caracterização dos projectos “Serviços de Apoio Domiciliário” implementados

3.1. Identificação Espacio-temporal dos projectos

Relativamente ao âmbito geográfico, os projectos são, na sua maioria, de âmbito concelhio e a zona de implementação mais frequente é a rural, 36%, seguida da urbana e mista com 32%, respectivamente.

Gráfico n.º 2 - Zonas geográficas de implementação dos projectos (%)

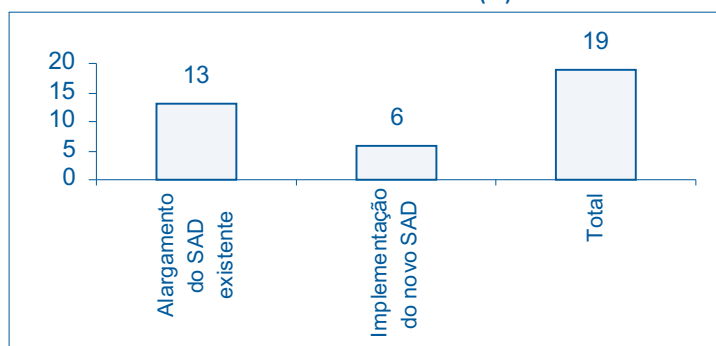


Fonte: PAII

3.2. Caracterização dos projectos

Dos projectos avaliados, concluímos que a maioria dos projectos era de alargamento (13), enquanto que os projectos de implementação de um novo SAD corresponderam a 6 projectos. É de referir que o alargamento dos projectos se traduziu não só no aumento das pessoas abrangidas, como também em termos geográficos. A maioria dos projectos incidiu a sua acção em várias freguesias do mesmo concelho.

Gráfico n.º 3 - Meio social (%)



Fonte: PAII

Da relação entre o tipo de projectos segundo os regimes adoptados pelas entidades promotoras, podemos retirar as seguintes conclusões:

- Na maioria dos **projectos em alargamento** registou-se uma maior abrangência dos apoios prestados, sobretudo no que concerne aos diurnos, nocturnos, fins-de-semana e feriados.
- Nos projectos em implementação de um novo SAD procuraram também desenvolver serviços de apoio diurno nos dias úteis, bem como ao fim-de-semana e feriados.

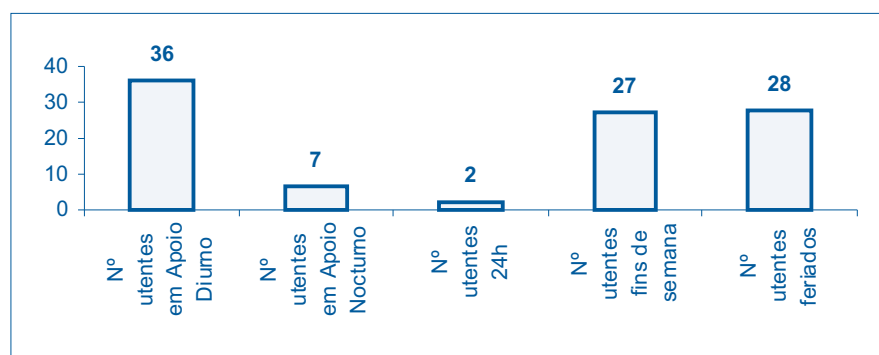
Quadro n.º 1 - Alargamento do SAD (%)

	Alargamento	Implementação
Apoio diurno		1
Apoio diurno/ fins-de-semana	1	
Apoio diurno/ fins-de-semana e feriados	4	4
Fins-de -semana e feriados	2	
Apoio diurno/nocturno/fins-de -semana	1	
Apoio diurno/nocturno/fins -de -semana e feriados	5	1
Total	13	6

Fonte: PAII

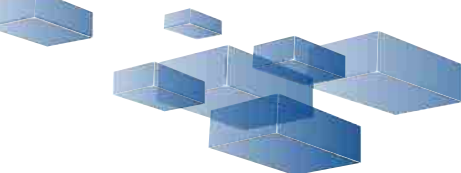
Ao caracterizarmos o **número de utentes abrangidos**⁷, segundo os apoios prestados, verificamos que um terço da população (36%) recebe serviços de apoio domiciliário, em regime diurno, 28% aos feriados e 27% ao fim-de-semana. Somente uma minoria (7%) da população usufrui de apoio nocturno, enquanto que uma ínfima parte (2%) recebe apoio de forma contínua, por um período de 24h/ dia.

Gráfico n.º 4 - Utentes abrangidos segundo os apoios prestados (%)



Fonte: PAII N: 1935

⁷ O número de utentes abrangidos não corresponde ao total efectivo de utentes que foram de 739 nos 19 projectos SAD. Os 1935 foram contabilizados em relação aos apoios, o que significa dizer que um mesmo indivíduo pode usufruir em simultâneo de apoio diurno, nocturno, ao fim-de-semana e feriados. Assim, os 1935 respondem ao número de respostas e não ao total da população.



No que concerne ao total de horas de apoio diurno concluímos que em dezanove projectos, a maioria dos serviços são prestados num horário de trabalho com duração entre as sete e as dez horas diárias. Apenas em três projectos o número de horas prestadas é superior a 10 horas diárias. Do mesmo modo, são poucos os projectos em que os serviços decorrem por um período inferior a 6 horas.

Dos cinco projectos que implementaram apoio nocturno existiu uma variação entre um horário que se traduziu em algumas horas ao longo da noite (entre 1 a 6 horas) e dois projectos que implementaram um serviço permanente durante a noite (20 h às 8 h da manhã).

No total dos 19 projectos a maioria presta serviços ao fim-de-semana e feriados e os apoios processam-se, ao fim-de-semana, entre as sete e as dez horas diárias, enquanto que nos feriados o número de horas prestadas é ligeiramente inferior, 5 dos quais prestam apoio entre 2 a 6 horas. Apenas um projecto possui um apoio 24h, extensivo também ao fim-de-semana.

Quadro n.º 2 - Total de horas segundo o número de projectos (Va)

	Apoio diurno	Apoio nocturno	Feriados	Fins-de-semana
< 2 horas		1		
2 a 6 horas	3	2	5	3
7 a 10 horas	10	1	4	5
> 10	3	1	4	4
Total	16	5	13	12

Fonte: PAII

Quando comparamos o tempo médio diário do SAD por regime de apoio, verificamos que o maior número de horas despendidas com os utentes faz-se, fundamentalmente, em regime diurno nos dias úteis e ao fim-de-semana. Dois dos projectos que possuem regime nocturno prestam em média um apoio que se traduz entre 5 a 10 minutos. No que concerne ao apoio prestado durante os feriados, este varia entre os 20/30 m e os 60m.

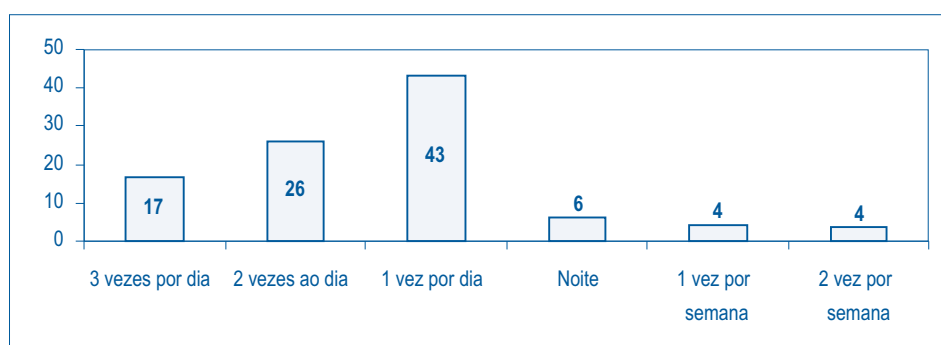
Quadro n.º 3 - Tempo médio diário por utente nos projectos, segundo o regime de apoio (V/a)

Tempo médio diário SAD por utente	Apoio diurno	Apoio nocturno	Fins-de-semana	Feriados
5-10 m		2		
15 m	1		1	1
20 - 30 m	4		4	4
45 m	1			
60m	3	1		2
1h 30 m a 2h	3		3	1
3 a 4 h	1		1	1
24h				
Total	13	3	9	9

Fonte: PAII

Se relacionarmos o total da população segundo a periodicidade dos apoios, verificamos que o apoio diário (traduzido em número de vezes) é o apoio mais solicitado (92%). Neste apoio existe um decréscimo à medida que o número de vezes aumenta durante o dia, o que significa dizer que 49% da população recebe apoio uma vez por dia (43% durante o dia e 6% em horário nocturno). Um apoio mais espaçado, traduzido numa vez ou duas vezes por semana, é comum a 8% da população abrangida (1 vez por semana (4%) e 2 vezes por semana (4%).

Gráfico n.º 5 - População abrangida segundo a periodicidade dos apoios⁸ (%)



Fonte: PAII N: 708

3.3. Serviços e disponibilização de ajudas técnicas

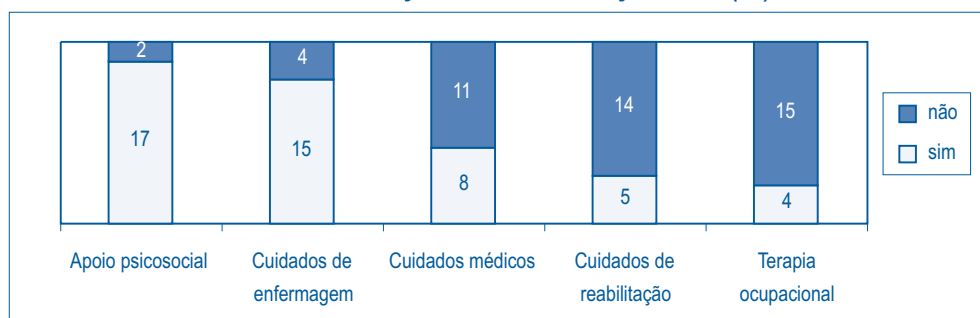
No que respeita aos 19 projectos, alvo de análise, podemos retirar as seguintes conclusões.

Relativamente aos serviços

A totalidade dos projectos contribuiu para uma melhor acessibilidade aos serviços de acção social e de saúde:

- **Os serviços de apoio psicossocial e os cuidados de enfermagem** são os serviços preponderantes em que as entidades promotoras procuram investir de forma a responder às necessidades dos seus utentes. Os cuidados médicos existem em metade dos projectos, embora a componente da reabilitação e da terapia ocupacional seja desenvolvida somente por uma pequeno número de projectos.

Gráficos n.º 6 - Serviços Médicos e de Acção Social (Va)

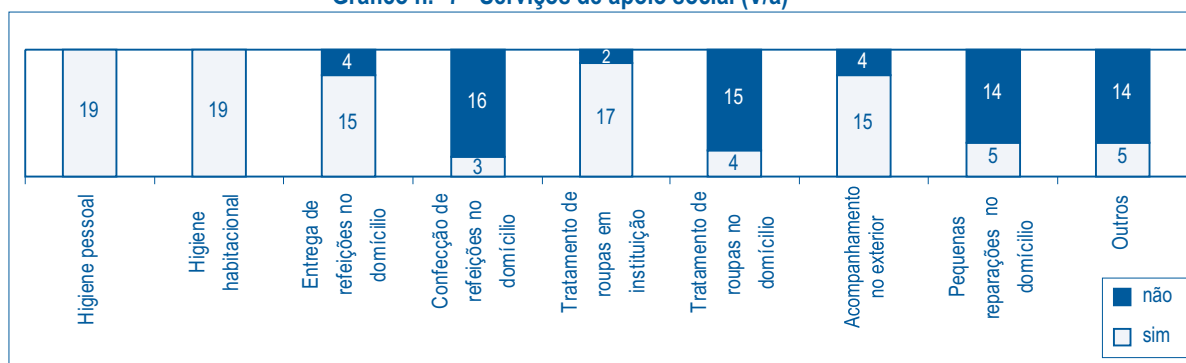


Fonte: PAII N: 708

⁸ O número de utentes abrangidos não corresponde ao total efectivo de utentes que foram 1.361 nos 34 SAD. Os 1.175 foram contabilizados em relação à periodicidade dos apoios.

Do conjunto de **serviços de apoio social**, a globalidade dos projectos tem o serviço de higiene pessoal prestado no domicílio, seguido da limpeza habitacional. A entrega de refeições e de roupa tratada na instituição, bem como o acompanhamento das pessoas idosas ao exterior, são outros dos serviços que prevalecem entre os vários projectos. O tratamento de roupas e a confecção de refeições no domicílio dos utentes e as pequenas reparações são, no conjunto dos serviços de apoio social, os serviços menos implementados. Alguns projectos desenvolveram outros serviços tais como, a compra de géneros e medicamentos ou o tratamento de assuntos administrativos.

Gráfico n.º 7 - Serviços de apoio social (V/a)

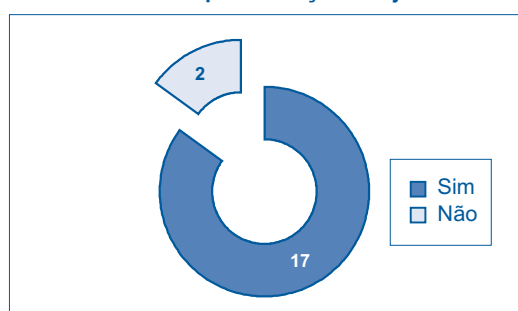


Fonte: PAII N.º 19

Disponibilização de ajudas técnicas

Do universo de projectos, 17 disponibilizam **ajudas técnicas**.

Gráficos n.º 8 - Disponibilização de ajudas técnicas⁹ (Va)

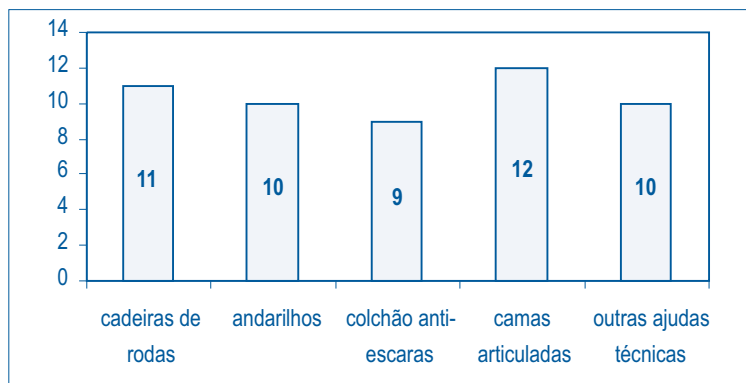


Fonte: PAII

Das ajudas técnicas disponibilizadas pelos projectos ressaltam, as camas articuladas, as cadeiras de rodas, os andarilhos e os colchões anti-escaras. Entre as outras ajudas técnicas contempladas realça-se o material de reabilitação até outro tipo de ajudas técnicas (canadianas, tripés, apoios para costas entre outras).

⁹ Não existe uma homogeneidade dos resultados relativamente à disponibilização das ajudas técnicas, tendo sido registados 17 projectos. No entanto, quando se questiona sobre o tipo de ajudas técnicas disponibilizadas e modos de cedência os valores são variáveis entre 9 e 12 projectos.

Gráficos, n.º 9 - Tipo de ajudas técnicas disponibilizadas (Va)



Fonte: PAII

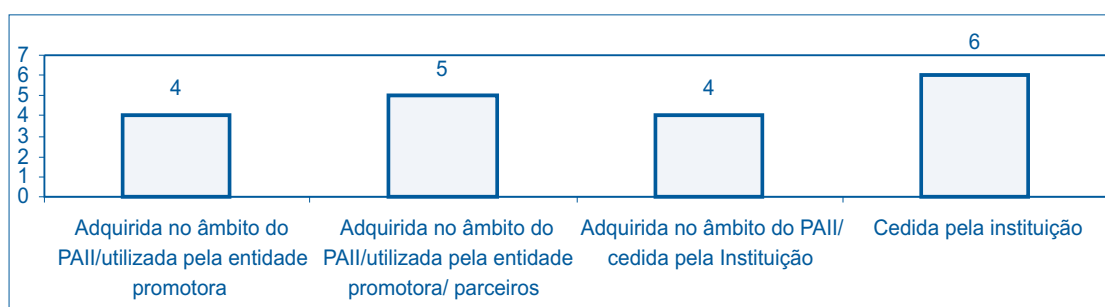
Dos 17 projectos que disponibilizaram ajudas técnicas, 16 referem que o acesso às ajudas é feito a título de empréstimo, enquanto que o registo de cedência das ajudas técnicas é apenas feito por 13 entidades. Só três entidades possuem oficina de reparação de ajudas técnicas.

3.4. Meios de Transporte utilizados

Para o desenvolvimento dos serviços os projectos utilizam os transportes pertencentes à instituição, recorrem a transportes públicos ou o pessoal que trabalha nos SAD vai a pé por se tratarem de distâncias relativamente curtas.

No âmbito do PAII, foram também adquiridas 13 viaturas que são utilizadas pelas entidades promotoras de diferentes formas: 5 são utilizadas pela entidade promotora e pelos vários parceiros; 4 exclusivamente utilizadas pela entidade promotora e 4 cedidas pela instituição. Em 6 situações, as viaturas são cedidas pela instituição.

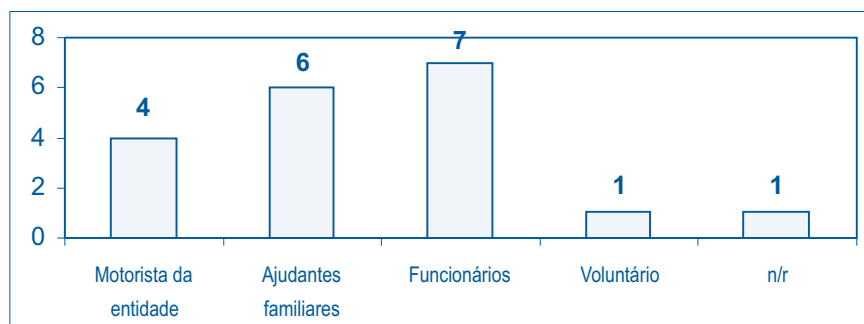
Gráficos n.º 10 - Aquisição de viaturas (V.a)



Fonte: PAII

A condução das viaturas é feita em grande parte dos projectos pelos funcionários e ajudantes familiares. Somente em 4 projectos existe um funcionário destacado para o exercício desta função.

Gráficos n.º 11 - Quem conduz a viatura (va)

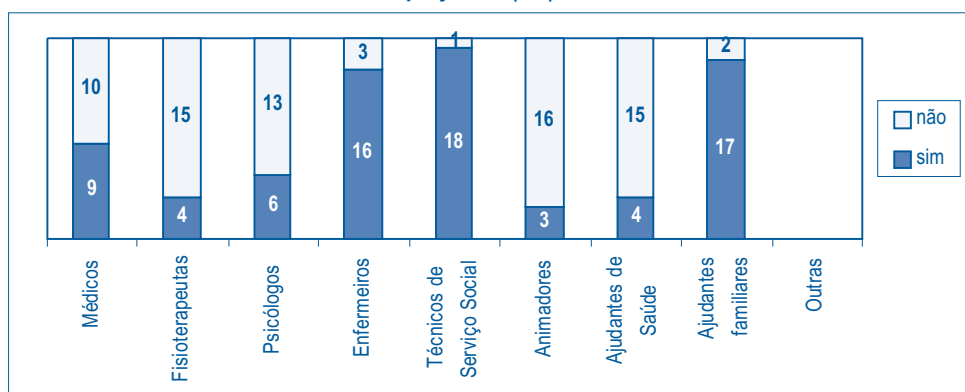


Fonte: PAII

3.5. Recursos Humanos

Quando identificamos quais as categorias sócio-profissionais existentes nos projectos em análise, verificamos que as categorias dominantes correspondem aos técnicos de serviço social, ajudantes familiares e enfermeiros. Em segundo lugar, surgem os médicos e os psicólogos e em terceiro lugar, surgem os fisioterapeutas e os ajudantes de saúde. As outras categorias englobam diversas áreas, profissionais e não profissionais, desde contabilidade, motorista, serviços gerais/lavandaria e administrativos.

Gráficos n.º 12 - Existência de Recursos Humanos no global dos projectos (v/a)

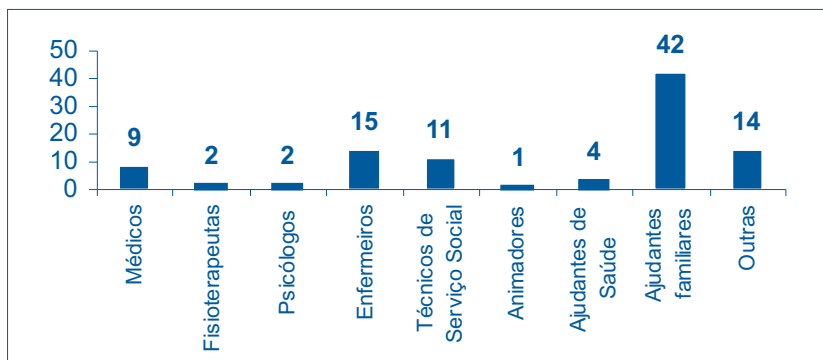


Fonte: PAII

Em termos quantitativos, existiam 453 funcionários a trabalhar nos 19 projectos, sendo as ajudantes familiares a categoria sócio profissional prevalecente, seguida do pessoal de saúde, constituída sobretudo por enfermeiros e médicos, com 15% e 9%, respectivamente. Os técnicos de Serviço Social representam, no total dos recursos humanos, 11%, enquanto que as restantes categorias acabam por ter um peso minoritário nomeadamente, no que diz respeito, aos fisioterapeutas e psicólogos.

As funções ligadas aos serviços de apoio, nomeadamente cozinha, lavandaria e serviços auxiliares, bem como os serviços administrativos e de contabilidade ainda representam 14% do total dos recursos humanos existentes nos projectos SAD.

Gráficos n.º 13 - Número efectivo de recursos humanos existentes no global dos projectos (%)

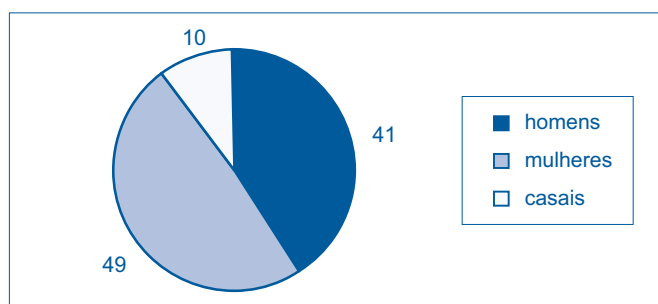


Fonte: PAII

3.6. Sociografia da população abrangida

Da caracterização sociográfica da população abrangida pelos serviços de apoio domiciliário conclui-se que as diferenças de géneros são pouco significativas, dado que 49% são mulheres, ao passo que 41% são homens, sendo de salientar que 10% são casais.

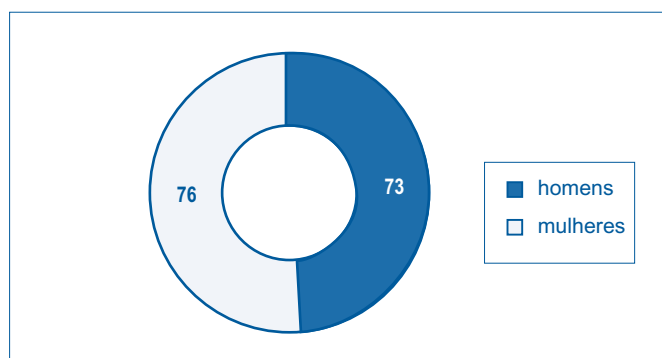
Gráfico n.º 14 - Género da população abrangida (%)



Fonte: PAII N:739

A média de idades da população no global dos projectos é de 76 anos para as mulheres e 73 anos para os homens.

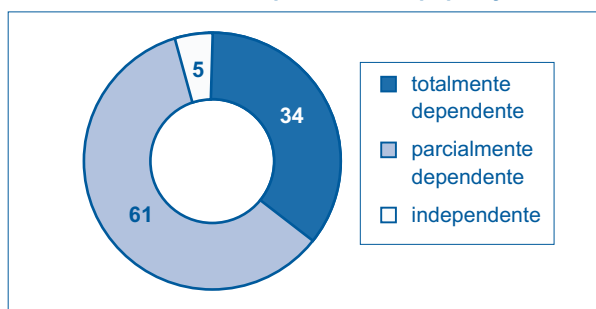
Gráfico n.º 15 Média de idades da população abrangida (%)



Fonte: PAII

Quando analisamos o grau de dependência¹⁰ da população em análise, concluímos que, mais de metade da população idosa (61%), que usufrui dos serviços de apoio domiciliário, é parcialmente dependente, ao passo, que 34% revela níveis de dependência total. Somente 5% da população idosa é independente.

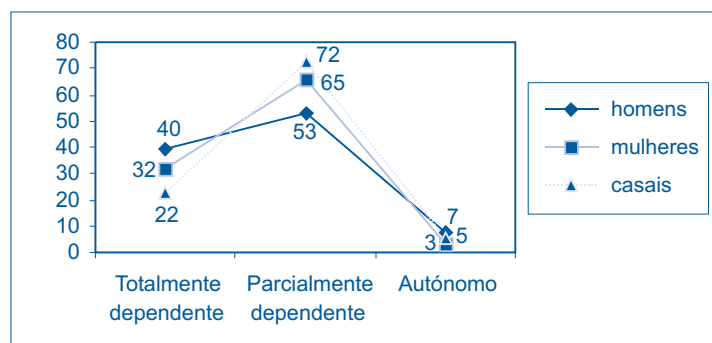
Gráfico n.º16 - Grau de dependência da população abrangida (%)



Fonte: PAII N: 739

Da relação entre o **grau de dependência segundo o género**, a primeira conclusão que pode ser retirada da análise é, que independentemente do género, mais de metade da população é parcialmente dependente, sendo essa incidência maior entre os casais. Se compararmos os indivíduos totalmente dependentes com os parcialmente dependentes, segundo o género, concluímos que o diferencial é ligeiramente superior no caso dos homens, ao representarem 40%, valor menor em relação às mulheres. Os indivíduos autónomos constituem uma pequena minoria em relação ao total da população abrangida pelos serviços.

Gráfico n.º 17 - Grau de dependência da população abrangida segundo o género (%)



Fonte: PAII N:739 Homens - 301 Mulheres - 362 Casais - 76

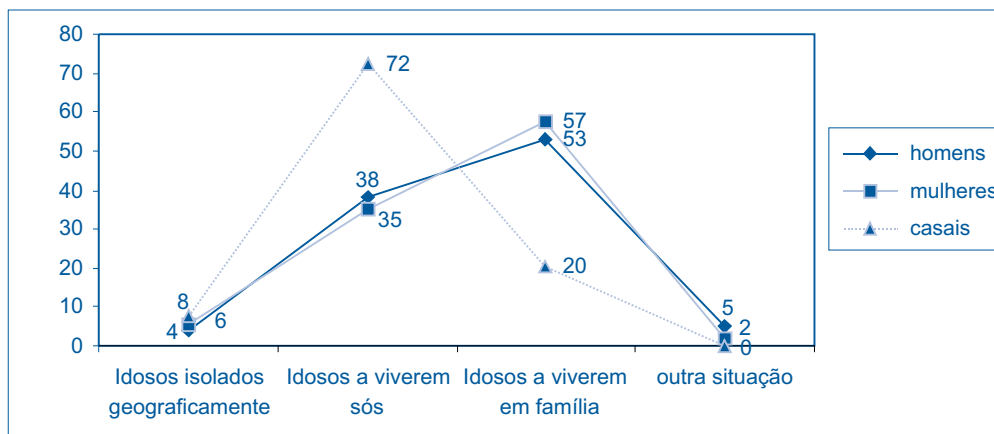
¹⁰ Seguindo o conceito de dependência adoptado pelo Decreto Lei n.º265 de 14 de Julho de 1999.

Contextos sóciofamiliar

Ao caracterizarmos o contexto familiar onde a população abrangida pelos serviços de apoio domiciliário está inserida, concluímos:

- Mais de metade das mulheres (57%) vivem com outros elementos da família, valor ligeiramente superior, quando comparado ao valor estimado para os homens (53%).
- No caso dos idosos a viverem sós, até mesmo geograficamente, a distribuição acaba por ser quase equitativa, independentemente do género;
- Os casais, na sua maioria (72%) vivem sós ou encontram-se isolados geograficamente. Somente 20% vivem integrados no meio familiar. Esta conclusão vai ao encontro de relatórios anteriores do PAII que apontavam para a preponderância do isolamento dos casais.

Gráfico n.º 18 - Contexto sócio-familiar da população abrangida segundo o género (%)



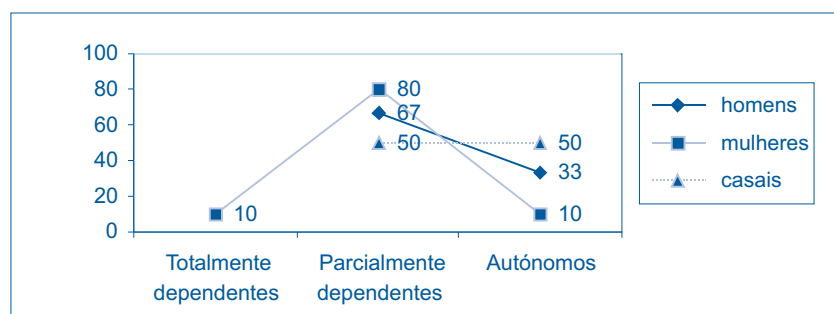
Fonte: PAII

N: 739 Homens - 301 Mulheres - 362 Casais - 76

Os gráficos seguintes visam caracterizar todos os idosos que vivem sós e/ou geograficamente isolados, segundo o género e o grau de dependência.

Na primeira situação, os **idosos duplamente isolados**, do género feminino, a maioria (80%) apresenta algum nível de dependência, enquanto que 10% encontra-se numa situação de total dependência. Situação menos grave apresentam os homens, pois mais de metade destes (67%) expressam incapacidades parciais, enquanto que 33% são independentes. Situação intermédia revelam os casais, pois metade destes, apresentam níveis moderados ou nulos de dependência.

Gráfico n.º 19 - Idosos isolados geograficamente, segundo o grau de dependência e o género (%)

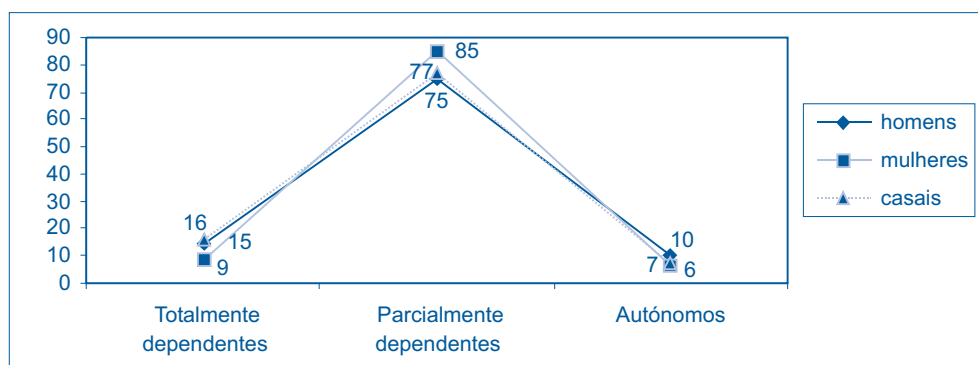


Fonte: PAII

N:38

Na segunda situação, os idosos que **vivem sós**, além de constituir o segundo tipo de agregado doméstico dominante entre a população idosa, concluímos que, independentemente do género, a maioria dos indivíduos revela uma dependência parcial. Proporcionalmente existem mais homens ou casais totalmente dependentes a viverem sós, quando comparados às mulheres. O mesmo se aplica aos indivíduos autónomos.

Gráfico n.º 20 - Idosos a viverem sós, segundo o grau de dependência e o género (%)



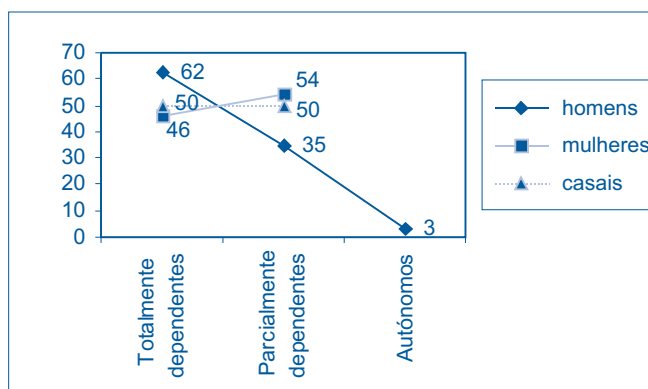
Fonte: PAII

N: 299

O número de idosos integrados em **meio familiar** constitui a modalidade de coabitação preferencial entre a população abrangida pelos serviços de apoio domiciliário. Esta maior preponderância poderá ser explicada pelos níveis elevados de incapacidade que os idosos apresentam, sobretudo os do género masculino (62%).

No caso das mulheres e dos casais, existe pouca variação dos valores no que concerne aos níveis de dependência. Este resultado leva-nos a concluir que a coabitação familiar existe, essencialmente, quando a incapacidade e a doença impossibilita e que, por isso, se torne insustentável para o idoso continuar a viver só.

Gráfico n.º 21 - Idosos a viverem em família segundo o grau de dependência e o género (%)



Fonte: PAII

N: 383

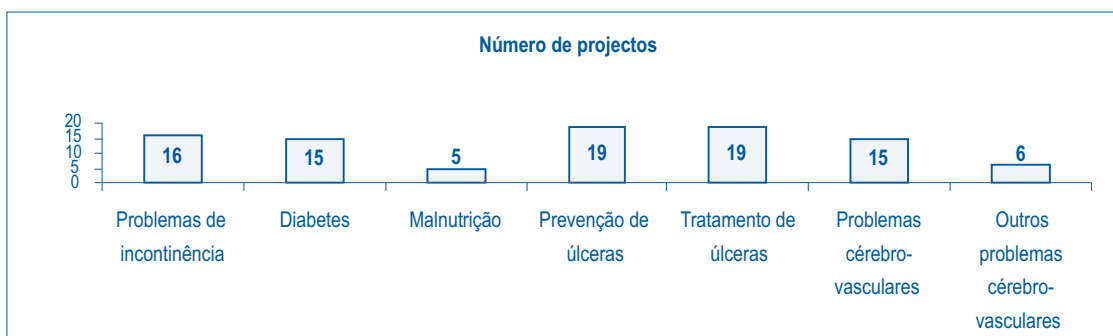
Em relatórios anteriores¹¹, a ausência de capacidade funcional surge, muitas vezes, associada à doença, sendo consequência da mesma e os problemas de saúde poderão estar, em parte na base da coabitação familiar. Nesse sentido, vejamos quais as principais doenças que atingem a população idosa.

¹¹ PAII, Relatório de Actividades, 2002.

3.7. Diagnósticos Clínicos

As situações de saúde mais comuns entre a população abrangida, no primeiro grupo de situações, são as úlceras de pressão (prevenção e tratamento), os problemas de incontinência, os problemas cérebro vasculares e os diabetes.

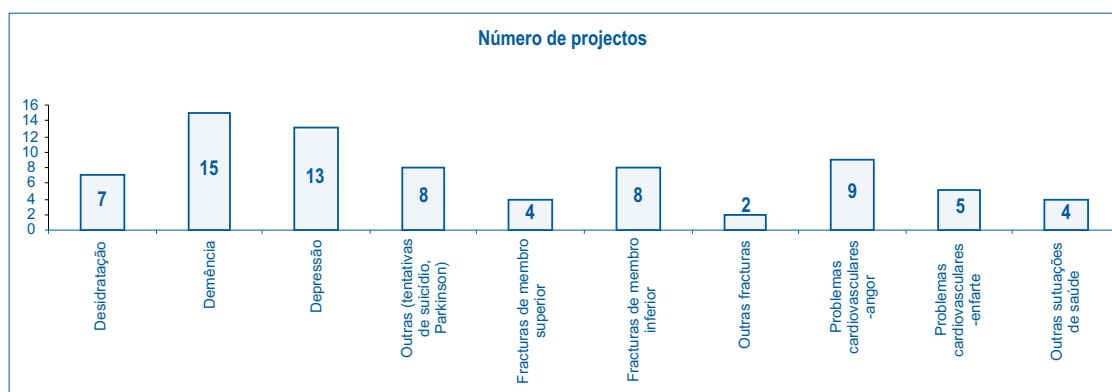
Gráfico n.º 22 - Situações de saúde existentes nos projectos 1º grupo



Fonte: PAII N: 19

No segundo grupo de situações de saúde, as alterações de saúde mental ou do foro neurológico nomeadamente, demências, a depressão, os problemas cardiovasculares (enfarte, angor) ou outras situações (violência, tentativa de suicídio) constituem as problemáticas mais referenciadas pelos projectos.

Gráfico n.º 23 - Situações de saúde existentes nos projectos - 2º grupo

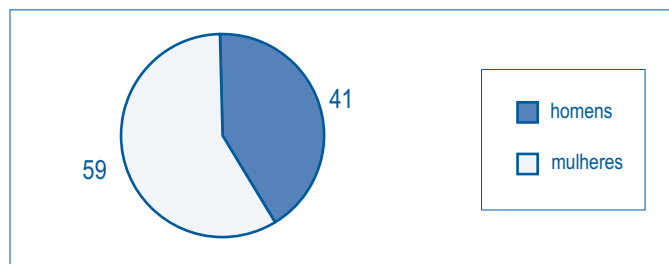


Fonte: PAII N: 19

3.8. Redes de suporte informal

Da caracterização sociográfica dos prestadores informais¹², verificamos que as mulheres excedem os prestadores do género masculino, ao corresponderem a 59% da totalidade dos prestadores.

Gráfico n.º 24 - Género dos Prestadores Informais (%)

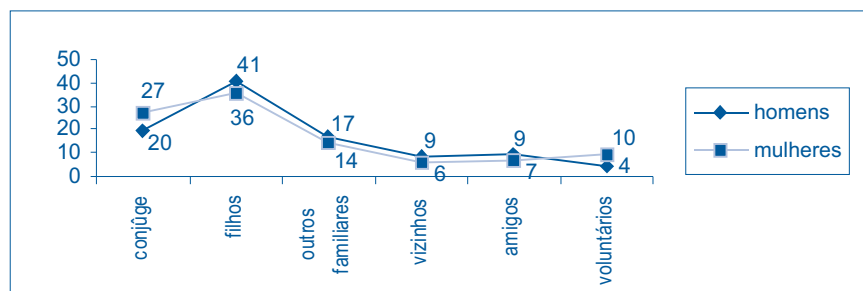


Fonte: PAII N: 411

Relativamente aos principais prestadores do género feminino, destacam-se as filhas (36%), seguidas dos cônjuges com 27%. Embora os prestadores do género masculino sejam em menor número comparativamente aos do género feminino, é interessante observar que os filhos do género masculino representam 41% do total de prestadores.

Os restantes prestadores assumem alguma homogeneidade dos valores, independentemente do género, no caso dos outros familiares, vizinhos e amigos. Embora os voluntários sejam uma minoria, no total dos prestadores, os elementos femininos sobressaem em relação aos masculinos.

Gráfico n.º 25 - Prestadores Informais segundo o género¹³ (%)



Fonte: PAII N: 411

No que respeita aos **grupos etários dos prestadores do género masculino** ressaltam um conjunto de conclusões. No caso dos cônjuges, um terço (33%) tem idade entre os 70 e os 74 anos, pelo que podemos concluir que na globalidade os prestadores têm idade superior a 65 anos.

Situação diferente revelam os filhos, que na sua maioria têm idade inferior a 60 anos, dos quais 41% tem entre 50 e 59 anos.

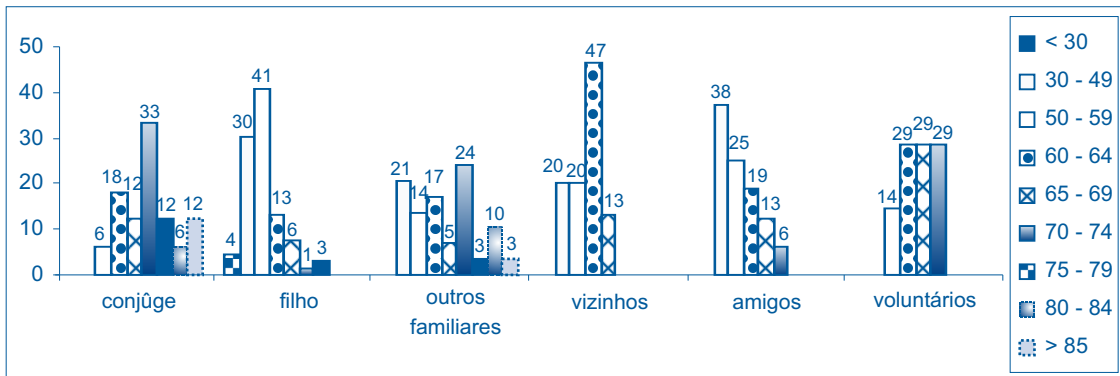
Os outros familiares são representados, maioritariamente, por duas subcategorias, genros e irmãos. Enquanto que os genros pertencem a grupos etários mais novos, entre os 30 e os 49 anos, os irmãos pertencem a grupos mais idosos, entre os 70 e os 74 anos.

¹² No total foram contabilizados 411 prestadores informais. No entanto, dos 19 projectos, 8 projectos não caracterizaram os prestadores informais.

¹³ Dos 411 foram quantificados 169 prestadores do género masculino e 242 do género feminino.

Comparando as últimas três categorias, vizinhos, amigos e voluntários, podemos concluir que os amigos pertencem a grupos mais novos, enquanto que quase metade dos vizinhos (47%) possui idade entre os 60 e os 64 anos. Mais idosos são o pequeno grupo de voluntários composto por 7 pessoas, tendo a maioria idade superior a 60 anos.

Gráfico n.º 26 - Prestadores Informais do género masculino¹⁴ (%)

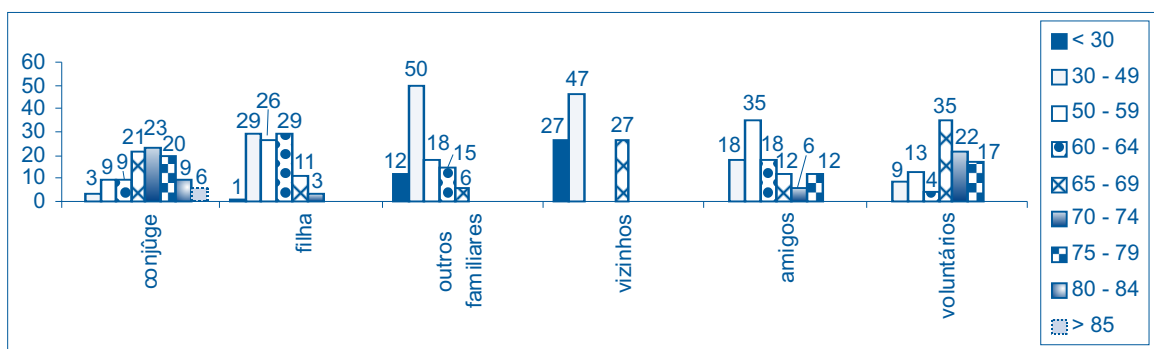


Fonte: PAII N: 169

No que concerne aos grupos etários dos prestadores do género feminino, à semelhança dos cônjuges masculinos, a maioria dos cônjuges femininos tem idade superior a 65 anos. Semelhantes são os grupos etários das filhas que se distribuem de forma uniforme nos grupos etários entre os 30 e os 49 anos, os 50 e os 59 anos e os 60 e os 64 anos.

Em relação aos outros familiares, para além de constituir a terceira categoria dos prestadores com o maior peso no global, metade possui idade entre os 30 e os 49 anos. Mais novos revelam ser os vizinhos e os amigos, embora sem serem significativamente relevantes em termos quantitativos, o que contrasta com os grupos etários dos voluntários, proporcionalmente mais idosos.

Gráfico n.º 27 - Prestadores Informais do género feminino¹⁵ (%)



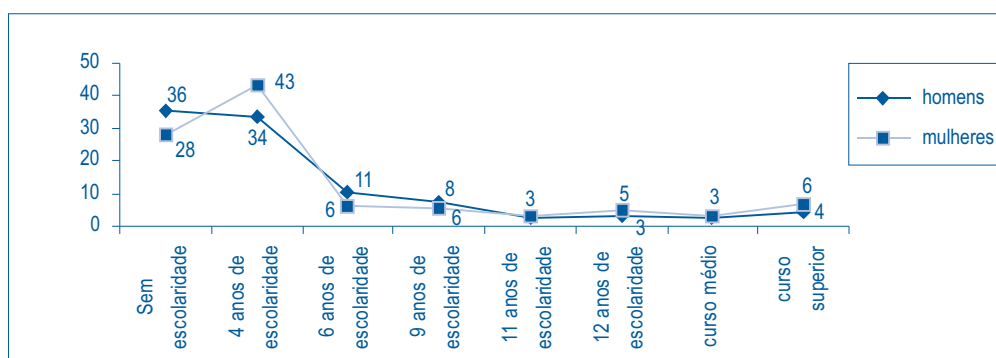
Fonte: PAII N: 242

Relativamente à formação escolar dos prestadores, 43% das mulheres possui uma escolaridade básica de quatro anos, enquanto que 36% dos homens não possui qualquer nível de escolaridade. A partir dos níveis do primeiro ciclo existe um decréscimo progressivo, ainda que 11% dos homens possua uma escolaridade de 6 anos. Na globalidade estamos perante uma população muito pouco escolarizada.

¹⁴ Do total de 169 prestadores do género masculino 33 são cônjuges, 69 filhos, 29 outros familiares, 15 vizinhos, 16 amigos e 7 voluntários.

¹⁵ Do total de 242 prestadores do género feminino 66 são cônjuges, 87 filhas, 34 outros familiares, 15 vizinhos, 17 amigos e 23 voluntários.

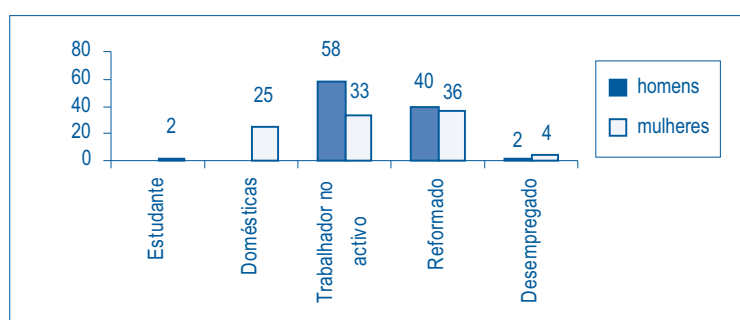
Gráfico n.º 28 - Prestadores Informais segundo o grau de escolaridade (%)



Fonte: PAII

No caso da população masculina, prestadora de cuidados, 58% exerce uma profissão ou está em situação de reforma (40%). No caso das mulheres, embora existam mais reformadas do que mulheres no activo, essa diferença é de 3 pontos percentuais. Valor relevante também constitui, ainda que minoritária, a percentagem de mulheres domésticas e desempregadas.

Gráfico n.º 29 - Prestadores Informais segundo a situação no trabalho (%)



Fonte: PAII

3.9. Avaliações: das parcerias ao global do projecto

Quando analisamos as parcerias estabelecidas no âmbito dos projectos SAD, verificamos que os serviços de Saúde, Segurança Social, Autarquias e outras IPSS'S são as entidades que, desde o planeamento dos projectos até à efectivação dos mesmos, mais contribuíram no reforço das relações de parceria. Em oposição, as entidades menos presentes são as escolas, a PSP/GNR, as organizações de voluntários e os bombeiros. Algumas destas parcerias, apesar de terem sido previstas desde o início dos projectos, acabaram, na prática, por não se concretizarem durante o desenvolvimento do projecto.

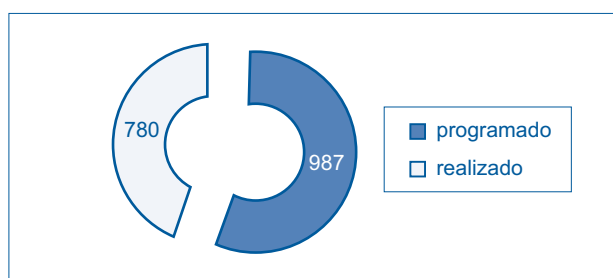
Quadro n.º 4 - Parcerias segundo o número de projectos

	Previsto	Efectivo	Ambos	N/r
Serviços de saúde	2	4	11	2
Serviços de segurança social		4	12	3
Outras IPSS/ONG	1	2	8	8
Autarquias		4	9	6
Organizações de voluntários	3	2	3	11
Bombeiros	2	3	4	10
PSP/GNR	1	2	1	15
Escolas	2			17
Outros			1	18

Fonte: PAII

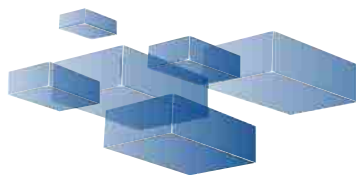
Da avaliação que as entidades fazem do número total de pessoas previstas que o projecto iria atingir face ao que foi realizado, podemos observar que o realizado foi inferior ao que foi inicialmente previsto pelas entidades, ainda que o diferencial não tivesse sido significativo, traduzindo-se somente em 208 pessoas.

Gráfico n.º 30 - Do previsto ao realizado



Fonte: PAII

Da avaliação sobre o grau de satisfação efectuado pelas entidades, na globalidade estamos perante uma avaliação muito positiva dos actores implicados, isto é, dos idosos, familiares, pessoal e parceiros.



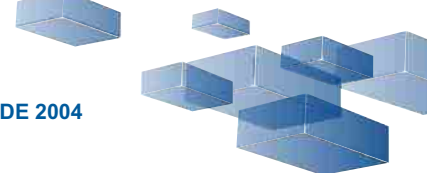
3.10. Conclusão

Da análise global sobre os projectos SAD, podemos concluir que estes têm permitido aos idosos beneficiarem de um conjunto de serviços e de bens, para além de ser um meio directo de manutenção das pessoas idosas no domicílio, evitando, deste modo, institucionalizações precoces.

No entanto, comparando com os relatórios de anos transactos, continua a denotar-se uma similitude dos resultados e das propostas de alteração. Em primeiro lugar, a lógica que subjaz aos serviços de apoio domiciliário continua a ser uma lógica onde predominam os serviços de apoio social:

- Uma **lógica social** que se traduz numa preponderância quer das actividades pessoais e instrumentais da vida diária, quase sempre exercida por ajudantes familiares, inseridas num sistema de trabalho polivalente, onde estão ausentes outras categorias profissionais de apoio tal como, limpeza, lavandaria, cozinha, entre outras. A ausência de outras categorias é reveladora da polarização das funções neste grupo profissional. Para além disso, a **pouca formação específica**, a ausência de uma política de recursos humanos que valorize a motivação, o reconhecimento social, o trabalho por objectivos e outros incentivos salariais, origina que estejamos perante pessoas **com baixas remunerações** face ao importantíssimo trabalho que desempenham.
- Uma lógica fragmentária, com ausência de outros **serviços de apoio complementar**, como a terapia ocupacional, a animação, a companhia, entre outros, sendo ainda apanágio de um número muito restrito de projectos. Embora os dados revelem uma melhoria no que diz respeito às parcerias, é, no entanto, ainda evidente, a necessidade de uma melhor **articulação interinstitucional** em alguns projectos nomeadamente, na articulação entre social e saúde/reabilitação, uma melhor consolidação das parcerias e uma maior potencialização dos recursos disponíveis, a nível local.
- Evitar as lógicas referidas implica não só mais **recursos humanos** no que diz respeito a outras áreas de intervenção social, como a reabilitação, a animação e a psicologia, com a consequente implementação de novos serviços, bem como a potencialização de uma **melhor articulação** entre os serviços internos aos projectos e em relação às parcerias estabelecidas. Para além disso, investir numa melhor preparação e **formação dos recursos humanos** existentes surge como uma prioridade também para a melhoria dos serviços.
- À semelhança de outros anos, consideramos que as entidades promotoras dos projectos SAD devem **melhorar o sistema de registo e de avaliação dos processos** respeitantes a cada utente, de forma a evitar o tão elevado número de não respostas relativos à avaliação dos projectos que continua a verificar-se todos os anos. Para isso é necessário implementar novos sistemas de trabalho, a **adopção de uma metodologia de avaliação da satisfação do cliente**, numa lógica de melhoria contínua.

Por estarmos perante um número muito reduzido de projectos FORHUM, na mesma medida, os dados são escassos para retirar grandes conclusões. Contudo, à semelhança de relatórios anteriores (2002, 2003), não podemos deixar novamente de reiterar a necessidade de se melhorarem os diagnósticos das necessidades de formação, bem como o conhecimento da população destinatária da formação. Deste modo, a **melhoria dos sistemas de diagnóstico das necessidades de formação**, a revisão do **sistema de registo**, a **sistematização das actividades dos processos formativos** e, sobretudo, dos seus destinatários, até à **implementação de sistemas de avaliação dos processos de formação** surgem



como eixos prioritários a serem melhorados. À semelhança dos anos transactos, o reforço da avaliação deverá ter em conta três áreas específicas, já identificadas no documento de apoio do projecto FORHUM¹⁶:

- “Avaliação da organização da formação - Após a conclusão da acção de formação, deve existir uma avaliação nos domínios da organização e adequação da formação às necessidades de conhecimento dos formandos;
- Avaliação da formação pelos formandos - No final da acção de formação, os formandos devem avaliá-la, de preferência pelo método expositivo em pequenos grupos e através de resposta individual a um questionário simples. A avaliação destina-se essencialmente à colheita de dados que permitam a melhoria de futuras acções de formação.
- Avaliação dos resultados da formação - É conveniente criar um conjunto de indicadores destinados à avaliação do impacto da formação na prática do quotidiano”.

À semelhança do FORHUM, retirar ilações de um projecto CAD para além de inconclusivo, é redutor. Contudo, da análise qualitativa de um projecto podemos concluir que o apoio do CAD visa mais apoiar a família e a pessoa idosa após a alta hospitalar, do que ser um meio onde se oferecem cuidados de reabilitação e se reaprendem capacidades perdidas, na execução das actividades da vida diária. A inexistência de técnicos de reabilitação é disso indiciador, apesar da presença constante da saúde, bem como os principais motivos invocados pela população prendem-se com o retorno ao domicílio motivado por alta ou pela institucionalização.

No entanto, não podemos deixar de referenciar o inegável contributo que o CAD exerceu junto das pessoas idosas e famílias ao promoverem a informação/formação, o acesso a cuidados de saúde e de apoio social.

¹⁶ PAII/ Comissão de Gestão, (1998), FORHUM Formação de recursos humanos, p. 14.



The background of the page is a light blue gradient. Overlaid on this are several 3D geometric shapes, primarily cubes and rectangular prisms, in various shades of blue. These shapes are arranged in a way that suggests depth and perspective, with some appearing to float or be attached to others. The shapes are semi-transparent, allowing the background color to show through them. The overall aesthetic is modern and architectural.

CAPÍTULO II

PROJECTOS DE PROMOÇÃO CENTRAL



Projectos de Promoção Central

1. Preâmbulo

O Programa de Apoio Integrado a Idosos tem-se caracterizado desde o seu início pelo desenvolvimento de dois tipos de projectos - promoção local e promoção central.

Quanto aos primeiros são considerados projectos de proximidade, na medida em que oferecem respostas adaptadas às necessidades das pessoas que vivem numa determinada área geográfica, o mais próximo possível do local de residência dos seus utilizadores, fomentando a continuidade da inclusão no seu meio habitual de vida.

O segundo grupo de projectos designam-se de promoção central por se caracterizarem por abrangerem pessoas que se podem encontrar em vários pontos do território nacional, como seja o caso, em particular, do Serviço Telealarme e Programa Saúde e Termalismo Sénior, que podem ser utilizados por cidadãos provenientes de qualquer ponto do território continental e Regiões Autónomas. Neste grupo consta também o projecto Passes de Terceira Idade destinados a utilizadores de Lisboa e Porto e respectivas áreas metropolitanas.

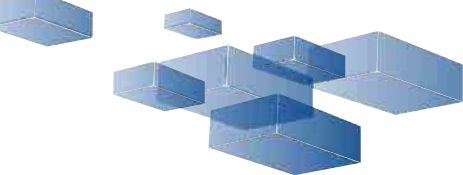
De referir ainda que os projectos de promoção local são desenvolvidos por entidades tais como as IPSS, Centros de Saúde, ONG sem fins lucrativos e outras entidades dependes das tutelas dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, cujo exercício se destina a uma prestação de cuidados e apoio estabelecidos com base no diagnóstico das necessidades das populações locais.

Quanto aos projectos de promoção central, apesar de serem subsidiados por verbas do PAII são organizados e mesmo geridos por entidades cujo âmbito de Intervenção é mais abrangente, como se verifica no caso do INATEL.

Por se considerar que esta divisão dos projectos nas categorias de âmbito local e central, tem características específicas no que se refere à organização, funcionamento e avaliação levou desde o início do Programa de Apoio Integrado a Idosos (1994) a apresentar o relatório de actividades de cada ano em dois capítulos separados e ainda um terceiro, mais abrangente, que contempla a totalidade dos aspectos administrativo-financeiros do Programa.

Os projectos de promoção central continuam a ser os mesmos, que foram criados no início do Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), ainda que tenham vindo a sofrer alterações no sentido de os capacitar para corresponderem à sua finalidade.

- A fim de melhor situar o leitor, refere-se que estes projectos integram Serviço Telealarme (STA), Saúde e Termalismo Sénior e Passes Terceira Idade.
- **Serviço Telealarme** - é uma resposta social complementar, a partir de um sistema de telecomunicações que permite, accionando um botão de alarme, contactar rapidamente a rede social de apoio de cada pessoa, para de uma maneira mais eficaz responder à necessidade de ajuda ou encaminhar para o serviço adequado.
- **Saúde e Termalismo Sénior** - visa permitir à população de menores recursos financeiros o acesso o tratamentos termais, o contacto com um meio social diferentes e a prevenção do isolamento social.



- **Passes Terceira Idade** - este projecto permite às pessoas com 65 e mais anos, utilizar, sem restrições horárias, os transportes públicos nas áreas urbanas de Lisboa e Porto, fomentando a mobilidade das pessoas idosas, a manutenção da sua integração social e a sua participação na vida activa.

Estes projectos designados de promoção central são complementares aos projectos de promoção local na medida em que podem potenciar as acções programadas no âmbito daqueles projectos, tornando-os mais capazes e eficientes na concretização dos respectivos objectivos.

De assinalar que esta eficiência resulta, em muito, das parcerias interinstitucionais estabelecidas com as áreas da Saúde e da Acção Social e outras, que contribuem nomeadamente com conhecimentos, recursos humanos e materiais para uma maior e melhor qualidade da intervenção.

2. Serviço Telealarme (STA)

O Serviço Telealarme (STA) é um projecto de promoção central do Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), concretizando-se numa resposta social, apoiada num sistema de telecomunicações.

Dirige-se a pessoas que carecem de apoio, dependentes ou não, nomeadamente em situação de isolamento ou solidão e constituindo deste modo, um elemento para a segurança dos utentes, respondendo a eventuais situações de emergência que apelam a intervenções de uma rede de apoio local.

No ano de 2004 o Serviço Telealarme registou um crescimento em termos do número de aderentes de 30%. O quadro n.º 1 apresenta, em termos absolutos, o total de terminais instalados no final do ano de 2003 e um ano depois, no final de 2004.

Quadro n.º 1

Total de terminais instalados a 31/12/03	541
Total de terminais instalados a 31/12/04	706

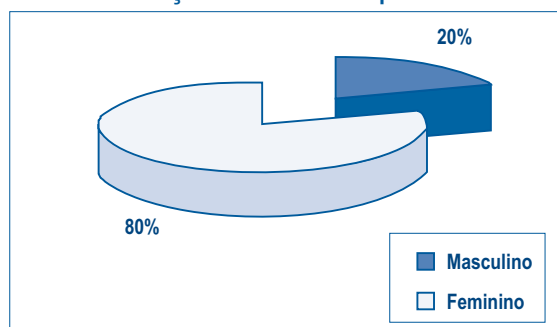
Fonte: Relatórios trimestrais CVP - 2004

Considerando o número total de utentes aderentes, apresenta-se seguidamente o perfil do assinante do STA. É de sublinhar a existência de pequenas variações no número de utentes caracterizados, uma vez que, por vezes, determinados elementos referentes aos utentes não são referenciados nas propostas de adesão ao STA.

Distribuição por Sexo

A maioria dos assinantes do STA, considerando um universo total de 698 utentes, eram do sexo feminino, correspondendo a uma percentagem de 80%, conforme é ilustrado pelo gráfico n.º 1.

Gráfico n.º 1
Distribuição dos assinantes por sexo

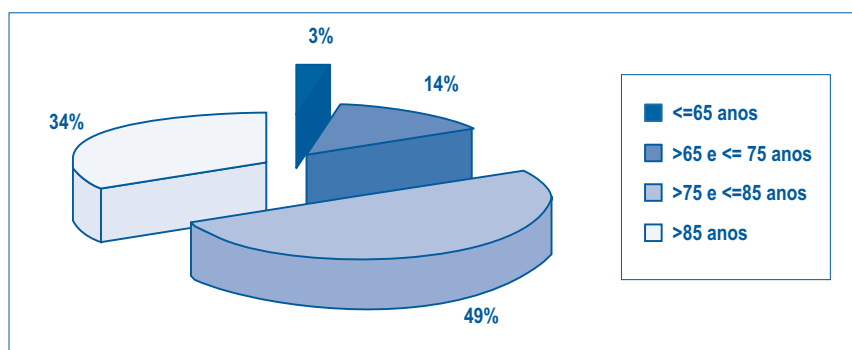


Fonte: Relatórios trimestrais CVP - 2004 n.º 698

Distribuição por Faixa Etária

De acordo com o gráfico n.º 2 que a seguir se apresenta, num total de 741 indivíduos, a faixa etária com maior número de assinantes ao STA encontra-se entre os 75 e 85 anos, registando esta 49% do total da população em referência. Apenas 3% têm menos 65 anos.

Gráfico n.º 2
Distribuição dos assinantes por faixa etária

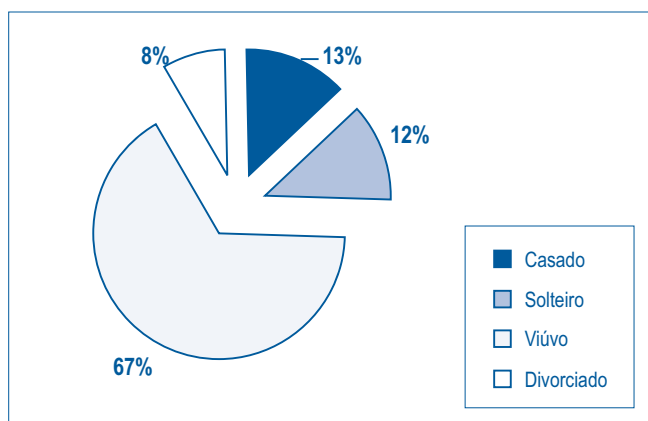


Fonte: Relatórios trimestrais CVP - 2004 n.º741

Distribuição por Estado Civil

Cerca de 67% dos assinantes do STA em 2004 eram viúvos. O segundo grupo mais representativo é o das pessoas casadas, que representa apenas 13% do total. O número total de pessoas considerado neste item é de 699.

Gráfico n.º 3
Distribuição dos assinantes de acordo com o estado civil

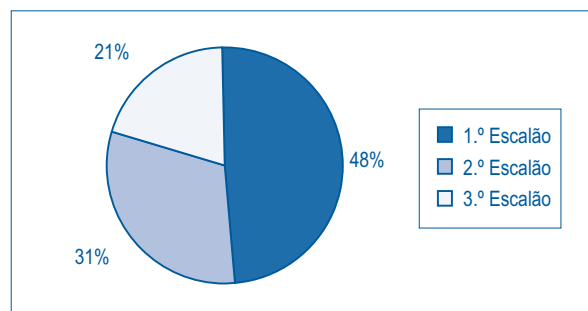


Fonte: Relatórios trimestrais CVP - 2004 n.º 699

Distribuição por Escalão de Rendimento

Em 2004, entre os utentes do STA (universo estudado: 704 indivíduos), os do 1.º escalão (com um rendimento mensal igual ou superior ao valor da RMMG - retribuição mínima mensal garantida), foram os que tiveram maior peso face ao total, representando 48%, seguidos dos que se encontram no 2.º escalão (com um rendimento mensal entre o valor da Pensão Mínima do Regime Geral e o da RMMG), representando 31% do total, sendo que a fatia mais pequena é dos assinantes do 3.º escalão (com um rendimento mensal inferior ao valor da Pensão Mínima do Regime Geral), com um peso de 21%. O Programa de Apoio Integrado a Idosos, subvenciona, com € 2,50 e € 5,00 as mensalidades referentes aos utentes cujo rendimento se situa respectivamente nos 2.º e 3.º escalões, correspondendo a mensalidade sem participação a € 12,47.

Gráfico n.º 4
Distribuição dos assinantes por escalão de rendimentos



Fonte: Relatórios trimestrais CVP 2004 Nº 704

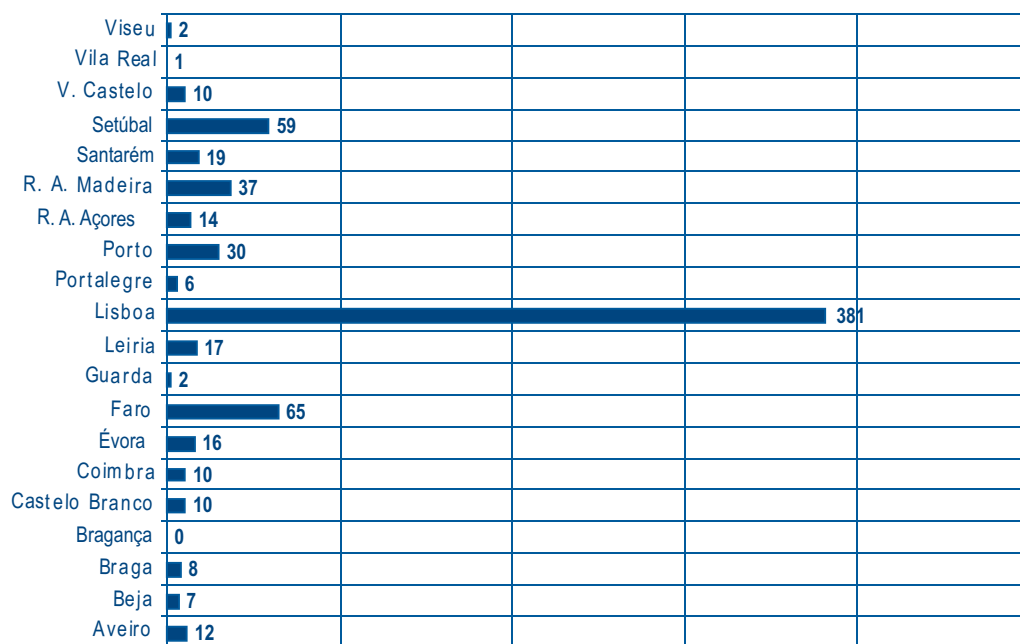
Distribuição por Distrito

Considerando o total dos aderentes ao STA (706), o Distrito mais representativo é o Distrito de Lisboa onde se concentram 54% do total dos assinantes, seguido do Distrito de Faro com 9%, e com 8% o Distritos de Setúbal. O Distrito de Bragança não contou com nenhuma adesão ao STA.

Distribuição por Distrito

Considerando o total dos aderentes ao STA (706), o Distrito mais representativo é o Distrito de Lisboa onde se concentram 54% do total dos assinantes, seguido do Distrito de Faro com 9%, e com 8% o Distritos de Setúbal. O Distrito de Bragança não contou com nenhuma adesão ao STA.

Gráfico n.º 2
Distribuição dos assinantes por faixa etária

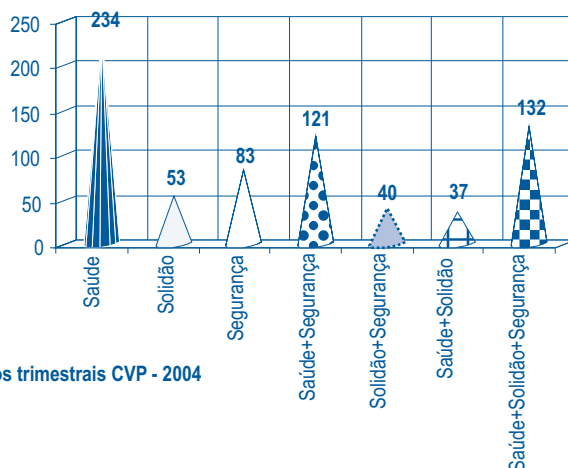


Fonte: Relatórios trimestrais CVP - 2004

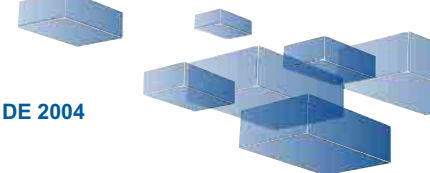
Distribuição por motivo(s) de adesão

Verifica-se, segundo o gráfico n.º 6, perante um universo constituído por 700 indivíduos, que os problemas de saúde são os que mais preocupam os aderentes ao STA (33%), visto apresentarem esta como a principal razão para aderirem a este serviço. No entanto, de acordo com os relatórios trimestrais da Cruz Vermelha Portuguesa produzidos ao longo do ano de 2004, a maioria dos alarmes que entram na Central do STA devem-se a questões associadas à solidão.

Gráfico n.º 6
Distribuição dos assinantes de acordo com o(s) motivo(s) de adesão



Fonte: Relatórios trimestrais CVP - 2004



Conclusão

De destacar que o STA sendo um projecto do PAII, não se destina apenas a pessoas de 65 e mais anos, mas sim a todos os grupos etários que se encontrem em situação de isolamento ou solidão, sejam ou não dependentes.

O número de aderentes ao STA sofreu um aumento de 30% em relação a 2003.

Salientam-se seguidamente as características do aderente ao STA, quanto a:

- Sexo: é maioritariamente do sexo feminino (80%);
- Idade: situa-se no grupo etário 75 e 85 anos, grupo que constitui 49% do total da população utilizadora;
- Estado civil: viúva/o (67%), seguindo-se de casada/o que representa 13% do total;
- Proveniência: Distrito de Lisboa (54% do total), seguido dos Distritos de Faro (9%) e de Setúbal (8%);
- Motivos de adesão: problemas de saúde;
- Rendimentos: igual ou superior à Retribuição Mínima Mensal Garantida (primeiro escalão).

3. Saúde e Termalismo Sénior

Do conjunto dos projectos de promoção central, é o Programa Saúde e Termalismo Sénior¹⁷ aquele que maior desenvolvimento e alterações mais significativas tem tido ao longo da sua existência. No início, em 1995, começou por ser designado Termalismo Sénior, destinado a pessoas de 65 e mais anos e com uma oferta apenas de duas termas de gestão directa do INATEL, as de Entre-os-Rios e as de Manteigas, tendo-se verificado que a primeira, por motivos de obras, não chegou a funcionar nesse ano.

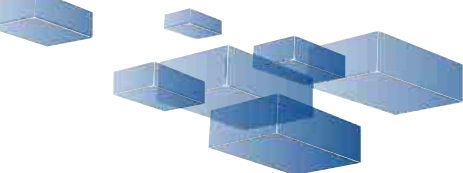
A criação deste Programa veio colmatar uma lacuna existente na nossa sociedade ou seja a dificuldade de acesso a tratamentos termais por parte de pessoas de baixos rendimentos. A partir do momento em que o PAII começou a subsidiar a utilização das termas a grupos de seniores, verificou-se um número crescente de pessoas deste grupo a recorrer a tratamentos termais, o que se deve não só à existência de maiores facilidades de acesso, como também devido ao facto de haver mais entidades gestoras de termas a aderir ao Programa, o que aumentou o número de lugares disponíveis.

De entre as melhorias progressivas que vêm sendo introduzidas no Programa são de salientar o abaixamento da idade de acesso ao Programa, que passou de 65 para 60 anos e o facto de cada sénior ter passado a poder usufruir, desde 1999, da possibilidade de continuidade dos tratamentos por um período de três anos consecutivos, o que pode ter um impacto maior na melhoria geral da sua saúde.

De referir que o Programa alia a vertente tratamento específico, a uma situação de saúde, a outras igualmente importantes, como seja: a possibilidade de enriquecimento pessoal dos seniores e acompanhantes nos planos social e cultural pelas relações e contactos que possibilita, pelas visitas que permite ao património existente nos locais onde se localizam as unidades termais e pelas actividades sócio-recreativas oferecidas durante a estada nas mesmas.

Além dos benefícios que as termas representam directamente para os seniores, verifica-se em paralelo que o Programa tem um impacto altamente positivo nas localidades de inserção das termas, quer ao nível da utilização da hotelaria quer ao nível da empregabilidade e do desenvolvimento do comércio local.

¹⁷ O INATEL designa este projecto de Programa pelo que será esta a designação utilizada neste relatório.



Desenvolvimento do Programa

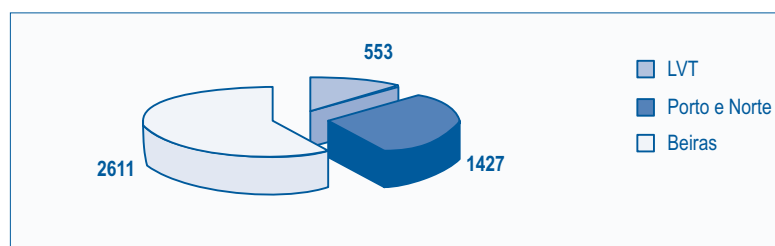
De acordo com o Relatório de Execução do Programa elaborado pelo INATEL constata-se que se verificou um grau de concretização do mesmo de cerca de 83%, dado que dos 5.520 lugares disponibilizados, 929 não foram ocupados devido a desistências de última hora ou a cancelamento por motivo de doença.

A maioria das desistências verificadas respeitaram às Termas do Vimeiro, sendo também assinalado que estas Termas têm menos procura, devido ao facto das indicações terapêuticas das suas águas não se destinarem a tratamentos para doenças reumáticas e músculo-esqueléticas, que, em geral, são as mais procuradas pela população idosa.

Do citado relatório retiraram-se alguns dados que se apresentam neste documento por permitirem caracterizar as actividades desenvolvidas no decurso de 2004.

Foram programas 115 viagens, tendo sido realizadas 95% das mesmas, ou seja, 109 e anuladas 6 pelos motivos acima referidos, abrangendo 4.591 participantes nas Áreas Turístico-Promocionais de Lisboa e Vale do Tejo, Porto e Norte de Portugal e Beiras, cuja distribuição se apresenta no gráfico n.º 1:

Gráfico n.º 1
Distribuição dos participantes por locais de proveniência



N: 4.591

Fonte: Relatório INATEL, 2004

Estas áreas, designadas pelo INATEL Turístico-Promocionais contemplam várias unidades termais e vários participantes, tal como se menciona no quadro abaixo.

Quadro n.º 1
Distribuição dos Participantes por Área Turístico-Promocional e Unidade Termal

Área Turístico-Promocional	Unidade Termal	N.º Participantes	%
Beiras	Termas de Manteigas	530	11,54
	Termas de S. Pedro do Sul	1.292	28,16
	Termas de Carvalhal	585	12,74
	Termas do Luso	204	4,44
Lisboa e Vale do Tejo	Termas de Monte Real	224	4,87
	Termas do Vimeiro	329	7,16
Porto e Norte de Portugal	Termas de Caldelas	342	7,44
	Caldas de São Jorge	248	5,40
	Caldas de Chaves	412	9,00
	Termas de Entre-os-Rios	425	9,25
TOTAL	10	4.591	100%

Fonte: Relatório INATEL, 2004

Aleitura do quadro n.º 1 permite verificar que:

Quanto aos **participantes**, no seu conjunto, o maior número foi proveniente da Área Turístico-Promocional Beiras, num total de 2.611 seniores (56,87%), seguida da Área Turístico-Promocional do Porto e Norte de Portugal, num total de 1.427 seniores (31,08%) e apenas 553 seniores (12,05%) foram provenientes da Área Turístico-Promocional de Lisboa e Vale do Tejo.

Quanto à **oferta de unidades termais**, as Beiras e Porto e Norte de Portugal disponibilizaram ambas quatro unidades termais cada (40%) e Lisboa e Vale do Tejo apenas duas, ou seja, 20% do total.

De referir que os participantes, quanto ao local de proveniência, tinham a distribuição seguinte:

Quadro n.º 2
Distribuição do número de lugares por origem dos participantes

Origem	N.º de Participantes	N.º de Lugares colocados à disposição	Grau de Concretização %
Aveiro	236	288	81,9
Beja	230	240	95,8
Braga	81	96	84,4
Bragança	84	96	87,5
Castelo Branco	177	192	92,2
Coimbra	221	240	92,1
Évora	121	144	84,0
Faro	254	288	88,2
Guarda	97	96	101,0
Leiria	426	480	88,8
Lisboa	990	1.152	85,9
Madeira	87	96	90,6
Portalegre	85	96	88,5
Porto	651	768	84,8
Santarém	216	240	90,0
Setúbal	358	384	93,2
Viana do Castelo	114	144	79,2
Vila Real	84	96	87,5
Viseu	79	96	82,3
TOTAL	4.591	5.232	87,7

Fonte: Relatório INATEL, 2004

A análise do quadro n.º 2 permite verificar que o maior grau de concretização do Programa, tendo em conta os lugares postos à disposição e o número de participantes nas termas, respeitou aos participantes provenientes da Guarda (101,0%), Beja (95,8%), Setúbal (93,2%), Coimbra (92,2%), Évora (92,1%) e Madeira (90,6%), situando-se os restantes entre 79,2% de Viana do Castelo e 88,2% de Faro.

Sendo os participantes pessoas com necessidades de tratamentos termais parece necessário aprofundar as razões pelas quais os lugares disponibilizados não foram na íntegra utilizados, se bem que tenham sido apontados como motivos: casos de doença ou desistência da última hora sem justificação do respectivo motivo. Neste último caso seria conveniente conhecer-se, nos próximos programas, as suas razões, pois uma desistência de última hora sem razão devidamente justificada impede a utilização das termas por outras pessoas, que das mesmas poderiam ter verdadeira necessidade.

De acordo com a informação do INATEL, foram utilizadas, em 2004, dez unidades termais, cujas indicações terapêuticas se apresentam abaixo no quadro n.º 3.

Quadro n.º 3
Distribuição das Indicações Terapêuticas por Unidade Termal

Unidade Termal	Indicações Terapêuticas
Termas do Luso	Aparelho Respiratório, Aparelho Circulatório, Nefro-urinárias, Reumáticas e Músculo-esqueléticas
Termas do Carvalhal	Aparelho Digestivo, Aparelho Respiratório, Pele, Reumáticas e Músculo-esqueléticas
Termas de Manteigas	Aparelho Respiratório, Reumáticas e Músculo-esqueléticas e Metabólico-endócrinas
Termas de S. Pedro do Sul	Aparelho Respiratório, Reumáticas e Músculo-esqueléticas
Caldas de Chaves	Aparelho Digestivo e Reumáticas e Músculo-esqueléticas
Termas do Vimeiro	Aparelho Respiratório, Aparelho Circulatório, Nefro-urinárias, Reumáticas e Músculo-esqueléticas
Caldas de S. Jorge	Aparelho Respiratório, Pele, Patologias Dermatológicas e Reumáticas e Músculo-esqueléticas
Termas de Entre-os-Rios	Aparelho Respiratório e Reumáticas e Músculo-esqueléticas
Termas de Monte Real	Aparelho Digestivo, Pele e Reumáticas
Termas de Caldelas	Aparelho Digestivo, Pele e Reumáticas

Fonte: Relatório INATEL, 2004

Como se pode constatar pela análise do quadro n.º 3, a maioria das unidades termais tem como indicação terapêutica as doenças do Aparelho Respiratório, Reumáticas e Músculo-esqueléticas, encontrando-se também unidades termais que oferecem tratamento nas situações de doença de pele e patologias dermatológicas.

Estas indicações terapêuticas são, na verdade, bastante indicadas para pessoas idosas, dado que a grande maioria tem problemas osteo-articulares e reumáticas, beneficiando, pois, de tratamentos termais específicos. Por outro lado, também as situações dermatológicas podem ocorrer nas pessoas idosas por maior fragilidade da pele e diminuição das defesas do organismo face a agentes patológicos.

Quadro n.º 4
Participantes inscritos para tratamentos e participantes que efectuaram tratamentos

Unidades Termais	Participantes	Participantes inscritos p/ tratamentos	Participantes que efectuaram tratamentos
Termas de Monte Real	224	174	183
Termas do Luso	204	177	177
Termas do Carvalhal	585	474	474
Ter. de S. Pedro do Sul	1.292	Dados não disponibilizados	
Termas de Manteigas	530	456	461
Termas Entre-os-Rios	425	340	360
Caldas de Chaves	412	328	433
Termas do Vimeiro	329	255	244
Termas de São Jorge	248	215	211
Termas de Caldelas	342	301	288
TOTAL	4.591		

Fonte: Relatório INATEL, 2004

No âmbito deste Programa apenas os seniores podem ter acesso a tratamentos termais, dado que apesar de se poderem fazer acompanhar de um familiar, este não tem, nos termos do regulamento do Programa, direito à participação em tratamento termal, uma vez que "(... nas inscrições de duas pessoas apenas uma delas deverá fazer tratamentos termais)".

A leitura do quadro n.º 4, permite constatar que as Termas de São Pedro do Sul não disponibilizaram dados relativamente aos participantes no Programa que fizeram tratamentos termais e que, nalguns casos, houve uma pequena diferença entre o número de inscritos e a participação efectiva das pessoas idosas nos tratamentos termais, não havendo no relatório do INATEL 2004 informação que permita conhecer as razões destas situações.

O citado relatório permite verificar, em cada unidade termal, qual foi o tratamento disponibilizado que teve o maior número de participantes, o que pode ser constatado no Quadro n.º 5.

Quadro n.º 5
Participantes por Unidade Termal e Tratamento mais Utilizado

Unidades Termais	Tipo de Tratamento	Nº Participantes
Termas de Monte Real	Tratamento termal completo	183
Termas do Luso	Parafango	1.529
Termas do Carvalhal	Massagem Vichy	227
Ter. de S. Pedro do Sul	Dados não disponibilizados	
Termas de Manteigas	Bertholet coluna	321
Termas Entre-os-Rios	Banho de vapor	221
Caldas de Chaves	Duche com massagem Vichy	131
Termas do Vimeiro	Hidromassagem	108
Termas de São Jorge	Hipnoterapia em piscina termal	112
Termas de Caldelas	Ingestão de águas	201

Fonte: Relatório INATEL, 2004

Pela leitura do quadro n.º 5, podemos verificar que a maioria dos tratamentos se destinaram a situações reumáticas e músculo-esqueléticas, problemáticas de saúde mais frequentes nas pessoas idosas, pelo que procuram termas com estes tratamentos específicos.

A frequência das unidades termais destinou-se essencialmente à frequência de tratamentos termais, mas o Programa possibilitou também a participação em Actividades Turístico-Culturais e Recreativas, proporcionando momentos de lazer preenchidos com actividades variadas, que podem ser escolhidas, por cada participante de entre um conjunto diversificado de ofertas.

Desse conjunto de actividades destacam-se as seguintes:

- **Vamos conversar sobre Saúde e Tratamento Termal** - é um momento importante, dado que se trata de informações sobre problemas de saúde e esclarecimentos sobre questões colocadas pelos participantes ao prelector, em geral, o médico director da unidade termal;
- **Noite de dança com música ao vivo** - em geral, é uma actividade que muito agrada às pessoas idosas, dado ser um momento de grande afectividade e de relaxamento ao som de músicas na maioria das vezes revivalistas de tempos da juventude;
- **Visitas turístico-culturais** - possibilitam o conhecimento das localidades, onde se encontram instaladas as unidades termais e seu património cultural;
- **Alimentação na Idade Sénior** - prelecção que fornece informações úteis relativamente à alimentação saudável e formas de melhor aproveitamento dos alimentos;

- **Noite de variedades** - esta actividade é também bastante apreciada, permitindo momentos muito importantes para os seniores, que, muitas vezes, não têm oportunidade de se deslocarem a espectáculos;
- **Jantar regional e jantar colorido** - são também momentos importantes não só pelo acto em si mesmo, mas sobretudo pela oportunidade que faculta de arranjo pessoal e apresentação de toilette mais cuidada;
- **Baile de despedida** - momento que assinala o fim da participação no Programa e que é aguardado por grande parte das pessoas com algum sentimento de nostalgia relativamente à despedida.

Tal como é do conhecimento geral, este Programa é subsidiado pelo PAII e gerido pelo INATEL, caracterizando-se pelo preço por pessoa, excluindo os tratamentos termais, em regime de pensão completa, em quarto duplo, com viagem de ida e volta em autocarro, obedecer a uma tabela que tem em consideração os rendimentos dos seniores.

A tabela do custo de estadia numa unidade termal depende do rendimento mensal do participante e é a que se apresenta abaixo no quadro n.º 6:

Quadro n.º 6
Custo da estadia por rendimento mensal

Escalão	Rendimento mensal (Euros)	Custo Total da Estada (Preço por pessoa em quarto duplo (Euros))	% de Inscritos
Escalão1	Inferior ou igual a 176,95	145,00	10
Escalão2	Superior a 176,95 e inferior ou igual a 356,60	185,00	32
Escalão3	Superior a 356,60 e inferior ou igual a 539,25	350,00	17
Escalão4	Superior a 539,25	392,00	41

Fonte: Relatório INATEL, 2004

Pela análise do quadro n.º 6, verifica-se que a maior percentagem dos participantes no Programa se situou nos escalões 2 e 4, podendo-se concluir que os seniores de menores rendimentos foram os que participaram em menor número no Programa, atingindo apenas uma percentagem de 10%.

Análise comparativa do Desenvolvimento do Programa de 1995 a 2004

Quanto a número de participantes:

Ao estabelecermos uma análise comparativa dos dados do desenvolvimento do Programa desde o seu início, verificamos que:

- O número de participantes passou de 330, em 1995, para 4.591, em 2004, o que representa um acréscimo significativo ou seja 1.391%.

Este aumento deve-se a diversos factores, nomeadamente: no primeiro ano de funcionamento terem sido disponibilizadas pelo INATEL apenas duas unidades termais, acabando por funcionar apenas uma, ao Programa ter sido iniciado no último trimestre desse ano e à falta de divulgação do mesmo junto da população interessada.

Se o Programa foi iniciado pelo INATEL, rapidamente a Associação Nacional de Termas se mostrou interessada em participar no mesmo, o que possibilitou a entrada de outras unidades termais no Programa.

Actualmente, são disponibilizadas dez unidades termais (10) e a divulgação do Programa é feita pelo INATEL, recorrendo este também aos órgãos de comunicação social, incluindo TV e a inscrição poder ser feita não só no INATEL, mas também nas agências de viagem, que a tal aderiram.

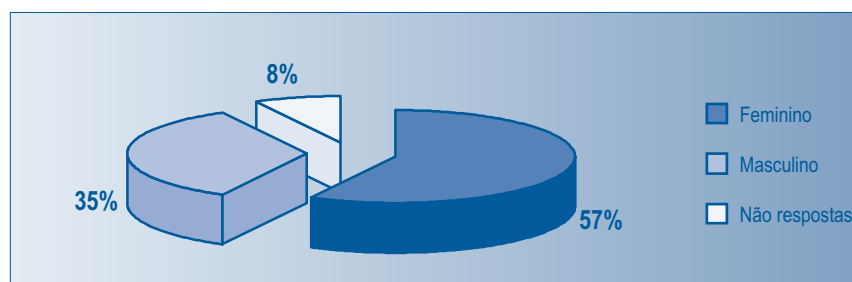
- O aumento do número de unidades termais, que passou de 2, em 1995, para 10, em 2004, representando um aumento de 210%.

Obviamente, ao ter aumentado o número de unidades termais, verificou-se simultaneamente um aumento do número de participantes.

Quanto aos participantes:

O questionário lançado pelo INATEL para caracterização dos participantes, permite concluir que: o participante no Programa é maioritariamente do sexo feminino (57,64%), casado, com ensino básico ou sem escolaridade e que reside acompanhado, verificando-se que 34,69% dos seniores são do sexo masculino, havendo 7,67% de questionários em que não houve referência ao sexo, o que se pode verificar pela leitura do gráfico n.º 2 abaixo:

Gráfico n.º 2
Distribuição por Sexo



Fonte: Relatório INATEL, 2004

A idade dos participantes situou-se entre os 60 e os 80 anos.

O relatório do INATEL cruza ainda o “(… sexo com a idade, verificando-se que nos escalões etários até aos 70 anos, a percentagem de seniores do sexo feminino é mais proporcional, enquanto que a partir dos 71 anos são os participantes do sexo masculino, que apresentam um peso mais significativo)”.

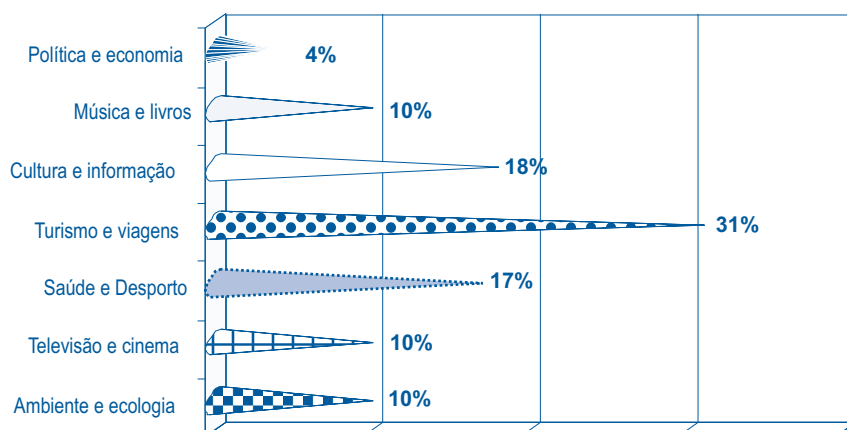
Os participantes tomaram conhecimento do Programa, principalmente através de amigos, em 48% dos casos, televisão em 32% e 16% em jornais. De referir que o INATEL publica todos os anos um documento promocional, contendo informação sobre unidades termais, unidades hoteleiras, preços, períodos de funcionamento das termas, condições e locais de inscrição.

No decurso de 2004, 59% dos participantes fizeram a sua inscrição no Programa através de Agências de Viagens e apenas 40% directamente no INATEL:

Quanto aos programas de actividades proporcionadas durante a estadia:

É referido no relatório que os participantes, além dos tratamentos termais, preferem as actividades associadas ao Turismo e Viagens (31% dos participantes), Cultura e Informação (18%), seguindo-se a área da Saúde e Desporto (17%).

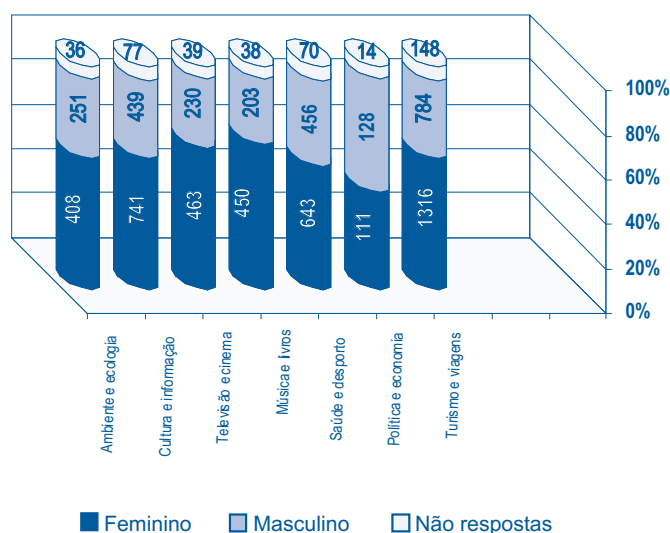
Gráfico n.º 3
Distribuição das Áreas de Interesse



Fonte: Relatório INATEL, 2004

A distribuição de áreas de interesse por sexo apresenta-se no gráfico n.º 4 abaixo. De assinalar ter havido pessoas que não referiram o sexo.

Gráfico n.º 4
Áreas de Interesse por Sexo

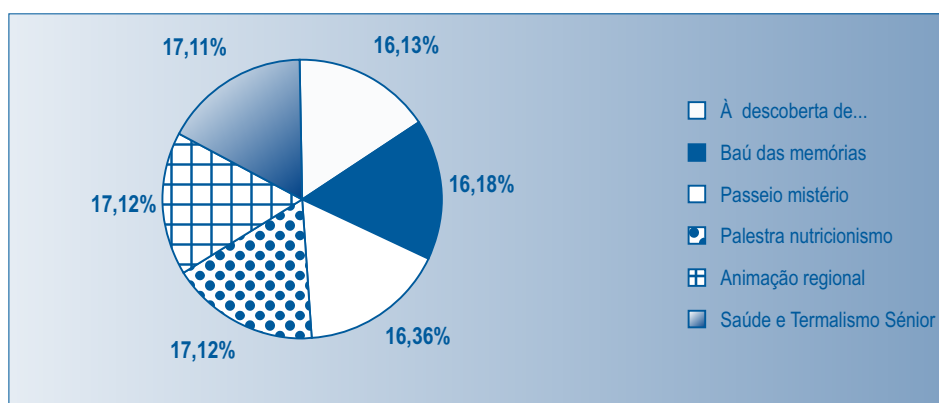


Fonte: Relatório INATEL, 2004

De destacar que foi o sexo feminino, o que apresentou maior grau de participação nas actividades programadas.

Por fim, o relatório menciona a distribuição das actividades do Programa, de acordo com a apreciação feita pelos participantes quanto ao que mais gostaram e o que menos gostaram, o que se apresenta no gráfico n.º 5 abaixo, assinalando-se na metade direita do mesmo os aspectos positivos e na esquerda os que menos foram apreciados.

Gráfico n.º 5
Distribuição das Actividades Mais/Menos Gostou



Fonte: Relatório INATEL, 2004

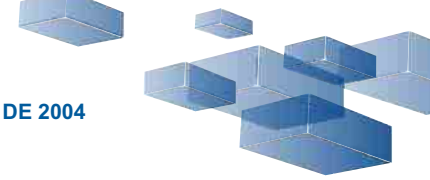


As actividades assinaladas como mais apreciadas foram a “Palestra de Nutricionismo” e “Animação Regional”, ambas com 16,44%, seguidas de “Vamos Conversar sobre Saúde e Termalismo Sénior” com 16,43%. As actividades menos apreciadas foram o “Passeio Mistério” com 15,71%, “Baú das Memórias” com 15,54% e “À descoberta de...” com 15,49%.

Concluindo:

De acordo com os dados do Relatório de Execução do INATEL do Programa Saúde e Termalismo Sénior, 2004, do qual apresentámos alguma informação e que era complementada com mais alguns dados que se retiraram do referido relatório:

- O número de participantes continua a aumentar, tendo havido 4.591 seniores em tratamentos termais;
- O maior número de participantes foi proveniente da Área Turístico-Promocional das Beiras;
- As unidades termais mais frequentadas foram as que ofereceram a possibilidade de tratamento para situações reumáticas e músculo-esqueléticas;
- A unidade termal mais frequentada foi a de São Pedro do Sul;
- A Guarda foi o distrito, onde o grau de concretização do Programa foi mais elevado (101%), tendo em conta o número de participantes e o número de lugares colocados à disposição;
- Os participantes tiveram conhecimento do Programa principalmente através dos amigos e da televisão;
- Os participantes fizeram a sua inscrição no Programa através das Agências de Viagens em 59% dos casos e no INATEL em 40% dos casos;
- O rendimento mensal do maior número de participantes situou-se no escalão 4, o mais elevado com rendimentos superiores a € 539, num total de 41% dos participantes, seguido do escalão 2 com rendimentos entre € 176,95 e € 356,60 num total de 32% de seniores;
- Os participantes do escalão 1, o de menor rendimento mensal, foram os que menos usufruíram das termas (10% dos participantes);
- “Turismo e Viagens” foi a área de actividade que reuniu mais interesse por parte dos participantes (31%) seguida da de “Cultura e Informação” com 18% do total dos participantes;
- De entre as actividades que “Mais gostou” foram referidas a “Palestra de nutricionismo” com 16,44% do total de actividades e a “Saúde e Termalismo Sénior” com 16,43%. De entre as actividades que “Menos gostou” foram mencionadas as actividades “Passeio mistério” com 15,71% do total de actividades realizadas e “Baú das memórias” com 15,54%.
- O participante-tipo é maioritariamente do sexo feminino, com idade compreendida entre os 60 e os 80 anos, com ensino básico ou sem escolaridade e que reside acompanhado.



4. PASSES TERCEIRA IDADE

Passes Terceira Idade é um dos projectos de promoção central do PAII, que tem por objectivo melhorar as condições de acessibilidade das pessoas de 65 e mais anos aos transportes públicos em Lisboa e Porto pela eliminação das restrições horárias à sua utilização.

Este projecto começou por abranger apenas as cidades de Lisboa e Porto e rapidamente foi alargado às respectivas zonas metropolitanas, vindo assim a contribuir para uma maior autonomia deste grupo etário pelo facto de facilitar a aquisição destes passes sociais a custos mais baixos sem discriminação de horário na sua utilização.

Uma vez mais, a fim de que não se venha a esquecer a característica primitiva deste tipo de passe social que era ser mais barato, mas não poder ser utilizado nas chamadas “horas de ponta”, nos períodos da manhã e da tarde, foi apenas o PAII que, ao financiar as empresas transportadoras pelos encargos decorrentes de um maior número de veículos em circulação, permitiu uma nova modalidade de passes terceira idade sem restrições horárias.

Esta questão tornou as empresas transportadoras apreensivas, quanto aos encargos acrescidos com o financiamento dos transportes nesta nova modalidade de passe social, dado exigir um maior número de carros em circulação.

Uma retrospectiva desta problemática permite constatar que, em 1995, ano do início do financiamento pelo PAII, os passes terceira idade abrangiam apenas alguns operadores, situação que em 1996 foi alterada, uma vez que outros operadores de transportes aderiram ao sistema de passes multimodais da Grande Lisboa e Porto.

O financiamento do PAII é atribuído mediante o estabelecimento de Protocolos entre o Programa e as empresas transportadoras e a verba inicialmente estipulada vem sendo actualizada anualmente, de acordo com a taxa de aumento tarifário fixada pelo Governo para os transportes urbanos das referidas áreas e agravada pelo índice 101.02, factor que pretende valorizar o crescimento médio anual dos passes terceira idade.

Pode-se considerar que o passe terceira idade constitui um benefício social, dado que o valor da sua aquisição é cerca de 50% do preço normal dos passes sociais.

As vantagens decorrentes da utilização deste tipo de passe, sobretudo a aquisição a valor mais baixo e o facto de poder ser utilizado a qualquer hora e em qualquer dia da semana, levou a que outras entidades, em particular algumas autarquias, tenham criado e desenvolvido a utilização de transportes a preços mais favoráveis ou mesmo gratuitos para o mesmo grupo etário, reconhecendo as vantagens e impacto desta medida no bem-estar e saúde das pessoas idosas.

A utilização dos passes terceira idade tem sofrido, no conjunto dos passes sociais, nas regiões de Lisboa e Porto, um aumento significativo, a partir de 1995, ano em que se levantaram as restrições horárias à sua utilização. Seria desejável saber se este aumento se deve, em grande parte, ao número crescente de pessoas de 65 e mais anos ou ao facto das pessoas idosas reconhecerem, que a utilização do transporte é um factor que contribui para a sua autonomia e favorece a manutenção e desenvolvimento das relações sociais ou a outras questões relevantes.

Sabe-se que a procura crescente dos passes terceira idade se deve a vários factores, nomeadamente:

- Criação de novas carreiras que levam os transportes públicos a localidades mais distantes, permitindo a um maior número de pessoas idosas uma abrangência maior do seu raio de deslocação;

- Melhoria da qualidade dos veículos em circulação, havendo empresas transportadoras que inclusive já se encontram certificadas;
- Número crescente de pessoas de 65 e mais anos, que se encontram, em geral, em boas condições de saúde com um nível de mobilidade suficiente para utilização de transportes públicos e desejo de ter acesso a novos locais para vivenciar novas realidades.

As razões apontadas não esgotam todas as hipóteses de entendimento do fenómeno de expansão da utilização dos passes terceira idade, mas são vistas pelas empresas transportadoras como factores de aumento progressivo dos seus encargos, o que tem levantado a questão da justeza desta medida, pondo-se a hipótese da aquisição deste tipo de passe social passar a ser condicionada apenas a pessoas de 65 e mais anos de baixos rendimentos, sendo para tal necessário instituir a respectiva prova.

Sempre que esta questão é colocada, verifica-se uma reacção por parte de alguns grupos da população, que se sentem ameaçados num direito que consideram já adquirido, desejando que se mantenha a situação actual relativamente ao passe terceira idade.

Por outro lado, levanta-se também outra questão ou seja saber se ao modificar-se o estado actual relativamente à aquisição do passe terceira idade não seriam criados encargos adicionais com a montagem do sistema de prova de rendimentos.

Todas as medidas a implementar que possam vir a diminuir a mobilidade das pessoas de 65 e mais anos poderão vir a ter, num futuro muito próximo, custos elevados decorrentes do eventual confinamento deste grupo etário, que passará a ter menos possibilidades de deslocação e de acesso a bens e serviços de vária natureza - saúde, social, cultural, relacional e outros com repercussões ao nível da saúde física e mental.

Igualmente se poderá considerar que uma medida que se possa apresentar como restritiva da mobilidade das pessoas de 65 e mais anos vem contrariar as recomendações de organizações como a Organização Mundial de Saúde e dos estudos e discussões que vêm sendo realizadas no âmbito da sua intervenção, bem como as medidas apontadas pela II Assembleia Mundial do Envelhecimento, que teve lugar em Madrid, em Abril de 2002, que destacam a necessidade do desenvolvimento de estratégias de prevenção da dependência e promoção de um envelhecimento activo, que permitam às pessoas idosas terem vidas activas, saudáveis e independentes, o mais tempo possível.

Parece, pois, fundamental a utilização dos transportes públicos sem restrições horárias e a baixo custo, como uma medida dinamizadora do envelhecimento activo por contribuir para o aumento da capacidade funcional, concorrer para o bem-estar e inclusão social das pessoas idosas.

Concluindo, parece desejável que os passes terceira idade possam continuar a ser adquiridos pelas pessoas de 65 e mais anos nas condições actuais, ainda que possa parecer injusto que beneficiem deste tipo de passe social pessoas cujos rendimentos lhes permita a aquisição de passes sociais em condições normais. Contudo, desconhece-se quais seriam as vantagens da discriminação positiva se a mesma viesse a ser implementada.

Caso venha a ocorrer, futuramente, a impossibilidade da continuidade do financiamento dos passes terceira idade pelo Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII) devido a factores de diversa natureza, seria desejável, nesse caso, encontrar soluções de financiamento alternativas, de entre as quais, certamente, a mais viável seria a participação nos encargos por verbas do Orçamento de Estado.







CAPÍTULO III

DADOS FINANCEIROS



1. Análise evolutiva do PAII

Receitas / Despesas

O PAII tem como fontes de financiamento 25% da receita líquida do JOKER acrescido de juros atribuídos pelo IGFSS.

Desde 1994, nos termos do nº 6 do despacho conjunto de 01/07/94, as verbas do JOKER afectas ao PAII são entregues pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa ao Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social o qual, por sua vez, dá conhecimento imediato à Comissão de Gestão.

As receitas do JOKER referentes aos anos 1994 - 2004 totalizam € 67.788.591,17.

As despesas inerentes ao programa dizem respeito à promoção de projectos de âmbito central (Passes Terceira Idade, Saúde e Termalismo Sénior, e Serviço Telealarme) e projectos de âmbito local (SAD, CAD e FORHUM).

No que diz respeito às despesas do programa podemos distingui-las entre despesas fixas e despesas variáveis.

Quanto às primeiras e tendo como exemplo destas as despesas com os Passes Terceira Idade, com o INATEL, com a Cruz Vermelha Portuguesa e com a PT comunicações, verifica-se uma tendência crescente, na medida em que ao longo dos anos o seu valor tem sido actualizado em função do valor da inflação anual.

Desta situação resultava, até 2002, uma diminuição da verba disponível para a implementação e desenvolvimento de projectos como o SAD, o CAD e o FORHUM que sendo considerados como as despesas variáveis do programa representam uma mais valia no desenvolvimento social da população.

As despesas efectivas atingem até 31/12/2004 um montante de € 53.246.001,02.

Os quadros seguintes evidenciam por anos a evolução das receitas e despesas efectivas do Programa.



Quadro 1. Receitas

Receitas	€uros
Verbas JOKER 1994	6.342.878,66
Verbas JOKER 1995	7.147.647,23
Juros 1995	251.367,80
Verbas JOKER 1996	6.605.276,29
Juros 1996	472.737,74
Verbas JOKER 1997	6.461.996,59
Juros 1997	415.771,41
Verbas JOKER 1998	6.256.586,63
Juros 1998	343.763,05
Verbas JOKER 1999	4.895.556,71
Juros 1999	195.681,31
Verbas Joker 2000	4.959.682,17
Juros 2000	216.611,29
Verbas Joker 2001	3.492.121,44
Juros 2001	228.649,17
Verbas Joker 2002	4.934.952,56
Juros 2002	92.123,82
Verbas Joker 2003	6.377.106,50
Juros 2003	83.052,31
Verbas Joker 2004	7.298.939,75
Remanescente 2003	633.304,27
Juros	82.784,47
Total das Receitas	67.788.591,17

Fonte: PAII

Quadro 2. Despesas

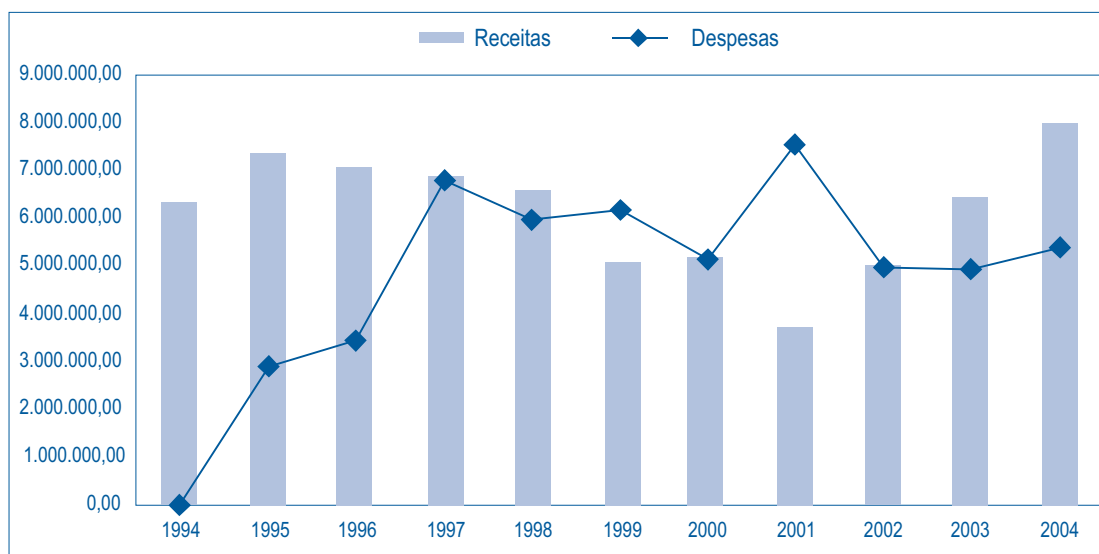
Despesas efectivas	€uros
1995	2.902.909,04
1996	3.445.589,93
1997	6.797.153,62
1998	5.955.455,07
1999	6.195.574,54
2000	5.131.081,19
2001	7.538.126,09
2002	4.981.636,25
2003	4.924.073,73
2004	5.374.401,56
Total das Receitas	53.246.001,02

Fonte: PAII

O quadro acima apresentado, reflecte as despesas efectivas até 31/12/2004. No entanto chama-se a atenção, para os encargos já assumidos com projectos aprovados em 2003 e que não se encontram totalmente reflectidos nos números agora apresentados, uma vez que só serão liquidados nos anos de 2005 e 2006 durante o decurso normal dos projectos.

A evolução anual das receitas e despesas pode ser visualizada no gráfico seguinte.

Gráfico 1. Evolução das Receitas/Despesas



Fonte: PAII

Da análise ao gráfico constata-se que, até 2001, as receitas do Jogo Joker apresentavam uma tendência decrescente, situação esta que se alterou a partir do ano 2002. Desde essa data tem-se verificado a situação inversa.

Esta nova realidade beneficia em muito os projectos de Promoção Local na medida em que, a verba disponível para estes custos variáveis tende também a aumentar possibilitando deste modo que um número superior de candidaturas aos projectos SAD, CAD e FORHUM sejam aprovados. Resultando, assim, uma maior abrangência a pessoas idosas e à promoção de mais acções de formação.

O gráfico supra espelha os montantes da receita disponível, em confronto com os pagamentos efectuados, salienta-se a existência de um deferimento nos pagamentos face aos anos da receita respectiva, esta situação encontra explicação no facto, dos pagamentos serem efectuados em anos diferentes aquele a que o projecto respeita, isto porque, os projectos tem um período de dois anos de execução.

Para além desta situação, este deferimento é causado também, pelas dificuldades sentidas pelas entidades promotoras e/ou parceiros no arranque dos projectos, pelo atraso no envio da documentação contabilista imprescindível para efeitos de financiamento, e muitas das vezes esta documentação suscitar algumas dúvidas que carecem esclarecimentos.

2. Projectos

Projectos de Promoção Local

Como referido anteriormente, os projectos de promoção local constituem um conjunto de medidas para a prestação de cuidados integrados à população idosa.

Podem ser entidades promotoras e executoras dos projectos SAD, CAD e FORHUM, serviços ou organismos dependentes ou tutelados pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, IPSS do âmbito da saúde e da segurança social e outras ONG sem fins lucrativos, (al. a e b do art.4º do regulamento do programa).

Nos termos do regulamento, os projectos são financiados por um período máximo de dois anos, considerando-se iniciados a partir da data indicada no termo de responsabilidade.

O Financiamento dos projectos por verbas do PAII não pode ultrapassar 80% das despesas elegíveis consideradas para efeito do custo total, nem ultrapassar na sua totalidade os € 199.519,16, (nº 1 e 2 do art.10º do regulamento do programa).

Os restantes 20% do custo total são da responsabilidade das entidades promotoras e/ou parceiros, visando assim, o desenvolvimento dos projectos em parceria.

Nota: Este relatório é elaborado com dados até 31/12/2004. Assim e relativamente a projectos aprovados até à data em questão, o estudo dos mesmos só abrange os Planos Anuais de 1995 - 2003, uma vez que os projectos do Plano Anual de 2004 só foram aprovados no ano de 2005.

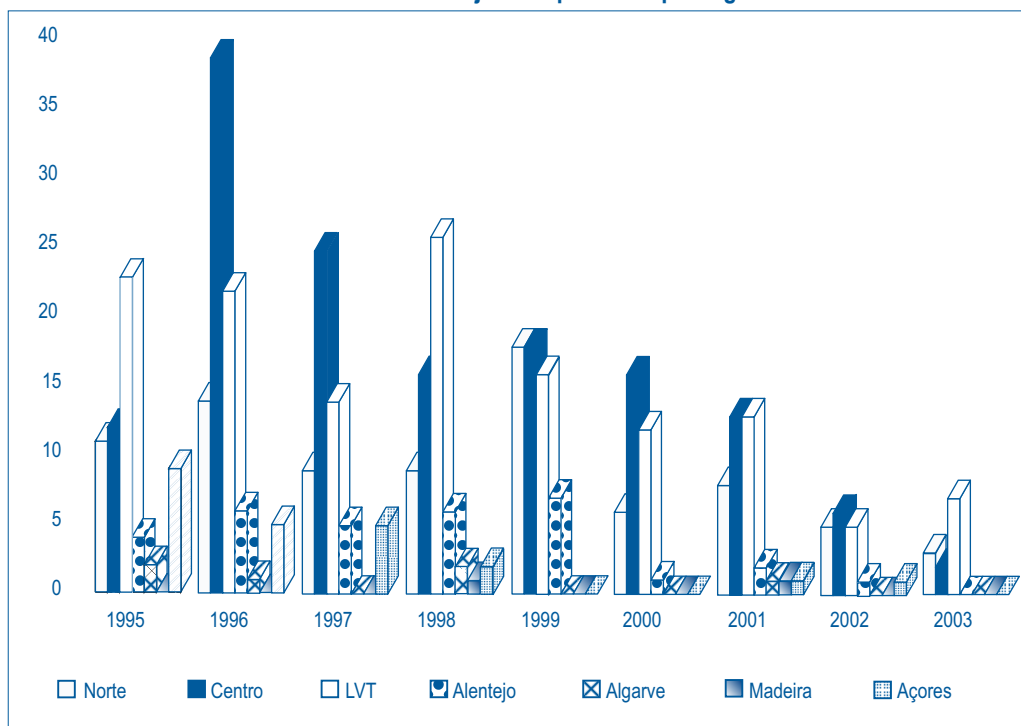
De 1995 até 2003, foram aprovados um total de 431 projectos de promoção local, cuja distribuição regional se demonstra no quadro e gráfico seguintes.

Quadro 3. Distribuição Regional dos projectos de promoção Local de 1995 a 2003

Anos	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Madeira	Açores	Total
1995	11	12	23	4	2	0	9	61
1996	14	39	22	6	1	0	5	87
1997	9	25	14	5	0	0	5	58
1998	9	16	26	6	2	1	2	62
1999	18	18	16	7	0	0	0	59
2000	6	16	12	1	0	0	0	35
2001	8	13	13	2	1	1	1	39
2002	5	6	5	1	0	0	1	18
2003	3	2	7	0	0	0	0	12
TOTAL	83	147	138	32	6	2	23	431

Fonte: PAII

Gráfico 2. Projectos aprovados por região



Fonte: PAII

Globalmente, a região com maior projectos aprovados é o Centro, com cerca de 34% do total, seguindo-se-lhe a região Lisboa e Vale do Tejo 32%, em último lugar, com menos de 1%, figura a RA da Madeira, sendo seguida pelo Algarve.

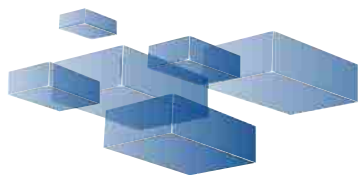
Esta situação encontra explicação em dois factores, pela iniciativa por parte das entidades promotoras enviarem a sua candidatura ao Programa, e que a mesma reúna todas as condições de elegibilidade.

O quadro seguinte, reflecte em termos absolutos, a distribuição anual dos projectos no período de 1995 a 2003.

Quadro 4. Distribuição anual dos projectos

Projectos / Anos	SAD	CAD	FORHUM	TOTAL
1995	24	15	22	61
1996	47	18	22	87
1997	38	15	5	58
1998	38	7	17	62
1999	38	6	15	59
2000	22	4	9	35
2001	25	4	10	39
2002	13	2	3	18
2003	9	2	1	12
TOTAL	254	73	104	431

Fonte: PAII



Os 431 projectos aprovados no período em referencia, encontram-se em diferentes pontos de situação. Estão concluídos 383 projectos, 47 estão em curso ou a aguardar encerramento de contas e 1 projecto está por iniciar as suas actividades.

Projectos de Promoção Central

Os projectos de promoção central englobam os projectos - Passes Terceira Idade, Serviço Telealarme e Saúde e Termalismo Sénior. As despesas com os projectos mencionados são as designadas como despesas fixas do programa, uma vez que foram fixadas em protocolos, como a seguir descrevemos:

Passes Terceira Idade

Este projecto visa eliminar as restrições horárias verificadas até 1995 nos passes nos transportes das áreas urbanas e sub-urbanas de Lisboa e do Porto, servidas pelas coroas dos passes sociais.

Deste modo o PAII passou a suportar os encargos decorrentes da perda de receitas pela emissão de um maior número de Passes Terceira Idade, para as empresas operantes naquelas áreas.

Neste sentido foi elaborado um estudo pela Direcção-Geral dos Transportes Terrestres relativo à estimativa daqueles encargos e aprovação das compensações a atribuir, tendo sido o projecto implementado após celebração de protocolos, a vigorar a partir de 1996, entre o PAII e cada uma das empresas; CP Caminhos de Ferro Portuguesas EP, Companhia Carris de Ferro de Lisboa, Metropolitano de Lisboa, S.A, Rodoviária de Lisboa, S.A, Sociedade de Transportes Colectivos do Porto, SOFLUSA Sociedade Fluvial de Transportes, S.A, SOCTTURB, Serviços Municipalizados de Transportes Colectivos do Barreiro, Transportes Sul do Tejo, S.A, Transtejo, VIMECA, Lda.

As despesas com este projecto são actualizadas anualmente de acordo com a taxa de aumento tarifário fixada pelo governo para os transportes agravada pelo índice 101,02, correspondendo este índice à taxa média anual de crescimento dos passes sociais no período de 1989/1994.

O pagamento é feito em duas prestações iguais, sendo a primeira efectuada até 31 de Março e a segunda até 30 de Setembro do ano a que respeitam.

Serviço Telealarme

O Serviço Telealarme surgiu como uma resposta, na área das telecomunicações, destinada a apoiar no domicílio, prioritariamente pessoas idosas e pessoas em situação de dependência física, mental ou social, contribuindo para a promoção da sua autonomia.

Este projecto resulta do protocolo de cooperação estabelecido entre a Comissão de Gestão do PAII, a Cruz Vermelha Portuguesa e a PT Comunicações.

A central do STA está sediada na Cruz Vermelha Portuguesa, a esta cabe a cobrança das mensalidades dos assinantes, valor esse que é deduzido ao montante a financiar pelo PAII, a PT Comunicações presta todo o serviço técnico.

As entidades subscritoras do referido protocolo apresentam, anualmente, um orçamento com o total das despesas previstas para esse ano. No final de cada ano, são apresentadas contas ao PAII das despesas efectivamente realizadas.

Saúde e Termalismo Sénior

Projecto que mereceu um protocolo entre o PAII e o INATEL por forma a permitir à população idosa de menores recursos financeiros acesso a tratamentos termais desde que prescrito pelo médico de família.

O projecto Saúde e Termalismo Sénior é financiado pelo PAII mas cabe ao INATEL as áreas da divulgação, promoção, organização e gestão do mesmo, sendo as despesas fixadas em Diário da República, por Despacho Conjunto dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social.

O pagamento da verba é efectuado em três tranches sendo a primeira de 50% paga até 1 de Junho, a segunda de 25% paga até 30 de Setembro e a última de 25% paga após a apresentação do relatório final de execução do projecto.

Análise comparativa dos projectos

A afectação das verbas aos diversos projectos é feita através de planos anuais. De ano para ano os montantes atribuídos aos projectos podem sofrer alterações, circunstância apoiada no facto de a execução prevista dos mesmos não atingir os 100%, o que se traduz em saldos a atribuir a novos projectos.

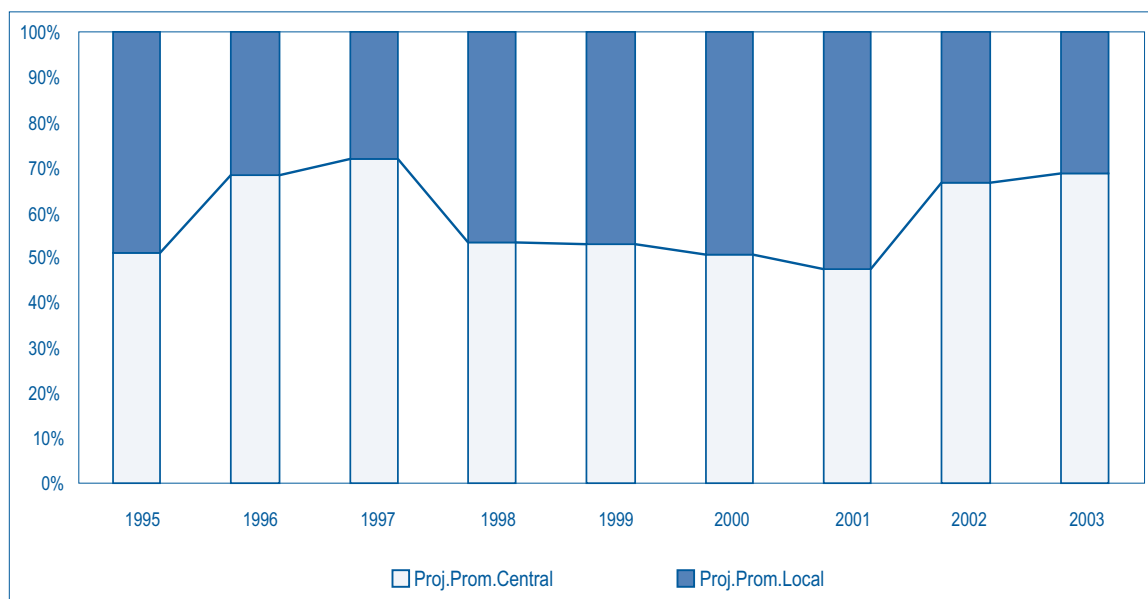
O quadro e gráfico que a seguir se apresentam evidenciam a evolução do peso relativo dos projectos de promoção local e de promoção central nos diversos Planos Anuais.

Quadro 5. Evolução comparativa dos projectos

Projectos Anos	Projectos âmbito central				Projectos âmbito local		
	Passes	Saúde e Termalismo	Telealarme	Turismo Sénior	SAD	CAD	FORHUM
1995	1.738.759,59	199.519,16	512.003,57	498.797,90	1.486.502,85	1.204.758,60	141.483,18
1996	1.457.592,20	684.350,71	0,00	1.957.781,75	1.377.684,91	430.745,90	80.591,34
1997	1.899.512,18	22.346,15	74.819,68	1.957.781,75	1.108.468,30	386.673,26	47.263,71
1998	1.961.103,74	922.776,11	43.698,06	1.957.781,75	3.581.218,82	565.632,88	83.822,26
1999	2.024.695,48	997.595,79	0,00	0,00	2.275.170,47	192.092,26	106.860,96
2000	2.086.257,12	1.097.355,37	69.218,20	0,00	2.448.528,96	295.194,87	82.874,52
2001	2.160.223,86	1.097.355,37	429.349,41	0,00	3.283.549,76	175.871,02	152.569,91
2002	2.735.612,53	1.097.355,37	107.739,72	0,00	1.509.213,45	256.674,38	93.314,73
2003	2.338.716,22	1.097.355,37	186.536,53	0,00	1.373.098,23	224.471,68	59.463,39
Total	18.402.472,92	7.216.009,40	1.423.365,17	6.372.143,15	18.443.435,75	3.732.114,85	848.244,00
Total	33.413.990,64				23.023.794,60		

Fonte: PAII

Gráfico 3. Distribuição anual dos projectos



Fonte: PAII

Da sua análise constata-se que, do total das despesas com projectos, 41% reverteram para os projectos de promoção local e 59% para os projectos de promoção central.

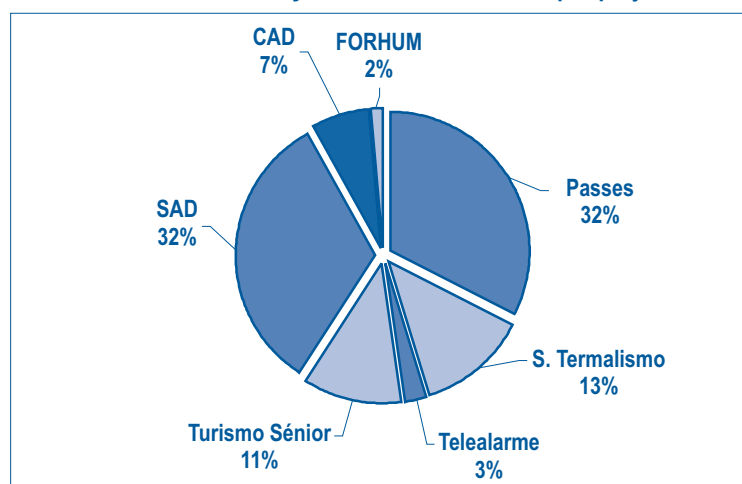
O projecto Turismo Sénior representou, durante este período, um encargo muito significativo nas despesas do PAII, tendo sido decidido superiormente, em 1998, a não inclusão deste projecto nas despesas futuras do programa.

Como já foi referido anteriormente, as despesas com o projecto Passes Terceira Idade têm aumentado gradualmente desde 1994 até à presente data.

As despesas com o Serviço Telealarme variam, de ano para ano, em função do número de aderentes bem como dos encargos inerentes à manutenção do serviço.

O gráfico infra, evidencia o peso relativo de cada projecto no orçamento do programa no período de 1995 a 2003.

Gráfico 4. Distribuição dos recursos do PAII por projecto



Fonte: PAII

No que respeita a despesas com projectos de promoção central, estas foram distribuídas pelos vários projectos da seguinte forma: Passes Terceira Idade 33%, Saúde e Termalismo Sénior 13%, Serviço Telealarme 3% e Turismo Sénior 11%. Este último só foi participado pelo PAII de 1995-1998.

No que concerne a despesas de âmbito local, estas representam 33% com o projecto SAD, 7% com o projecto CAD e 2% com o FORHUM.

É ainda evidente o esforço financeiro que o PAII mantém com projectos de Promoção Central.

3. Execução do ano 2004

Neste Capítulo é abordada a execução anual do programa por projecto e por entidades promotoras.

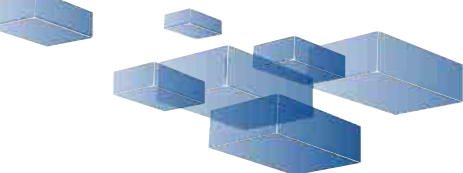
O programa tem em curso no final de Dezembro de 2004, 47 projectos de promoção local, com pontos de situação diferenciados, bem como 3 projectos de promoção central desenvolvidos por várias instituições.

Os quadros que a seguir se apresentam abordam a execução do ano de 2004 para os diferentes projectos do PAII.

Quadro 6. Projectos de promoção Local

Projectos de Promoção Local			Devoluções		
Distrito	Nº projecto	Entidade	SAD	CAD	FORHUM
Leiria	22/98	Centro de Saúde de Caldas da Rainha		637,58	
Lisboa	46/99	Hospital Curry Cabral			181,75
	8/2000	LAU - Liga dos Amigos e Utentes do Hospital de Stº. António dos Capuchos			4.482,21
Setúbal	24/98	SCM Sesimbra		7.381,02	
4	Total Devoluções em 2004		0,00	8.018,60	4.663,96

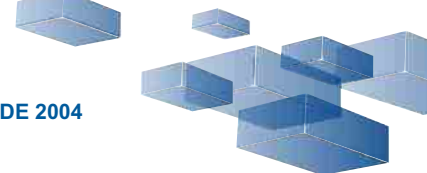
Fonte: PAII



100,35

12.362,84

331,39



Quadro 9. Projectos de promoção central

Através da informação fornecida pelos quadros supra, podemos verificar os montantes efectivamente despendidos no ano de 2004, quer por projecto, quer por entidades promotoras.

Assim, a comparticipação alusiva a projectos de promoção local foi de € 1.854.992,35 para o projecto SAD, de € 66.646,54 para o projecto CAD, e de € 41.506,37 para o projecto FORHUM, totalizando a verba de € 1.963.145,26.



A comparticipação do PAII no projecto SAD foi executada por 50 projectos, no CAD o financiamento foi para 5 projectos e no FORHUM a comparticipação do ano abrangeu 10 projectos.

Verifica-se também pela análise do 1º quadro, que no ano de 2004, 4 entidades promotoras devolveram verba ao PAII no total de € 12.682,56.

Esta situação ficou a dever-se ao facto das instituições não executarem na totalidade a verba adiantada em plano de tesouraria.

Os projectos sujeitos a esta eventualidade foram dois CAD e dois FORHUM.

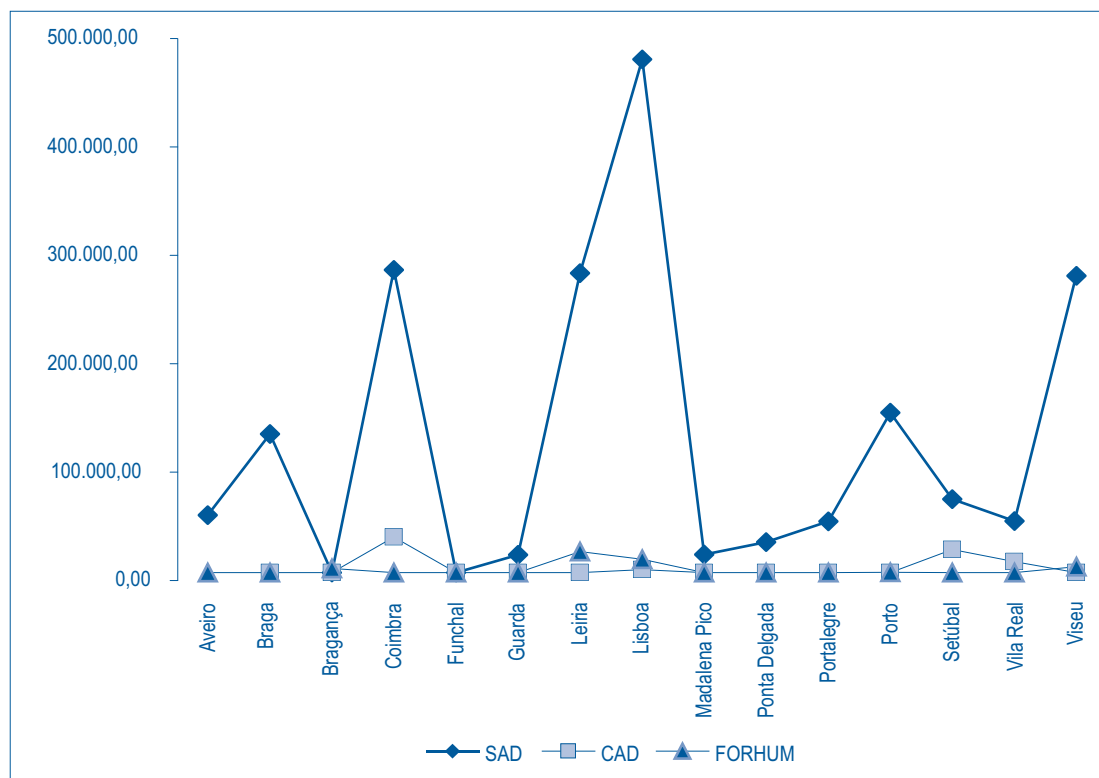
Quanto aos projectos desenvolvidos a nível central, o financiamento no ano 2004 por parte do PAII alcançou os € 3.411.256,30, repartidos por três projectos, Passes Terceira Idade no montante de € 2.223.644,87, Saúde e Termalismo Sénior no valor de € 1.097.355,87 e com o Serviço Telealarme a quantia de € 90.255,56.

O total dos pagamentos do PAII no ano de 2004 fez o montante de € 5.374.401,56, representando uma execução de 62% do orçamento do programa para o mesmo ano.

Esta execução de 62% é explicada pelo facto do valor da previsão da despesa para o ano de 2004 ter sido superior ao realizado efectivamente. A principal razão desta situação prende-se com a demora, por parte de algumas instituições, no envio dos elementos financeiros comprovativos da execução dos seus projectos, por forma a ser efectuado o respectivo pagamento. Exemplo disto ocorreu com o projecto Saúde e Termalismo Sénior do INATEL em que foi prevista uma despesa de € 1.127.802,84 para 2004 e cujo pagamento só se efectuará em 2005.

O gráfico que se apresenta de seguida, mostra, a execução anual dos projectos de promoção local por distrito.

Gráfico 5. Execução anual dos projectos SAD, CAD e FORHUM por distrito



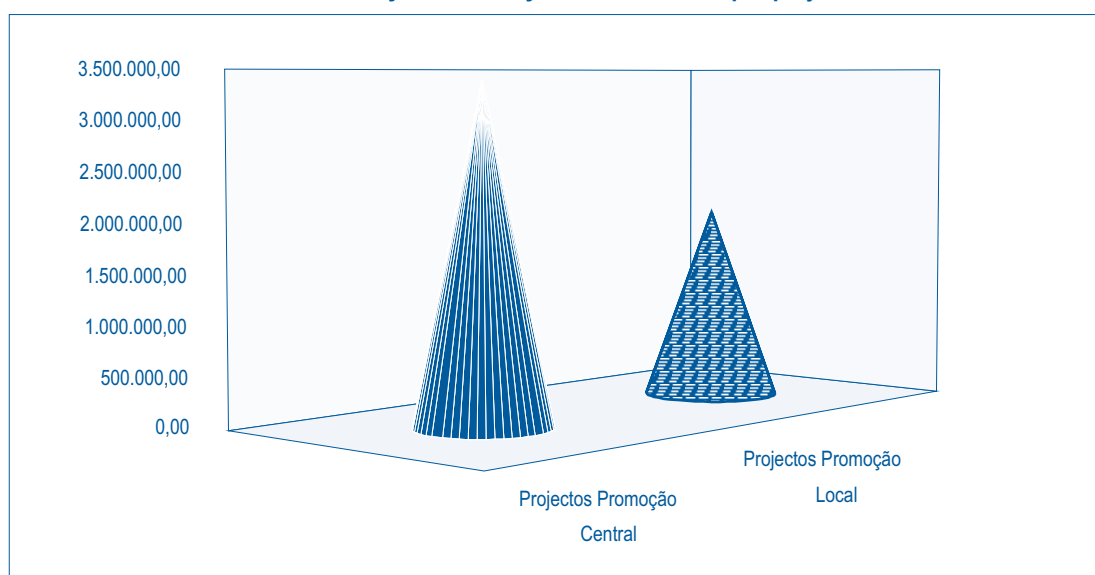
Fonte: PAII

Da análise verifica-se que a comparticipação mais elevada foi no distrito de Lisboa, seguido por Coimbra, a menor focou-se no Funchal.

Do total executado no ano, 63% dos pagamentos foram canalizados para projectos de promoção central enquanto que 37% cobriram despesas com projectos de promoção local.

O gráfico seguinte espelha a informação acima referida.

Gráfico 6. Distribuição da execução do ano de 2004 por projectos



Fonte: PAII

4. Projectos concluídos em 2004

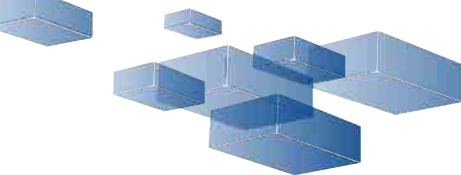
Os projectos de promoção local são objecto de financiamento por parte do Programa por um período máximo de dois anos não podendo a comparticipação deste ultrapassar os 80% do custo total, nem os 199.519,16 euros definidos em regulamento.

O custo total de um projecto é representado por várias comparticipações, nomeadamente, PAII, entidades promotoras, parceiros e utentes.

No ano de 2004, concluíram as suas acções 28 projectos, dos quais 20 são projectos SAD, 1 CAD e 7 Projectos FORHUM.

Dos 28 projectos analisados verificou-se, que todos tiveram uma execução inferior à inicialmente prevista, no que diz respeito à comparticipação do PAII.

Este facto poderá ser explicado por uma sobreavaliação dos custos associados ao projecto, pelo não cumprimento de todos os objectivos propostos ou por uma participação mais expressiva por parte da entidade promotora e/ou parceiros.



SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

Quadro 10. Projecto SAD

Fonte: PAII

Do quadro apresentado, concluímos que os 20 projectos SAD finalizados no ano 2004, abrangeram um total de 793 utentes.

A comparticipação média do PAII foi de € 132.445,33 para uma previsão de € 162.962,76, o que representa uma taxa de execução média na ordem dos 82,5%.

A média do custo total dos projectos rondou os € 200.857,74. A comparticipação média do PAII face à média do custo total foi de 66%.

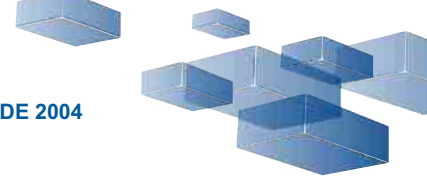
Os projectos SAD terminados no ano de 2004, abrangeram uma média de 40 utentes por projecto. O custo médio por utente a cargo do PAII alcançou os € 3.340,36 no final do projecto ou seja € 139,18 por mês.

O projecto SAD cuja taxa de execução se aproximou mais do inicialmente previsto foi o do Centro Social Paroquial de Antas (99,7%).

O projecto desenvolvido pela Santa Casa da Misericórdia de Cascais foi o que evidencia execução mais baixa face ao aprovado (40,3%).

O projecto que apresentou o menor custo para o PAII foi o projecto desenvolvido pelo Hospital Amadora Sintra, Sociedade Gestora, S.A, atingindo uma média de € 49,00 mês por utente.

Em contrapartida, o projecto que ficou mais dispendiosos ao programa, foi o executado pela Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos de Fação e Arredores cuja média por utente rondou os € 410,00 mês.



CAD - Centro de Apoio a Dependentes, Centro Pluridisciplinar de Recursos

Quadro 11. Projecto CAD

Fonte: PAII

No ano de 2004, apenas um projecto CAD terminou a suas acções. Este projecto abrangeu 57 utentes. A taxa de execução do PAII, do projecto desenvolvido pelo Centro Comunitário da Casa do Povo de Vilarandelo, situou-se nos 99%, isto significa que houve uma grande conformidade entre os custos inicialmente previstos e os reais

O custo total do CAD em análise totalizou os € 242.578,36. A verba financiada pelo PAII representou 38% do custo global do projecto. Os restantes 62% ficaram a cargo da entidade promotora e/ou parceiros.

O custo médio por utente suportado pelo PAII com este projecto, aproximou-se dos €67,00 por mês.

FORHUM - Formação de Recursos Humanos

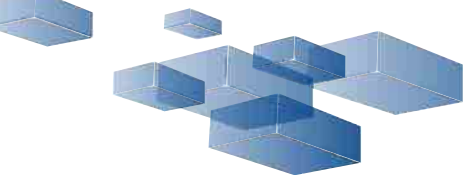
Quadro 12. Projecto FORHUM

Fonte: PAII

Em 2004, 7 instituições concluíram as suas acções no âmbito do projecto FORHUM. Os projectos em questão abrangeram um total de 485 formandos, representando uma média de 71 formandos por projecto. No que diz respeito à taxa de execução média orçamental do PAII, esta situou-se nos 34% face à totalidade da verba atribuída pelo programa.

O projecto FORHUM com a taxa de execução mais elevada foi o realizado pela Santa Casa da Misericórdia de Figueiró dos Vinhos (87,8%), o projecto que obteve uma taxa de execução mais baixa foi o desenvolvido pela Cruz Vermelha Portuguesa Delegação de Lisboa com apenas 10,1%.

Esta situação deve-se ao facto, do projecto da CVP - Delegação de Lisboa se ter realizado apenas no 1º



ano, contrariamente ao que estava previsto, ou seja o projecto era para dois anos.

O custo total dos projectos totalizou o montante de € 9.461,10. Comparando a comparticipação do PAII em relação ao custo total dos projectos, verifica-se que o financiamento do PAII teve um peso relativo de 75%.

A comparticipação média do PAII por formando foi de € 99,41 por projecto.

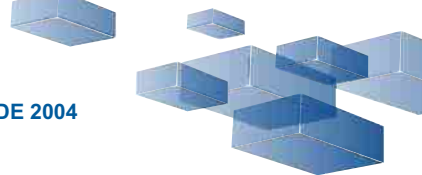
O projecto que representou o menor esforço financeiro para o PAII, no que concerne ao custo por utente, foi o desenvolvido pelo Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto, em que os encargos para o programa foram na ordem dos € 8,65 por formando.

Em contrapartida, o FORHUM da Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos de Fação e Arredores revelou-se como o projecto mais dispendioso, isto é, a despesa suportada pelo programa alcançou os € 811,30 por formando.

5. Síntese Conclusiva

- As receitas do programa, desde o ano de 2001, apresentam uma tendência crescente, tendo sido mais acentuada no ano em análise (2004).
- Os projectos de promoção central, ao longo da vigência do programa, representam para o PAII uma despesa superior relativamente à despesa com projectos de promoção local.
- Em termos relativos, os primeiros representam cerca de 59% do orçamento do PAII, enquanto que os segundos traduzem 41% do mesmo.
- No ano de 2004, os pagamentos efectuados com projectos totalizaram o montante de € 5.374.401,56, em que 63% deste valor cobriu despesas com projectos de promoção central e 37% destinou-se a despesas com projectos de promoção local.
- Dos projectos concluídos em 2004, 20 foram projectos SAD, 1 CAD e 7 FORHUM.
- As taxas médias de execução do PAII face à verba aprovada, foram de 82,5% para o SAD, 99% para o CAD e de 34,6% para o FORHUM.
- O total da verba aprovada para os 28 projectos agora concluídos, foi de € 3.480.387,27. Desta verba, apenas foi executado o montante de € 2.789.425,42.

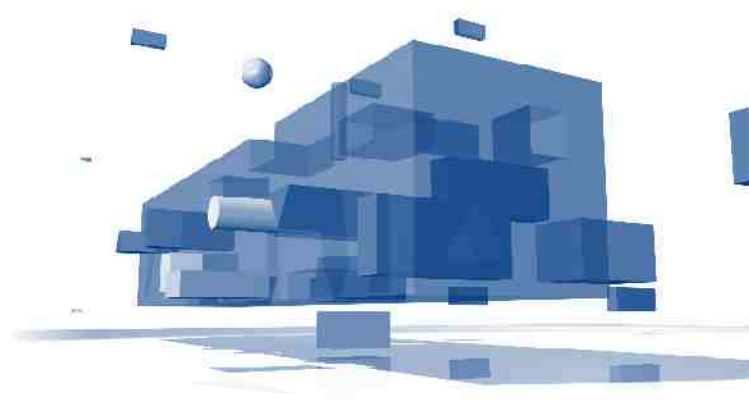
A diferença entre estes dois valores, ou seja, o saldo de € 690.961,85. tem como finalidade o reforçar o valor da receita do ano seguinte.





The background of the slide is a light blue gradient. It features several 3D geometric shapes in a darker blue color. These include a large rectangular prism on the left side, a smaller cube floating above it, and various other rectangular blocks and prisms scattered across the scene, some appearing to be on a flat surface at the bottom. The overall aesthetic is clean and modern, using simple geometric forms to create a sense of depth and structure.

BIBLIOGRAFIA



BIBLIOGRAFIA

1. Análise evolutiva do PAII

TEMÁTICA

- INE, (1997). Recenseamentos Gerais da População de 1981 a 1991, DCI/ Serviço de Coordenação.
- INE, (1999).As Gerações Mais Idosas, Série de Estudos n.º 83.
- PAII (1998), “FORHUM Formação de recursos humanos”, Comissão de Gestão do PAII, Lisboa.
- PAII, Relatórios de Actividades

LEGISLAÇÃO

- Despacho conjunto publicado no Diário da República n.º 166 de 20 de Julho de 1994: Cria o Programa de Apoio Integrado a Idosos.
- **Despacho conjunto publicado no Diário da República n.º 259 de 21 de Agosto de 1997: Regulamenta o Programa de Apoio Integrado a Idosos.**
- Despacho conjunto publicado no Diário da República n.º 407 de 18 de Junho de 1998: Orientações reguladoras da intervenção articulada dos cuidados continuados de saúde e de apoio pessoal dirigidos às pessoas em situação de dependência.
- Despacho conjunto publicado no Diário da República n.º 265 de 14 de Julho de 1999: Procede à criação de uma nova prestação destinada a complementar a protecção concedida aos pensionistas de invalidez, velhice e sobrevivência dos regimes de segurança social em situação de dependência.
- Despacho normativo n.º 62 de 12 de Novembro de 1999: Normas reguladoras das condições de implantação, localização, instalação e funcionamento do apoio domiciliário.



An abstract composition of various-sized blue cubes and rectangular blocks arranged in a 3D-like structure against a light blue background. The blocks are scattered across the frame, with some appearing to be stacked or connected, creating a sense of depth and geometric complexity. The word "ANEXOS" is centered in the middle of the image in a white, bold, sans-serif font.

ANEXOS

AVALIAÇÃO DO PROJECTO

SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO - SAD

Período ----/----/----/ a ----/----/----

1. Nome do projecto

2. Âmbito geográfico (abrangido pelo projecto)

Concelho(s) _____

Freguesia(s) _____

2.1. Caracterização da zona de implementação (assinalar com x)

Urbana ☐
Semi-urbana ☐
Rural ☐
Mista ☐

3. Caracterização do projecto:

3.1. Alargamento do SAD existente (assinalar com x)

Alargamento		Apoio diurno	Apoio noturno	24/24 horas	Fins Semana	Feriados
Nº utentes	Geográfico					

3.2. Implementação de novo SAD (assinalar com x)

Ap.- diurno	Ap. noturno	24/24 horas	Fins Semana	Feriados



3.3. Caracterização do apoio (quantifique)

Apoio Domiciliário	Apoio diurno	Apoio Nocturno	24/24 horas	Fins Semana	Feriados
Nº utentes					
Nº horas/dia					
Média horas/dia/utente					
Média dias/utente					

3.4. Periodicidade do apoio

	1xsemana	2 x semana	1xdia	2xdia	> 3xdia	noite
Nº utentes em cada situação						

3.5. Nº de utentes com Serviço de Telealarme (STA)

--	--	--

4. Destinatários

4.1. Média de idade dos idosos apoiados

Homens	Mulheres



4.2. Caracterização da população-alvo de acordo com a situação de dependência, no contexto socio-familiar

Outras situa es	Homens	Mulheres	Casal
Idosos isolados geograficamente ♦ Totalmente dependentes* ♦ Parcialmente dependentes Outra (especifique)			
Idosos a viverem sós ♦ Totalmente dependente* ♦ Parcialmente dependente Outra (especifique)			
Idosos a viverem em família ♦ Totalmente dependente* ♦ Parcialmente dependente Outra (especifique)			
Famílias com idosos doentes / dependentes, a cargo			
Outras situações (especifique)			
TOTAL			

* **Idoso totalmente dependente:** necessita de ajuda total para as actividades da vida diária (AVD's)

Idoso parcialmente dependente: necessita de ajuda para algumas actividades de vida diária (AVD')

5. Acessibilidade aos Serviços

Melhorou a acessibilidade aos serviços			
Serviços da Saúde		Serviços da Acção Social	
Sim	Não	Sim	Não

5. Apoio e cuidados prestados no âmbito do projecto

6.1. Serviços prestados

- ◆ Cuidados de saúde no domicílio
 - médicos ☐
 - enfermagem ☐
 - reabilitação ☐
- ◆ Terapia ocupacional ☐
- ◆ Apoio psicossocial ☐
- ◆ Higiene pessoal ☐
- ◆ Higiene habitacional ☐
- ◆ Fornecimento de refeições
 - Refeições confeccionadas no domicílio ☐
 - Refeições distribuídas no domicílio ☐
- ◆ Tratamento de roupas
 - No domicílio ☐
 - Em instituição ☐
- ◆ Acompanhamento no exterior ☐
- ◆ Pequenas reparações no domicílio ☐
- ◆ Outros (indique quais?): _____

6.2. Situações de Saúde mais frequentes / cuidados prestados

(assinale com X)

- ◆ Escaras
 - prevenção ☐
 - tratamento ☐
- ◆ Fracturas
 - membro superior ☐
 - membro inferior ☐
 - outras, quais? _____
- ◆ Problemas cardiovasculares
 - angor ☐
 - Enfarte ☐

- ◆ Problemas cérebro-vasculares
AVC ☐
outros, quais _____
- ◆ Problemas de incontinência ☐
- ◆ Alterações equilíbrio hidro-electrolítico
desidratação ☐
- ◆ Alterações metabólicas
diabetes descompensada ☐
malnutrição ☐
- ◆ Alterações da saúde mental
demência ☐
depressão ☐
outras (violência, tentativa suicídio,
doença parkinson) ☐
- ◆ Outras ☐

6.3 Ajudas Técnicas

Foram adquiridas ajudas técnicas no âmbito do projecto SAD?

SIM ☐

NÃO ☐

Se SIM, quais:

cadeira de rodas ☐

camas articuladas ☐

colchão anti-escaras ☐

andarilhos ☐

outras (especifique) _____

disponibilização de ajudas técnicas?

SIM ☐

NÃO ☐

Se SIM, como são cedidas as ajudas técnicas?

a título de empréstimo ☐

outra situação (especifique) _____



Registo de cedência de ajudas técnicas

SIM ☐ NÃO ☐

Existe oficina de reparação de ajudas técnicas

SIM ☐ NÃO ☐

7. Meios de transporte utilizados

7.1. Tipo de transporte utilizado pela equipa

Transporte	Média Km/dia
público	
da instituição	
a pé	

7.1. Viatura

- ◆ Adquirida no âmbito do PAII e com identificação do PAII
 - utilizada pelos parceiros
 - utilizada pela entidade promotora
 - Cedida pela instituição
- ◆ **Quem conduz a viatura?** (motorista da entidade promotora, da Instituição ou serviço, voluntário ou outro)

8. Recursos Humanos

8.1. Pessoal envolvido no projecto

Prestadores	Nº de pessoas	Nº horas/semana
Médicos		
Técnicos de reabilitação		
Fisioterapeuta		
Terapeutas ocupacionais		
Terapeutas da fala		
Psicólogo		
Enfermeiros		
Técnicos serviço social		
Animadores		
Ajudantes de saúde		
Ajudantes familiares		
Outros (especifique)		



8.2. Ratio pessoal/utente

$\frac{\text{N}^\circ \text{ total do pessoal}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes}}$	
---	--

8.3. Prestadores de cuidados informais / Voluntários

(Ver anexo)

9. Parcerias

(Assinalar com x)

Parceiros	Participação prevista	Participação efectiva
Serviços da saúde		
Serviços da segurança social		
Outras IPSS/ONG		
Autarquias		
Organizações de voluntários		
Bombeiros		
PSP/GNR		
Escolas		
Outros (especifique)		



10. Grau de execução do projecto em relação ao programado

	Programado	Realizado	%
Nº Pessoas abrangidas			

11. Indicadores de realização/ grau de satisfação (quantificar)

	Muito satisfeito	Satisfeito	Pouco satisfeito
Idosos			
Famílias			
Parceiros			
Pessoal			

12. Observações

-----/-----/-----

Assinatura



AVALIAÇÃO DO PROJECTO

CENTRO DE APOIO A DEPENDENTES / CENTRO PLURIDISCIPLINAR DE RECURSOS CAD

Período ____/____/____ a ____/____/____

1. Nome do Projecto

2. Âmbito Geográfico

(abrangido pelo projecto)

Concelho _____

Freguesia _____

2.1 Caracterização da zona de implementação

(assinalar com x)

_____ Urbana	<input type="checkbox"/>
_____ Semi-urbana	<input type="checkbox"/>
_____ Rural	<input type="checkbox"/>
_____ Mista	<input type="checkbox"/>

3. População-alvo abrangida por situação de dependência no contexto socio-familiar

Outras situações	Homens	Mulheres	Casal
Idosos isolados geograficamente ◆ Totalmente dependentes * ◆ Parcialmente dependentes Outra (especifique)			
Idosos a viverem sós ◆ Totalmente dependentes * ◆ Parcialmente dependente Outra (especifique)			
Idosos a viverem em família ◆ Totalmente dependentes * ◆ Parcialmente dependente Outra (especifique)			
Famílias com idosos doentes / dependentes, a cargo			
Outras situações (especifique)			
TOTAL			

* **Idoso totalmente dependente:** necessita de ajuda total para as actividades da vida diária (AVD's)

Idoso parcialmente dependente: necessita de ajuda para algumas actividades de vida diária (AVD')

4 Caracterização do CAD

4.1. Tipo de CAD

(assinalar com x)

Com internamento

Nº de Camas

Sem Internamento

CAD / Centro Pluridisciplinar de Recursos

(assinalar com x) _____

Unidade de reabilitação

☐

Promoção da solidariedade
entre-gerações

☐

Terapia ocupacional

☐

Reaprendizagem das AVD's

☐

Formação às famílias

☐

Promoção do retorno ao
domicílio

☐

Informação sobre serviços
disponíveis

☐

Articulação com o SAD

☐

Ajudas técnicas

☐

Cuidados de reabilitação no
domicílio

☐

Outros

Apoio social

☐

4.2. Motivos mais frequentes de admissão em CAD

Continuidade cuidados após alta Hospitalar		Alternativa Institucional- lização		Apoio à Família		Reabilitação		Outros (especifique)			
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M

4.3. Número de pessoas efectivamente abrangidas pelo CAD, no período em apreço

Homens

Mulheres

4.4. Média de idades dos idosos apoiados

Homens	Mulheres

4.5. Tipo de Apoio

Idosos abrangidos					
Regime diurno		Regime nocturno		Total	
Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres

4.6. Tempo médio de permanência e média de idades por sexo

	Homens	Mulheres
Tempo médio de permanência em CAD (nº dias)		
Média de idades		

5. Acções Desenvolvidas

Acções desenvolvidas	Nº total de pessoas abrangidas
<u>Cuidados de Saúde</u> ___ Médicos ___ Enfermagem ___ Fisioterapia / Reabilitação	
<u>Reaprendizagem das AVDs</u>	
<u>Apoio de Hotelaria</u>	
<u>Informação</u> ___ Pessoas idosas ___ Familiares ___ Vizinhos ___ Voluntários	
<u>Formação</u> ___ Pessoas idosas ___ Familiares ___ Vizinhos ___ Voluntários	
<u>Outras</u>	

6. Recursos Humanos

6.1. Pessoal envolvido no projecto

Prestadores	Nº de pessoas	Nº horas/semana
Médicos		
Técnicos de reabilitação Fisioterapeutas Terapeutas ocupacionais Terapeutas da fala		
Enfermeiros		
Psicólogo		
Técnicos serviço social		
Animador socio-cultural		
Ajudantes de saúde		
Ajudantes familiares		
Outros (especifique)		

6.2. Ratio pessoal / utente

$\frac{\text{Nº funcionários}}{\text{Nº utentes}}$

6.3. Prestadores de cuidados informais

(ver anexo)

7. Motivo de saída do CAD

Motivos	Homens	Mulheres
ALTA:		
Retorno ao domicílio Cura Consulta / ambulatório Reabilitação		
Retorno ao domicílio com SAD		
Institucionalização		
ÓBITO:		
TOTAL		

8. Parcerias

(assinalar com x)

Parceiros	Participação prevista	Participação efectiva
Serviços da saúde		
Serviços da segurança social		
Outras IPSS/ONG		
Autarquias		
Organizações de voluntários		
Bombeiros		
PSP/GNR		
Escolas		
Outros (especifique)		

9. Grau de execução do projecto em relação ao programado

	Programado	Realizado	%
Pessoas abrangidas			

10. Indicadores de realização / grau de satisfação

(quantificar)

	Muito satisfeito	Satisfeito	Pouco satisfeito
Idosos			
Famílias			
Pessoal			

This image shows a single page of white paper with horizontal blue lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, typical of notebook paper or a document template. There are no margins, text, or other markings on the page.



Caracterização dos prestadores de cuidados informais

8.3.1. Caracterização dos prestadores de cuidados informais por sexo e grupo etário

Prestadores de cuidados informais	Homens										Mulheres									
	Graus Etários										Graus Etários									
	< 30	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	>= 85	< 30	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	>= 85
Familiares :																				
Conjuge																				
Filho																				
Irmão																				
Nora																				
Genro																				
Outros																				
Vizinhos																				
Amigos																				
Voluntários Organizados																				
Outros																				

8.3.2. Caracterização dos prestadores de cuidados informais por habilitações literárias e por sexo

Habilitações Literárias	Nº Homens	Nº Mulheres
Sem escolaridade		
4 anos escolaridade		
6 anos escolaridade		
9 anos escolaridade		
11 anos escolaridade		
12 anos escolaridade		
Curso médio		
Curso superior		
TOTAL		

8.3.3. Caracterização dos prestadores de cuidados informais por ocupação / situação profissional

Ocupação / situação profissional	Nº Homens	Nº Mulheres
Estudante		
Doméstico		
Trabalhador no activo		
Reformado(a)/Pensionista		
Desempregado(a)		
TOTAL		



AVALIAÇÃO DO PROJECTO FORMAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS FORHUM

Período ----/----/---- a ----/----/----

1. Nome do projecto

2. Âmbito do projecto
(abrangido pelo projecto)

Local

☐

Regional

☐

3. Instituições abrangidas

Identificação	Localização

4. Destinatários

(população-alvo abrangida pelo projecto)

4.1. Prestadores de cuidados informais

Prestadores de cuidados informais	Formação Inicial Nº horas		Formação Contínua Nº horas	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Familiares				
Vizinhos				
Voluntários Organizados				
Outros (especifique)				
TOTAL				

4.2. Prestadores de cuidados formais

Prestadores de cuidados formais	Formação Inicial Nº horas		Formação Contínua Nº horas	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Ajudantes familiares				
Ajudantes de lar/centro de dia				
Técnicos (especifique)				
Outros (especifique)				
TOTAL				

4.3. Número total de pessoas abrangidas

(Total dos quadros anteriores)

Prestadores de cuidados	Formação Inicial Nº horas		Formação Contínua Nº horas	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Prestadores cuidados formais				
Prestadores de cuidados informais				
TOTAL				

4.4. Caracterização dos prestadores de cuidados formais

Habilitações literárias	Homens	Mulheres
> 20		
20 - 29		
30 - 39		
40 - 49		
50 - 59		
60		
TOTAL		

Habilitações literárias	Homens	Mulheres
4 anos de escolaridade		
6 anos de escolaridade		
9 anos de escolaridade		
11 anos de escolaridade		
12 anos de escolaridade		
Outras situações		
TOTAL		

4.5. Caracterização dos prestadores de cuidados informais

Categoria	Homens	Mulheres
Familiares		
Cônjuge		
Filhos		
Irmãos		
Nora		
Genro		
Outros (especifique):		
•		
•		
•		
Vizinhos		
Amigos		
Organizações de voluntários		
Caritas		
Cruz Vermelha Portuguesa		
Conf. S. Vicente Paulo		
Associações Família		
Associações de Idosos		
Outras		
•		
•		
•		
Outros (especifique):		
•		
•		
TOTAL		

Grupo etário	Homens	Mulheres
30-39		
40-49		
50-59		
60-64		
65-69		
70-74		
75-79		
80-84		
85		
TOTAL		

Habilitações literárias	Homens	Mulheres
Sem escolaridade		
4 anos de escolaridade		
6 anos de escolaridade		
9 anos de escolaridade		
11 anos de escolaridade		
12 anos de escolaridade		
Curso médio		
Curso superior		
TOTAL		

Ocupação	Homens	Mulheres
Estudante		
Doméstico(a)		
Trabalhador do activo		
Reformado(a) / Pensionista		
Desempregado(a)		
TOTAL		

5. Formadores (especifique)

5.1. Formadores internos

(formadores da Instituição promotora e/ou dos parceiros)

Nome	Formação académica	Instituição / Serviço de Proveniência	Exp. na área da formação	
			Sim	Não

5.2 Formadores externos

(formadores que não pertencem à Instituição promotora e/ou aos parceiros do projecto)

Nome	Formação académica	Instituição / Serviço de Proveniência	Exp. na área da formação	
			Sim	Não

6. Acções de formação realizadas

Designação das acções de formação	Nº destinatários		Nº horas teóricas		Nº horas práticas	
	Formais	Inform.	Formais	Inform.	Formais	Inform.

7. Local de realização da formação prática

(Assinalar com x)

Prestadores de cuidados	locais	
Prestadores de cuidados formais:	X	
	C. Saúde (c/ internamento)	
	C. Saúde (s/ internamento)	
	Hospital	
	Instituições	
	Domicílio	
	Outros (especifique)	
Prestadores de cuidados informais	X	
	C. Saúde (c/ internamento)	
	C. Saúde (s/ internamento)	
	Hospital	
	Instituições	
	Domicílio	
	Outros (especifique)	

8. Sistema de avaliação utilizado

Contínuo ☐

Final ☐

Outro (especifique) _____

9. Acompanhamento dos formandos/prestadores de cuidados informais, após a formação

SIM.....☐..... NÃO ☐

Se SIM, qual o tipo de acompanhamento? _____

Se NÃO, porquê? _____



10. Impacto da acção de formação

A frequência das acções de formação melhoraram o desempenho dos prestadores de cuidados

SIM ☐ NÃO ☐

Se SIM, como se avalia:

Maior grau de satisfação do pessoal no exercício das suas funções ☐
(Prestadores de cuidados formais)

Maior facilidade na prestação dos cuidados ☐
(Prestadores de cuidados informais)

Melhoria da qualidade dos cuidados prestados ☐

Maior grau de satisfação das pessoas cuidadas ☐

Maior grau de satisfação faz famílias ☐

Outro (especifique) _____

Se NÃO, porquê? _____

11. Grau de satisfação dos formandos

	Muito satisfeito	Satisfeito	Pouco satisfeito
Prestador de cuidados formais			
Prestador de cuidados informais			

12. Grau de execução do projecto em relação ao programado

	Programado	Realizado	%
Número de pessoas abrangidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Observações:

-----/-----/-----

Assinatura
(técnico responsável)

