

Cofinanciado por:



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu

Síntese dos principais resultados do diagnóstico de **Saúde** da população servida pelas **IPSS** associadas da **CNIS**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



Equipa

Investigadora Responsável: Felismina Mendes

Investigadores: Manuel Agostinho Fernandes; Maria Gorete Reis; César Fonseca; Ermelinda Caldeira; Maria José Bule; Maria Gabriela Calado; Isaura Serra; Maria Dulce Magalhães; Dulce Cruz; Gertrudes Silva

Cofinanciado por:



Índice

Introdução	5
1. Respostas Sociais para crianças/jovens	
Creche	10
Creche Resultados	11
Creche Sugestões	13
Estabelecimentos de Educação Pré-Escolar	14
Estabelecimentos de Educação Pré-Escolar Resultados	15
Estabelecimentos de Educação Pré-Escolar Sugestões	18
Centro de Atividades de Tempos Livres	19
Centro de Atividades de Tempos Livres Resultados	20
Centro de Atividades de Tempos Livres Sugestões	23
2. Respostas Sociais dirigidas a crianças/jovens em situação de perigo	
Lar de Infância e Juventude (LIJ) e Centro de Acolhimento Temporário	25
Lar de Infância e Juventude (LIJ) e Centro de Acolhimento Temporário Resultados	27
Lar de Infância e Juventude (LIJ) e Centro de Acolhimento Temporário Sugestões	31
3. Respostas Sociais para pessoas idosas	
Estrutura Residencial para Pessoas Idosas	34
Estrutura Residencial para Pessoas Idosas Resultados	35
Estrutura Residencial para Pessoas Idosas Sugestões	39
Centro de Dia	41
Centro de Dia Resultados	42
Centro de Dia Sugestões	45
Centro de Convívio	46
Centro de Convívio Resultados	47
Centro de Convívio Sugestões	50
Serviço de Apoio Domiciliário	51
Serviço de Apoio Domiciliário Resultados	53
Serviço de Apoio Domiciliário Sugestões	54

Índice

4. Respostas e equipamentos para pessoas com deficiência

Centro de Atividades Ocupacionais	56
Centro de Atividades Ocupacionais Resultados	57
Centro de Atividades Ocupacionais Sugestões	59
Lar Residencial	60
Lar Residencial Resultados	61
Lar Residencial Sugestões	64
Comentário final	65

Introdução

Ao longo dos anos tem-se assistido a um crescimento da intervenção das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) junto da população mais carenciada. As IPSS têm assumido o mandato social do Estado português, com a configuração de responsabilidades que derivam do Instituto da Segurança Social, IP (ISS, IP), criado pelo Decreto-lei n.º 45-A/2000, de 22 de março, que tem nomeadamente como missão, a garantia da proteção e da inclusão dos cidadãos, o desenvolvimento das atividades necessárias à promoção e melhoria das condições de vida e reforço da equidade social, em especial daqueles que vivem em situações de maior vulnerabilidade.

Neste âmbito, as IPSS desenvolvem a par com o ISS, IP a execução das políticas de ação social, medidas de combate à pobreza e de promoção da inclusão social, e múltiplas iniciativas que têm por finalidade a melhoria das condições de vida das famílias e da promoção da igualdade, dirigidas à infância, à juventude, às pessoas idosas, às pessoas com deficiência e a outros grupos vulneráveis.

A evolução destas responsabilidades tem-se acentuado com a mudança demográfica e epidemiológica a que se tem assistido. Atualmente, para além das respostas sociais, socioeducativas e de serviços, as IPSS são solicitadas a dar respostas de saúde à população que servem, desde a Creche, à Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, ao Serviço de Apoio Domiciliário ou ao Lar Residencial. Além disso, muitas das necessidades em saúde da população são resultado de intervenções, ou ausência delas, a montante (antes da chegada às IPSS), o que complexifica todo o processo de apoio a esta população, a exigir fortes investimentos adicionais, para responder a tais necessidades, por parte das próprias IPSS. Do mesmo modo, as dificuldades de articulação com diversos sectores da Saúde, a disponibilidade, existência ou inexistência de serviços na comunidade, as alterações dos padrões familiares e de natalidade, e as exigências de sustentabilidade e de prestação de qualidade, são alguns dos fatores que têm implicações na saúde dos utentes das IPSS, e exigem uma adequação às novas realidades sociais e de saúde emergentes.

Ciente desta realidade e dos impactos que as novas necessidades de recursos assistenciais em saúde já têm e poderão vir a ter em termos futuros, a Confederação das Instituições de Solidariedade Social (CNIS) (através das IPSS suas associadas) propôs a realização do projeto, cujos dados aqui se apresentam.

Introdução

Esperamos que a realização deste Estudo exploratório possa levar a uma maior consciencialização do papel que as IPSS desempenham nos diversos contextos sociais e no Sistema Nacional de Saúde, em particular, à introdução de melhorias nos diferentes sectores envolvidos, e que cada vez mais se afigura necessitarem de uma maior articulação, a bem da população mais vulnerável.

Esperamos igualmente conseguir, numa possível continuidade e aprofundamento deste estudo, uma cada vez maior participação e envolvimento das IPSS associadas da CNIS.

O diagnóstico do estado de saúde dos utentes que frequentam as respostas sociais das IPSS irá permitir uma cada vez maior adequação da sua ação àquela realidade.

O projeto teve, portanto, como finalidade fazer um **diagnóstico de saúde da população servida pelas IPSS associadas da CNIS** e construir recomendações que permitam uma monitorização contínua das condições de saúde dessa mesma população.

Objetivos gerais:

- Realizar o diagnóstico de saúde da população utilizadora dos serviços das IPSS, associadas da CNIS;
- Promover a melhoria da monitorização, contínua e global, das condições de saúde da população apoiada pelas IPSS associadas da CNIS.

Objetivos operacionais:

- Identificar prevalência de doenças crónicas como diabetes, HTA, depressão, AVC, doença de Alzheimer, doença de Parkinson, entre outras;
- Identificar práticas promotoras de estilos de vida saudáveis e prevenção da doença.

Nesta síntese apresentam-se os principais resultados obtidos ao nível do Diagnóstico de Saúde da população servida pelas IPSS associadas da CNIS¹.

1. Nesta síntese não se apresentam os resultados obtidos nas respostas sociais/equipamentos com um número de respostas igual ou inferior a 3. Esses dados constam apenas no Relatório Final.

Introdução

Os [dados gerais](#) revelam que se obtiveram 823 respostas (total de questionários preenchidos) de diferentes IPSS.

Verificou-se que 22,6% das respostas obtidas são provenientes de IPSS referenciadas pela UDIPSS de Setúbal, 13,7% referenciadas pela UDIPSS de Santarém e 11,8% referenciadas pela UDIPSS de Coimbra.

Maioritariamente os responsáveis institucionais, que responderam aos diferentes questionários, têm formação na área social (65,5%), 10,8% na área da administração/gestão, 9% dos profissionais na área da psicologia e 8,2% na área da saúde.

Observou-se que 80,7%, detêm o cargo de direção técnica e destes, 79,9% têm o grau de licenciado, 2,8% o grau de mestre e 2,4% o grau de doutor.

Creche

A **creche** é um equipamento de natureza socioeducativa, vocacionado para o apoio à família e à criança, destinado a acolher crianças até aos 3 anos de idade, durante o período correspondente ao impedimento dos pais ou de quem exerce as responsabilidades parentais.

Objectivos:

- São objectivos da creche, designadamente, os seguintes:
- Facilitar a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar;
- Colaborar com a família numa partilha de cuidados e responsabilidades em todo o processo evolutivo da criança;
- Assegurar um atendimento individual e personalizado em função das necessidades específicas de cada criança;
- Prevenir e despistar precocemente qualquer inadaptação, deficiência ou situação de risco, assegurando o encaminhamento mais adequado;
- Proporcionar condições para o desenvolvimento integral da criança, num ambiente de segurança física e afectiva;
- Promover a articulação com outros serviços existentes na comunidade (IPPS, I.P., 2017; Portaria n.º 262/2011 de 31 de agosto).

Creche | Resultados

Responderam ao questionário de caraterização geral sobre o equipamento **creche** 26 IPSS que acolhem um total de 1584 crianças.

A maioria das creches não referiu crianças com doença crónica medicamente diagnosticada.

Nas creches que têm crianças com doença crónica medicamente diagnosticada, a mais prevalente foi a asma, seguida de pele atópica (2 crianças), bronquite crónica, multideficiência e intolerância à lactose.

Os resultados revelam que 2,5% das crianças apresenta alergias medicamente diagnosticadas.

As alergias alimentares são as mais prevalentes (proteína do leite de vaca, lactose, ovo, glúten, etc.), seguidas das respiratórias e/ou dermatológicas (sazonais, pele atópica, ácaros).

Verificou-se que 1,4% das crianças tem necessidades de apoio específico nomeadamente nas áreas da saúde, psicológico, social e fisioterapia.

Duas creches notificaram crianças vítimas de abusos ou maus tratos (exterior ao contexto da creche) e uma creche identificou duas crianças com falta de apoio familiar.

A maioria das creches (69,4%) classificou a saúde das crianças, como boa e 13,9%, referem a saúde da criança como razoável.

A maioria das creches desenvolve programas de promoção/educação para a saúde sobre:

- Acidentes – 58,3%;
- Educação ambiental – 75%;
- Autoestima e autorrealização – 63,9%;
- Atividade física regular – 77,8%;
- Alimentação equilibrada – 88,9%;

- Saúde oral – 80,6%;
- Hábitos de vida saudável – 77,8%.

A maioria das creches (61,1%) promove a vigilância de saúde infantojuvenil, nomeadamente o plano nacional de vacinação (72,2%) e a saúde oral (55,6%). Os rastreios da visão, audição e da obesidade, são promovidos por 50% das creches.

Os técnicos especializados que promovem com maior frequência a participação das crianças nas atividades de promoção da saúde são os educadores de infância (77,8%).

Todas as creches têm um plano para situações de emergência e maioritariamente estão identificadas as situações globais de emergência passíveis de ocorrência e a forma de atuação.

As questões associadas às situações de emergência relativas às instalações são trabalhadas com as crianças/pais na fase de admissão e acolhimento em 69,2% das creches.

Verificou-se que 42,3% das creches das IPSS que responderam realiza os simulacros previstos nas normativas vigentes, com regularidade.

Todos os colaboradores das creches das IPSS que participaram, possuem formação em primeiros socorros.

Na maioria das creches (66,7%) são realizados questionários aos pais sobre as necessidades específicas das crianças em matéria de saúde e 52,8% das creches fazem-no com uma periodicidade anual.

Creche | Sugestões

Perante os dados obtidos em [creche](#) sugerem-se algumas [estratégias e dinâmicas para reforço das boas práticas](#), em articulação com stakeholders da saúde e/ou comunitários (outras Instituições, sociedades científicas, unidades funcionais dos centros de saúde, ARS, DGS serviços da Segurança Social, da Proteção Civil e Autoridades de Segurança, Autarquias), com as crianças, famílias e trabalhadores nomeadamente no sentido de dinamizar:

- os rastreios da visão, audição, obesidade e postura corporal;
- programas de promoção/educação para a saúde para as crianças sobre acidentes, autoestima, autorrealização e sobre educação ambiental;
- a realização de questionários aos pais sobre as necessidades específicas das crianças em matéria de saúde;
- o trabalho sobre as situações de emergência relativas às instalações com as crianças/pais na fase de admissão e acolhimento;
- a realização de simulacros previstos nas normativas legais vigentes (nomeadamente sobre incêndio e sismos);
- a difusão de orientações de atuação relativas a intoxicações.

Estabelecimentos de Educação Pré-Escolar

Os **Estabelecimentos de Educação Pré-Escolar (EEPE)** são uma resposta socioeducativa e social orientada para o desenvolvimento de crianças com **idades compreendidas entre os 3 anos e a idade de ingresso no ensino básico**, proporcionando-lhes atividades educativas e atividades de apoio à família. São objectivos da educação pré-escolar:

- Promover o desenvolvimento pessoal e social da criança com base em experiências de vida democrática, numa perspetiva de educação para a cidadania;
- Fomentar a inserção da criança em grupos sociais diversos, no respeito pela pluralidade das culturas, favorecendo uma progressiva consciência do seu papel como membro da sociedade;
- Contribuir para a igualdade de oportunidades no acesso à escola e para o sucesso da aprendizagem;
- Estimular o desenvolvimento global de cada criança, no respeito pelas suas características individuais, inculcando comportamentos que favoreçam aprendizagens significativas e diversificadas;
- Desenvolver a expressão e a comunicação através da utilização de linguagens múltiplas como meios de relação, de informação, de sensibilização estética e de compreensão do mundo;
- Despertar a curiosidade e o pensamento crítico;
- Proporcionar a cada criança condições de bem-estar e de segurança;
- Prevenir e despistar precocemente qualquer inadaptação, deficiência ou situação de risco, assegurando o encaminhamento mais adequado;
- Facilitar a conciliação da vida familiar e profissional da família;
- Colaborar com a família numa partilha de cuidados e responsabilidades em todo o processo educativo;
- Inculcar hábitos de higiene e de defesa da saúde (IPSS, IP, 2017; Lei n.º 5/97, de 10 de fevereiro (Decreto-Lei n.º 147/97, de 11 de junho; Despacho Conjunto n.º 268/97, de 25 de agosto).

Estabelecimentos de Educação Pré-Escolar | Resultados

Na resposta socioeducativa e social [Estabelecimentos de Educação Pré-Escolar \(EEPE\)](#), responderam 21 IPSS que acolhem no total 1573 crianças.

Dos EEPE que participaram do estudo, 66,7% não refere crianças com doença crónica medicamente diagnosticada.

Verificou-se que 23,8% destes estabelecimentos referiu ter uma criança com doença crónica medicamente diagnosticada.

As doenças crónicas mais prevalentes são:

- Problemas congénitos;
- Asma;
- Problemas respiratórios.

Das IPSS que referem ter crianças com alergias, as mais prevalentes são as alimentares (lactose, ao glúten, lactose, ao ovo e morangos).

Nos EEPE, 2,7% de crianças apresenta um desenvolvimento abaixo do esperado para a sua faixa etária.

Nos EEPE respondentes, 71,4% referiu ter crianças com necessidades específicas de apoio (apoio social e apoio psicológico, apoio educativo e obriga a um estudo mais aprofundado sobre os fatores sociais, familiares e ambientais destas crianças).

A análise da promoção da saúde e estilos de vida saudáveis revelou que 69,6% dos EEPE classifica a saúde das crianças como sendo boa.

Os EEPE promovem nomeadamente os seguintes rastreios:

- 65,2% o rastreio da saúde oral;
- 60,9% o rastreio de visão;
- 56,5% o rastreio da audição;
- 56,5% o rastreio da obesidade infantil e juvenil;

- 39,1% o rastreio da postura corporal e alerta os pais/cuidadores para essa situação.

Os programas de promoção/educação para a saúde para as crianças são, nomeadamente, sobre:

- 91,3% saúde oral;
- 87%, alimentação equilibrada;
- 87% educação ambiental;
- 82,6% atividade física regular;
- 82,6% hábitos de vida saudável;
- 73,9% prevenção de acidentes;
- 73,9% autoestima e autorrealização.

Em 60,9% das IPSS que participaram no estudo são realizados questionários aos pais sobre as necessidades específicas das crianças em matéria de saúde.

A mesma percentagem (60,9%) promove a participação das crianças nas consultas de vigilância de saúde recomendadas pela DGS, alertando os pais/cuidadores para a sua importância e necessidades eventuais de intervenção.

Verificou-se que 82,6% promove a participação das crianças no Plano Nacional de Vacinação recomendado, alertando os pais/cuidadores para a sua importância e necessidades eventuais de intervenção.

Os técnicos especializados que promovem com maior frequência a participação das crianças nas atividades de promoção da saúde são maioritariamente (91,3%) os educadores de infância.

Todas as IPSS responderam terem planos para os cuidados em situações de emergência e estarem identificadas as situações globais de emergência e a forma de atuação.

A maioria referiu ter identificadas as situações de emergência mais prováveis e os procedimentos a adotar bem como os contatos a efetuar.

Todos os colaboradores têm conhecimento dos procedimentos a efetuar em caso de emergência.

A maioria das IPSS (66,7%) que responderam trabalha as situações de emergência com as crianças/pais/educadores na fase de admissão e acolhimento.

Todos os estabelecimentos referiram que os seus colaboradores têm formação em primeiros socorros, todas possuem material de primeiros socorros e todos os trabalhadores têm conhecimento do local onde se encontra este material.

Todos referiram ter medicação de urgência para situações como febre, limpeza de feridas entre outras.

A maioria das IPSS que responderam (95,2%), regista por escrito os incidentes ocorridos com as crianças.

Estabelecimentos de Educação Pré-Escolar | Sugestões

Perante os dados obtidos relativos aos **EEPE**, sugerem-se algumas **estratégias e dinâmicas para reforço das boas práticas** em articulação com stakeholders da saúde e/ou comunitários (outras Instituições, sociedades científicas, unidades funcionais dos centros de saúde, ARS, DGS serviços da Segurança Social, da Proteção Civil e Autoridades de Segurança, Autarquias), com as crianças, famílias e trabalhadores nomeadamente no sentido de dinamizar e estimular:

- os rastreios da audição, obesidade infantil e juvenil e da postura corporal alertando, os pais/cuidadores para a sua importância e necessidades eventuais de intervenção;
- a realização de simulacros previstos nas normativas legais vigentes (nomeadamente sobre incêndio e sismos);
- o conhecimento e difusão do manual de procedimentos sobre como atuar em intoxicações.

Centro de Atividades de Tempos Livres

Os **Centros de Atividades de Tempos Livres (CATL)** são uma resposta social que proporciona atividades de lazer a crianças e jovens a partir dos 6 anos, nos períodos disponíveis das responsabilidades escolares, desenvolvendo-se através de diferentes modelos de intervenção, nomeadamente acompanhamento/inserção, prática de atividades específicas e multiactividades. Têm como objetivos:

- Criar um ambiente favorável ao desenvolvimento de cada criança ou jovem, de forma a ser capaz de se situar e expressar num clima de compreensão, respeito e aceitação de cada um;
- Colaborar na socialização de cada criança ou jovem, através da participação na vida em grupo;
- Favorecer a relação entre família, escola, comunidade e estabelecimento, com vista a uma valorização, aproveitamento e rentabilização de todos os recursos do meio;
- Proporcionar atividades integradas num projeto de animação sociocultural, em que as crianças possam escolher e participar voluntariamente, tendo em conta as características dos grupos e como base o maior respeito pela pessoa;
- Melhorar a situação social e educativa e a qualidade de vida das crianças;
- Potenciar a interação e a integração social das crianças com deficiência, em risco e em exclusão social e familiar.

As características das atividades integradas nos modelos de intervenção referidos são o acompanhamento/inserção: atividades de animação de rua e atividades de porta aberta e a prática de atividades específicas: desporto, biblioteca, ludotecas, ateliers de expressão, cineclubes, clubes de fotografia e quintas pedagógicas (IPSS, IP, 2017; Despacho Normativo n.º 96/89, de 11 de setembro; Guião Técnico – DGAS, Despacho do SEIS de 23/03/98).

Centro de Atividades de Tempos Livres | Resultados

Responderam ao questionário de caraterização geral dos **CATL** 20 IPSS que abrangem 766 crianças.

Nos CATL das IPSS que responderam, 3% das crianças têm doença crónica medicamente diagnosticada.

As doenças crónicas medicamente diagnosticadas mais frequentes são a asma, a obesidade, a intolerância ao glúten e lactose e a psoríase.

Verificou-se que 1,4% das crianças apresenta alergias medicamente diagnosticadas. A alergia mais prevalente é ao glúten e ao pólen.

Nos CATL respondentes, 3,5% das crianças/jovens apresenta um desenvolvimento abaixo do esperado para a sua faixa etária.

Nos CATL, das IPSS que responderam, 5,7% das crianças/jovens tem necessidades específicas de apoio (terapias diversas, apoio social e apoio psicológico, apoio educativo e pedagógico).

Apresentam excesso de peso:

- 3,1% das crianças/jovens do sexo feminino;
- 1,8% das crianças do sexo masculino.

Os valores da obesidade são residuais (não atingem os 1% em qualquer sexo).

Os rastreios de saúde oral, incluindo cheque dentista, são promovidos pela maioria dos CATL (69,6%).

Os CATL desenvolvem maioritariamente programas de promoção/educação para a saúde para as crianças sobre:

- Hábitos de vida saudável – 87%;
- Educação ambiental – 82,6%;
- Alimentação equilibrada – 82,6%;

- Atividade física regular – 78,3%;
- Saúde oral – 73,9%;
- Autoestima e autorrealização – 69,6%;
- Acidentes – 65,2%;
- Autocuidado e autonomia – 65,2%;
- Consumos nocivos (tabaco, álcool e outras substâncias) – 52,2%;
- Violência, abuso e maus-tratos – 52,2%.

Verificou-se que 52,2% promove a participação das crianças/jovens nas consultas de vigilância de saúde recomendadas pela DGS.

A maioria (82,6%) promove a participação das crianças/jovens no Plano Nacional de Vacinação recomendado.

Maioritariamente os CATL estimulam a atividade, a interação e inter-relação entre as crianças/jovens nomeadamente:

- Conviver dentro da IPSS – 100%;
- Sentirem-se ativos no seu dia-a-dia – 91,3%;
- Divertirem-se dentro do CATL – 91,3%;
- Utilizarem as novas tecnologias – 82,6%;
- Conviverem fora – 82,6%;
- Saírem para a comunidade – 78,3%.

Os animadores são os técnicos referidos como principais promotores das atividades de promoção de saúde desenvolvidas por 39,1% das IPSS, seguidos dos educadores de infância e dos educadores sociais, referidos por 21,7%.

Maioritariamente (52,2%) os CATL afirmam realizar questionários individuais sobre os interesses das crianças/jovens.

Nos CATL das IPSS que responderam, 60,9% dos profissionais considera a saúde das crianças/jovens que acolhem boa e 21,7% muito boa.

Em 90% estão identificadas as situações globais de emergência passíveis de ocorrência e a forma de atuação.

Em 80% dos CATL, para cada criança/jovem encontram-se identificadas as suas situações de emergência mais prováveis de ocorrência, os procedimentos a adotar e contactos a efetuar.

Em 80% dos CATL, todos os colaboradores e crianças/jovens têm conhecimento dos procedimentos a efetuar em caso de emergência.

As situações de emergência relativas às instalações são trabalhadas com as crianças/jovens na fase de admissão e acolhimento por 50% dos CATL e a mesma percentagem efetua regularmente simulacros, conforme o previsto nos normativos vigentes.

A totalidade dos CATL possui material de primeiros socorros e 100% dos trabalhadores têm conhecimento do local onde se encontra o material. O mesmo se passa com medição de urgência (ex. para a febre, limpeza de feridas...).

Em 60% dos CATL existe manual sobre procedimentos para atuar em caso de intoxicações (onde constem contactos telefónicos, orientações de atuação e informações corretas a fornecer).

Em 75% das IPSS todas as ocorrências de saúde são registadas por escrito (exemplo: febre, diarreia, acidente, queda...).

Centro de Atividades de Tempos Livres | Sugestões

Perante os dados relativos aos centros de **CATL**, sugerem-se algumas **estratégias e dinâmicas para reforço das boas práticas** em articulação com stakeholders da saúde e/ou comunitários (outras Instituições, sociedades científicas, unidades funcionais dos centros de saúde, ARS, DGS serviços da Segurança Social, da Proteção Civil e Autoridades de Segurança, Autarquias), com as crianças, famílias e trabalhadores nomeadamente no sentido de dinamizar e estimular:

- rastreios da visão, audição, e postura corporal;
- programas de promoção/educação para a saúde sobre gestão do stress;
- as crianças/jovens para caminharem diariamente 60 minutos;
- o conhecimento sobre os procedimentos a efetuar em caso de emergência.

Lar de Infância e Juventude e Centro de Acolhimento Temporário

O [Lar de Infância e Juventude \(LIJ\)](#) é uma resposta social para crianças e jovens até aos 18 anos em situação de perigo, a quem a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens ou o Tribunal tenha aplicado uma medida de promoção e proteção. Tem como objetivos gerais:

- Afastar o perigo em que a criança ou jovem se encontra;
- Proporcionar as condições que permitam proteger e promover a segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento integral da criança ou jovem;
- Garantir a recuperação física e psicológica das crianças e jovens vítimas de qualquer forma de exploração ou abuso.

Os objetivos específicos são:

- Assegurar alojamento;
- Satisfazer as necessidades básicas das crianças e jovens e promover o seu desenvolvimento global, em condições tão aproximadas quanto possível às de uma estrutura familiar;
- Assegurar os meios necessários ao seu desenvolvimento pessoal e à formação escolar e profissional, em cooperação com a família, a escola, as estruturas de formação profissional e a comunidade;
- Promover, sempre que possível, a sua integração na família e na comunidade, em articulação com as entidades competentes de e as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, tendo em vista a autonomização (Lei n.º 147/99, de 1 de setembro; Decreto-Lei n.º 2/86, de 2 de janeiro; Guião técnico do CAT aprovado por Despacho do SEIS, de 29/11/96).

Respostas Sociais

dirigidas a crianças/jovens em situação de perigo

O [Centro de Acolhimento Temporário \(CAT\)](#) é uma resposta social para crianças e jovens até aos 18 anos em situação de perigo, a quem a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens ou o Tribunal tenha aplicado uma medida de promoção e proteção. Tem como objetivos gerais:

- Afastar o perigo em que a criança ou jovem se encontra;
- Proporcionar as condições que permitam proteger e promover a segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento integral da criança ou jovem;
- Garantir a recuperação física e psicológica das crianças e jovens vítimas de qualquer forma de exploração ou abuso.

Os seus objetivos específicos são:

- Assegurar alojamento temporário;
- Satisfazer as necessidades básicas;
- Proporcionar o apoio social e educativo adequado à idade e características de cada criança ou jovem;
- Elaborar o diagnóstico de cada criança e jovem e definir os respetivos projetos de promoção e proteção, com vista à sua inserção familiar e social ou a outro encaminhamento que melhor se adeque à sua situação;
- Intervir junto da família em articulação com as entidades e as instituições que promovem os direitos das crianças e jovens;
- Promover, sempre que possível, a integração na família de origem e/ou promover a integração na família de acolhimento (IPSS, IP, 2017; Lei n.º 147/99, de 1 de setembro; Guião técnico do CAT aprovado por Despacho do SEIS, de 29/11/96).

Lar de Infância e Juventude e Centro de Acolhimento Temporário | Resultados

Ao questionário de caracterização geral sobre as crianças/jovens em **Centro de Acolhimento Temporário/Lar de Infância e Juventude (CAT/LIJ)**, obtiveram-se respostas de 10 IPSS, envolvendo um total de 283 crianças/jovens.

67,1% são do sexo feminino e a média de idade é de 12,9 anos.

O primeiro motivo referido para permanência em CAT/LIJ foi a negligência, a ausência de competências parentais, os comportamentos de risco/desviantes e as medidas do tribunal.

A principais razões para a institucionalização são:

- Falta de cuidados ou de afeição – 45,2%;
- Sujeição a comportamentos que afetam gravemente a segurança/equilíbrio emocional – 30,4%;
- Situações de abandono ou entregues a si próprias – 5,3%;
- Obrigadas a atividades ou trabalhos excessivos/inadequados – 5,3%;
- Vítimas de abusos sexuais – 4,9%.

O tempo médio de permanência de crianças/jovens no CAT/LIJ é de 3,3 anos.

17,3% das crianças/jovens têm diagnóstico de doença crónica medicamente diagnosticada.

As doenças crónicas medicamente diagnosticadas mais prevalentes são:

- O défice intelectual/deficiência mental ligeira;
- A espinha bífida;
- A infecção por VIH;
- O autismo;

- As doenças do foro mental – depressão com ideação suicida; a hiperatividade, a epilepsia, perturbação de adição, microcefalia e síndrome fetal alcoólico.

Verificou-se que 3,2% das crianças/jovens tem alergias medicamente diagnosticadas. As alergias mais prevalentes são a poeiras e a alimentos.

As necessidades específicas de apoio afetam 27,2% das crianças/jovens e o principal tipo de apoio que essas crianças/jovens necessitam é apoio psicológico e de saúde, apoio escolar, apoio de pedopsiquiatria, o apoio social, e o apoio de terapias diversas.

Os CAT/LIJ realizam programas de promoção/educação para a saúde para as crianças/jovens sobre:

- Autoestima e autorrealização – 100%;
- Atividade física regular – 100%;
- Autocuidado e autonomia – 100%;
- Educação ambiental – 85,7%;
- Alimentação equilibrada – 85,7%;
- Hábitos de vida saudável – 85,7%;
- Acidentes – 71,4%;
- Violência, abuso e maus-tratos – 71,4%;
- Consumos nocivos (tabaco, álcool e outras substâncias) – 71,4%;
- Gestão do stress – 71,4%;
- Sexualidade – 71,4%.

Em 85,7% do CAT/LIJ as crianças/jovens são estimuladas, diariamente, a caminhar (60 minutos por dia para utentes dos 5 aos 17 e 30 minutos por dia para utentes a partir dos 18 anos).

Todos realizam questionários individuais sobre as necessidades específicas das crianças/jovens:

- Atividades e lazer – 100%;
- Interesses das crianças/jovens – 100%;
- Alimentação saudável – 28,6%.

Ao nível da alimentação:

- Todas as crianças/jovens descrevem o seu padrão alimentar considerando que ingerem alimentos variados, incluindo produtos de origem animal;
- 95,3% das crianças/jovens ingere duas doses de frutas por dia.

Em termos de exercício físico:

- 46,5% das crianças/jovens praticou exercício físico na última semana (pelo menos 3 vezes), 32,6% praticou 2 dias por semana e 11,6% fez exercício físico 1 dia por semana;
- 86,1% das crianças/jovens participou, nos últimos 7 dias, em duas ou três dias em atividades físicas, durante pelo menos 30 minutos, que não as fizeram transpirar ou respirar mais rapidamente.

Em termos de consumos nocivos:

- 25,6% das crianças/jovens referiu que já experimentou consumir tabaco;
- 74,4% das crianças/jovens tinha 8 anos ou menos quando experimentou fumar pela primeira vez;
- 74,4% das crianças /jovens ingeriu álcool pela primeira vez com 8 anos ou menos.

Verificou-se que, 48,8% das crianças/jovens referiu que foi a uma consulta de dentista nos últimos 2 a 24 meses, 18,6% nos últimos 12 meses e 32,6% há mais de 24 meses.

Todos afirmaram promover a participação das crianças/jovens nas consultas de vigilância de saúde e Plano Nacional de Vacinação recomendadas pela DGS.

O psicólogo é o técnico especializado que maioritariamente promove a participação das crianças/jovens nas atividades de promoção da saúde.

Todos os CAT/LIJ referem estimular diariamente as crianças/jovens a saírem para a comunidade, a conviver dentro e fora da IPSS, a divertir-se dentro e fora da instituição, a sentirem-se ativos no seu dia-a-dia e a utilizarem as novas tecnologias.

Nos CAT/LI das IPSS que responderam, 67,4% das crianças/jovens recebe visitas da família e 58,1% das crianças/jovens usufruem destas visitas semanalmente. 60,5% das visitas familiares são principalmente do pai/mãe.

Os pedidos/solicitações que os CAT/LIJ têm maior dificuldade em dar resposta reportam-se às terapias específicas que envolvem apoio da segurança social ou da saúde, difíceis de obter em tempo útil e o acesso a consultas de especialidade, difícil e demorado.

Todos os CAT/LIJ referem ter planos operacionais estabelecidos para a prevenção e controlo da violência e da fuga.

A maioria (80%) tem planos de emergência para situações como por exemplo acidentes ou hemorragias.

Em todos estão identificadas situações globais de emergência passíveis de ocorrência e a forma de atuação.

Todos possuem material de primeiros socorros e os colaboradores possuem formação em primeiros socorros.

Em todos os CAT/LIJ a medicação está em local seguro, acessível apenas aos técnicos de saúde e aos colaboradores que a ministram.

Todos têm definidas regras relativas aos cuidados de higiene e imagem de acordo com as necessidades de cada criança/jovem (ex. idade, capacidades motoras, etc.) e aos cuidados de higiene específicos (p.e. antes e após as refeições, higiene oral).

Todos os CAT/LIJ proporcionam às crianças/jovens um espaço-local e um espaço-tempo onde possa ser feita a higiene oral (material individual).

Todas asseguram o apoio às crianças/jovens com necessidades especiais (p.e. enurese noturna, encoprese).

Lar de Infância e Juventude e Centro de Acolhimento Temporário | Sugestões

Perante os dados obtidos sobre as crianças/jovens em **CAT/LIJ**, sugerem-se algumas **estratégias e dinâmicas para reforço das boas práticas** em articulação com stakeholders da saúde e/ou comunitários (outras Instituições, sociedades científicas, unidades funcionais dos centros de saúde, ARS, DGS serviços da Segurança Social, da Proteção Civil e Autoridades de Segurança, Autarquias), com as crianças, famílias e trabalhadores nomeadamente no sentido de dinamizar e estimular:

- o acesso a terapias específicas às crianças/jovens;
- o acesso a consultas de especialidade, às crianças/jovens;
- a criação de protocolos com os stakeholders da saúde;
- programas de educação para a saúde sobre consumos nocivos;
- a comunicação de qualquer situação de emergência envolvendo a criança/jovem, de imediato, ao representante legal e/ou a família.

3.Respostas Sociais para pessoas idosas

Em Portugal, no período 2000-2016, observou-se um crescimento de 59%, das respostas sociais destinadas ao apoio à população idosa, segundo a Carta Social (2016).

O SAD constitui a resposta social com maior incremento no âmbito deste grupo-alvo, representando, em 2016, cerca de 36% do total de respostas.

A Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) tinha, em 2016, 94 976 lugares de oferta e o Centro de Dia 64 705.

Nas respostas sociais dirigidas às pessoas idosas, no estudo da CNIS, estiveram envolvidas 1395 pessoas com internamento em ERPI, 570 pessoas utentes de Centro de Dia, 187 utentes de Centro de Convívio e 845 pessoas com Apoio Domiciliário.

As principais fontes de rendimentos destas pessoas são:

- 82% pensão de velhice;
- 15% pensão de invalidez;
- 2% pensão de sobrevivência;
- 1% a cargo da família.

Verificou-se que 52,91% tem apoio financeiro inferior ao salário mínimo e apenas 17,51% tem apoio financeiro superior ao salário mínimo nacional.

Estrutura residencial para Pessoas Idosas

A **Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI)** é uma resposta social destinada a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas. Tem como objetivos:

- Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;
- Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo;
- Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar;
- Potenciar a integração social (IPSS, IP, 2017; Portaria n.º 67/2012 de 21 de março).

Estrutura Residencial para Pessoas Idosas | Resultados

Obtiveram-se respostas de 32 IPSS ao questionário de caraterização geral das **ERPI**, envolvendo um total de 1395 pessoas idosas.

Destas, 29,43% são do sexo masculino e 70,57% são do sexo feminino.

Os principais motivos de internamento identificados nas ERPI foram:

- Problemas de saúde (69,5%);
- Motivos familiares (17,1%);
- Problemas financeiros (9,5%);
- Medo ou solidão (3,8%).

A maioria das pessoas idosas tem uma ou mais doenças crónicas medicamente diagnosticadas.

As doenças medicamente diagnosticadas identificadas nas pessoas idosas em ERPI das IPSS que responderam foram:

- Hipertensão Arterial (50%);
- Diabetes (28,1%);
- Demência (15,6%).

Em ERPI:

- 96,9% das pessoas idosas apresenta algum tipo de dependência nas suas atividades de vida e necessita de uma intervenção estruturada de cuidados;
- 68,21 precisam de ajuda parcial ou total na locomoção;
- 67,48% necessita diariamente de ajuda para o autocuidado na alimentação;
- 59,82% apresenta incontinência;
- 52,25% tem dificuldades de memória;

- 46,85% tem dificuldades de comunicação;
- 37,84% tem dificuldades de acuidade visual/auditiva;
- 37,83% necessita de ajuda total nas AVD;
- 30,39% necessita de ajuda parcial na locomoção.

O número de medicamentos diferentes que, em média e por dia, tomam as pessoas idosas é 8,49. O número máximo situa-se em 18.

A aplicação do instrumento Easy Care revelou que:

- 47,75% é **incapaz** de se vestir;
- A totalidade das pessoas em ERPI é incapaz de tomar banho;
- A totalidade das pessoas precisa de ajuda para manter o aspetto cuidado;
- 81,8% precisa de ajuda para se alimentar;
- 60,36% precisa de ajuda para tomar medicamentos;
- 64,86 precisa de ajuda para utilizar a sanita;
- 64,86 precisa de ajuda para se deslocar da cama para a cadeira.

Em ERPI, 69,2% das pessoas tem excesso de peso.

Verificou-se ainda que 88,6% das pessoas em ERPI não fuma e 94,3% não consome álcool.

Nas ERPI das IPSS respondentes são desenvolvidas atividades de promoção do envelhecimento ativo nas suas diferentes dimensões. Na dimensão *saúde* as atividades mais desenvolvidas são:

- Alimentação saudável e equilibrada – 97,8%;
- Atividade física regular – 95,7%;
- Atividade de estimulação intelectual e cognitiva – 95,7%;

- Prevenção da doença – 95,7%;
- Prevenção e combate à depressão – 80,4%;
- Estímulo da vida afetiva – 71,7%.

Na dimensão *segurança* as atividades mais desenvolvidas são:

- Estímulo da autonomia – 95,7%;
- Prevenção de quedas – 91,3%;
- Prevenção dos acidentes – 89,1%.

Na dimensão *participação e cidadania* as atividades mais desenvolvidas são:

- Saberes e tradições – 93,5%;
- Experiência, saber e contributos das pessoas idosas – 91,3%;
- Direitos e deveres das pessoas – 89,1%;
- Relacionamento com pares – 89,1%.

Em 97,4% das ERPI das IPSS que responderam, é realizada a avaliação da funcionalidade das pessoas.

A avaliação da funcionalidade, é feita por 33,34% das instituições mediante a escala de Barthel, seguida do Índice de Katz (10,26%). 53,84% realizam a avaliação da funcionalidade mediante a utilização de um formulário próprio da instituição.

Em 94,9% das ERPI foi referido existir Plano Individual (PI) para cada utente.

Em 97,44% das instituições o PI baseia-se na avaliação das necessidades e dos potenciais individuais, feita na avaliação inicial ou nas suas revisões.

A totalidade das ERPI referiu possuir material de primeiros socorros e uma elevada taxa de colaboradores possui formação em primeiros socorros (97,44%).

Na maioria das ERPI, todas as ocorrências de saúde são registadas (97,44%).

A maioria dos medicamentos de especial complexidade são ministrados e monitorizados por enfermeiros (94,87%).

A maioria das ERPI (72,5%) referiu realizar inquéritos individuais sobre as necessidades específicas dos utentes.

Estrutura Residencial para Pessoas Idosas | Sugestões

Perante os dados obtidos em **ERPI**, sugerem-se algumas **estratégias e dinâmicas para reforço das boas práticas** em articulação com stakeholders da saúde e/ou comunitários (outras Instituições, sociedades científicas, unidades funcionais dos centros de saúde, ARS, DGS serviços da Segurança Social, da Proteção Civil e Autoridades de Segurança, Autarquias), com as pessoas idosas e trabalhadores, nomeadamente no sentido de dinamizar e estimular:

- Ações formativas/intervenções sobre doenças crónicas mais prevalentes, níveis de dependência e funcionalidade/incapacidade das pessoas idosas;
- A aplicação semestral do instrumento Barthel e Easy Care, para monitorização contínua da dependência e incapacidade das pessoas idosas e construção de uma base de evidência científica;
- A disponibilização online dos resultados obtidos na avaliação do nível de incapacidade e dependência das pessoas, mediante aplicações informáticas seguras e de fácil consulta pública;
- Rastreios de cancro de colon e reto, de cancro de mama e saúde oral;
- Programas de promoção da saúde mental;
- Hábitos de vida saudáveis, através de promoção dos programas de gestão do stress e da sexualidade;
- Atividades sobre envelhecimento ativo, nomeadamente sobre a gestão do stress e literacia em saúde;
- Ações formativas/intervenções sobre segurança dos cuidados;
- A avaliação da satisfação das pessoas idosas em ERPI;
- A definição de atuação em situações de emergência relativas aos efeitos secundários dos medicamentos administrados;
- O conhecimento dos procedimentos a adotar e contactos a efetuar, nas situações de emergência mais prováveis de ocorrerem;

Respostas Sociais

para pessoas idosas

- O trabalho relativo às situações de emergência passíveis de ocorrerem nas instalações, com as pessoas idosas (sempre que possível), na fase de admissão e acolhimento.

Centro de Dia

O **Centro de Dia (CD)** é uma resposta social que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção no seu meio social e familiar, das pessoas com 65 e mais anos, que precisem dos serviços prestados pelo Centro de Dia. Tem como objetivos:

- Assegurar a prestação de cuidados e serviços adequados à satisfação das necessidades e expectativas do utilizador;
- Prevenir situações de dependência e promover a autonomia;
- Promover as relações pessoais e entre as gerações;
- Favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida;
- Contribuir para retardar ou evitar ao máximo o internamento em instituições;
- Promover estratégias de desenvolvimento da autoestima, da autonomia, da funcionalidade e da independência pessoal e social do utilizador (IPSS, IP, 2017; Despacho do MESS de 03/08/1993; Guião Técnico aprovado por despacho do SEIS de 29/11/1996).

Centro de Dia | Resultados

Obtiveram-se respostas de 27 IPSS ao questionário de caraterização geral dos [centros de dia](#), envolvendo um total de 570 pessoas idosas. Desses, 367 são mulheres e 203 são homens.

Em termos de doenças crónicas medicamente diagnosticadas:

- 43,0% das pessoas tem uma;
- 31,59% tem duas;
- 25,42% tem três ou mais.

As doenças crónicas mais prevalentes são:

- Hipertensão arterial;
- Diabetes;
- Demência;
- Doença cardiovascular.

Em termos de funcionalidade/incapacidade:

- 33,65% dos utentes que têm problemas de incontinência de esfíncteres;
- 22% tem disfuncionalidade na locomoção;
- 18% das pessoas apresenta alguma dificuldade na alimentação;
- 10,47% tem demência medicamente diagnosticada.

Em CD, 62,9% das pessoas têm algum tipo de dependência nas suas AVD.

O consumo médio de medicamentos situa-se entre 4 e 5 medicamentos diários.

Verificou-se que as atividades de promoção do Envelhecimento Ativo são promovidas pela maioria dos CD (86,1%) nas suas 3 dimensões. Na dimensão *saúde* as atividades mais desenvolvidas são:

- Atividades de estimulação intelectual/cognitiva – 100%;
- Atividade física regular – 91,43 %;
- Prevenção da doença (rastreios, vacinas, consultas, etc.) – 97,14%;
- Prevenção/combate à depressão – 71,43%.

Na dimensão *segurança* as atividades mais desenvolvidas são:

- Estímulo da autonomia – 94,28%;
- Envolvimento familiar – 91,43%;
- Prevenção de quedas – 88,57 %;
- Estímulo ao autocuidado – 85,72 %;
- Prevenção dos acidentes – 82,85 %;
- Prevenção da violência, abuso e maus-tratos – 82,85 %.

Na dimensão *participação e cidadania* as atividades mais desenvolvidas são:

- Promoção da autoestima e autorrealização – 91,43%;
- Saberes e tradições – 100%;
- Experiência sobre os contributos das pessoas idosas – 91,43%;
- Direitos e deveres das pessoas (por ex. direito à sua individualidade, ao respeito e consideração da sua vontade) – 88,57%;
- Prevenção/combate ao isolamento social) – 85,71%.

Todos os centros de dia têm programas estruturados de promoção da saúde e prevenção da doença, onde são abordados temas relativos a:

- Acidentes;
- Quedas;
- Violência, abuso e maus-tratos;
- Autocuidado e autonomia;
- Atividade física regular;
- Hábitos de vida saudável;
- Alimentação equilibrada (Roda dos alimentos da DGS).

As pessoas em CD são estimuladas a caminharem, pelo menos 30 minutos por dia.

Os técnicos especializados dos CD, que promovem com maior frequência a participação dos utentes nas atividades de promoção da saúde, são os animadores (43,8%) e os enfermeiros (34,4%).

Centro de Dia | Sugestões

Perante a análise de dados da resposta social **centro de dia** sugerem-se algumas **estratégias e dinâmicas para reforço das boas práticas** em articulação com stakeholders da saúde e/ou comunitários (outras Instituições, sociedades científicas, unidades funcionais dos centros de saúde, ARS, DGS serviços da Segurança Social, da Proteção Civil e Autoridades de Segurança, Autarquias), com as pessoas apoiadas e trabalhadores, nomeadamente no sentido de dinamizar e estimular:

- Programas estruturados de educação para a saúde, sobre gestão do stress, literacia em saúde e sexualidade;
- As atividades de promoção do envelhecimento ativo nomeadamente sobre participação e cidadania;
- A realização regular de simulacros (contra incêndio e sismos);
- A criação e divulgação do manual sobre procedimentos para atuar em caso de intoxicações (onde constem contactos telefónicos, orientações de atuação e informações corretas a fornecer).

Centro de Convívio

O **Centro de Convívio (CC)** é uma resposta social de apoio a atividades sociais, recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade. Tem como objetivos:

- Prevenir a solidão e o isolamento;
- Incentivar a participação e inclusão das pessoas idosas na vida social local;
- Fomentar as relações interpessoais e entre as gerações;
- Contribuir para retardar ou evitar ao máximo o internamento em instituições (IPSS, IP, 2017).

Centro de Convívio | Resultados

Obtiveram-se respostas de 4 IPSS ao questionário de caraterização geral dos [centros de convívio](#) envolvendo um total de 178 pessoas idosas. Destas, 146 são mulheres e 32 são homens.

Em termos de doenças crónicas medicamente diagnosticadas, referidas pelas IPSS que responderam, referentes ao CC:

- 67,19% das pessoas tem uma;
- 21,88% tem duas;
- 6,25% tem três;
- 4,69% tem mais de três.

As doenças crónicas medicamente diagnosticadas mais identificadas em CC são:

- Hipercolesterolemia;
- Diabetes;
- Hipertensão Arterial;
- Osteoporose.

O número de medicamentos consumidos varia entre 3 a 5 medicamentos por dia.

A maioria das pessoas é autónoma nas Atividades de Vida Diária.

São desenvolvidas, por todos os CC, atividades de promoção do envelhecimento ativo, nas suas diferentes dimensões com destaque para os temas da dimensão saúde.

Na dimensão *saúde* as atividades mais desenvolvidas são:

- Atividade física regular – 100 %;
- Atividades de estimulação intelectual/cognitiva – 83,3%;
- Estimulação da vida afetiva – 83,3%;

- Prevenção da doença (rastreios, vacinas, consultas, etc.) – 83,3%;
- Prevenção/combate à depressão – 83,3%;
- Alimentação saudável e equilibrada (fruta, legumes, fibras e peixe; consumo de sal; consumo de açúcar) – 83,3%.

Na dimensão *segurança* as atividades mais desenvolvidas são:

- Estímulo da autonomia – 100%;
- Prevenção da violência, abuso e maus-tratos – 100 %;
- Estímulo ao autocuidado – 100%;
- Envolvimento familiar – 83,3%;
- Envolvimento em redes sociais – 83,3%.

Na dimensão *participação e cidadania* as atividades mais desenvolvidas são:

- Promoção da autoestima e autorrealização – 100%;
- Saberes e tradições – 100%;
- Experiência sobre os contributos das pessoas idosas – 100%;
- Estimulação à participação em programas inter geracionais – 100%;
- Prevenção/combate ao isolamento social – 100%;
- Estímulo da autoexpressão – 100%;
- Relacionamento com pares (eu/pessoa idosa e os outros) – 100%.

O controlo do risco é motivo de preocupação destes centros que desenvolvem ações para o minimizar.

Existem programas estruturados de promoção da saúde sobre os seguintes temas:

- Acidentes;
- Quedas;
- Violência, abuso e maus-tratos;
- Autocuidado e autonomia;
- Atividade física regular;
- Hábitos de vida saudável;
- Educação ambiental;
- Saúde Mental;
- Gestão do Stress;
- Gestão da sexualidade;
- Consumos nocivos.

Os profissionais consideram a saúde dos utentes boa (60%) e razoável (40%).

Os técnicos especializados, que promovem com maior frequência a participação nas atividades de promoção da saúde são os animadores e os gerontólogos.

Centro de Convívio | Sugestões

Perante os resultados analisados em [centro de convívio](#) sugerem-se algumas [estratégias e dinâmicas para reforço das boas práticas](#) em articulação com stakeholders da saúde e/ou comunitários (outras Instituições, sociedades científicas, unidades funcionais dos centros de saúde, ARS, DGS serviços da Segurança Social, da Proteção Civil e Autoridades de Segurança, Autarquias), e com as pessoas apoiadas e trabalhadores, nomeadamente no sentido de dinamizar e estimular:

- Programas sobre de prevenção de acidentes e de quedas;
- Programas de envelhecimento ativo nomeadamente sobre a dimensão participação social e cidadania, prevenção da discriminação social e do abandono;
- O registo escrito (exemplo: febre, diarreia, acidente, queda...) todas as ocorrências de saúde que ocorram em CC;
- A identificação das situações de emergência mais prováveis, os procedimentos a adotar e contactos a efetuar;
- O trabalho sobre as situações de emergência relativas às instalações com as pessoas na admissão e acolhimento;
- O manual sobre procedimentos para atuar em caso de intoxicações (onde constem contactos telefónicos, orientações de atuação e informações corretas a fornecer).

Serviço de Apoio Domiciliário

O **Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)** é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontram no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito. Tem como objetivos:

- Concorrer para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias;
- Contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar;
- Contribuir para a permanência das pessoas no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais;
- Promover estratégias de desenvolvimento da autonomia;
- Prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes (mediante contratação);
- Facilitar o acesso a serviços da comunidade;
- Reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores.

A resposta social **SAD** presta cuidados e serviços e nesse sentido deve:

- Disponibilizar os cuidados e serviços todos os dias da semana garantindo, sempre que necessário, o apoio aos sábados, domingos e feriados;
- Prestar pelo menos quatro dos seguintes cuidados e serviços:
 - > Cuidados de higiene e conforto pessoal;
 - > Higiene habitacional, estritamente necessária à natureza dos cuidados prestados;
 - > Fornecimento e apoio nas refeições, respeitando as dietas com prescrição médica;
 - > Tratamento da roupa do uso pessoal do utente;

- > Atividades de animação e socialização, designadamente, animação, lazer, cultura, aquisição de bens e géneros alimentícios, pagamento de serviços, deslocação a entidades da comunidade;
- > Serviço de teleassistência.

O **SAD** pode, ainda, assegurar:

- Formação e sensibilização dos familiares e cuidadores informais para a prestação de cuidados aos utentes;
- Apoio psicossocial;
- Confeção de alimentos no domicílio;
- Transporte;
- Cuidados de imagem;
- Realização de pequenas modificações ou reparações no domicílio;
- Realização de atividades ocupacionais (Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro).

Serviço de Apoio Domiciliário | Resultados

Obtiveram-se respostas de 30 IPSS relativas ao **SAD**, envolvendo um total de 845 utentes, dos quais 385 são homens e 450 mulheres.

Dos 845 utentes abrangidos pela resposta social de SAD, 71,8% tem doenças crónicas.

Das pessoas em SAD com doença crónica medicamente diagnosticada, 31,2% apresenta pelo menos uma doença crónica e 9,8% mais de 3 doenças crónicas.

A maioria (93,3%) das pessoas em SAD tem algum tipo de rede de apoio.

Verificou-se que 80% da rede de apoio dos utentes de SAD é constituída por familiares, 16,7% por redes institucionais e 3,3% por vizinhos.

Os motivos habitualmente invocados para requerer ao SAD dividem-se entre "problemas de saúde" e "dificuldades do cuidador", ambas com 50% de respostas.

Na amostra analisada, o SAD apoia:

- 96,7% das pessoas no fornecimento de refeições;
- 93,3% das pessoas no tratamento de roupas;
- 79% das pessoas nos cuidados de higiene pessoal, que incluem o banho e o vestir/despir.

Nos SAD das IPSS respondentes:

- 60% oferece apoio técnico de serviço social;
- 53,3% oferece cuidados básicos de enfermagem.

Em SAD, 56,7% das pessoas recebe a visita de familiares diariamente e 66,7% das pessoas tem um contacto próximo e diário com amigos e rede de vizinhança.

Os cuidados não assegurados pelo SAD diariamente, são maioritariamente (66,6%) assegurados pelo cuidador informal/família.

Em SAD, 30% das pessoas não tem um cuidador informal.

Serviço de Apoio Domiciliário | Sugestões

Perante os dados analisados em **SAD** sugerem-se algumas **estratégias e dinâmicas para reforço das boas práticas** em articulação com stakeholders da saúde e/ou comunitários (outras Instituições, sociedades científicas, unidades funcionais dos centros de saúde, ARS, DGS serviços da Segurança Social, da Proteção Civil e Autoridades de Segurança, Autarquias), e com as pessoas apoiadas e trabalhadores, nomeadamente no sentido de dinamizar e estimular:

- A participação habitual das pessoas em atividades ocupacionais e atividades de lazer;
- A oferta de apoio psicológico em **SAD**;
- A oferta de serviços de readaptação das habitações às necessidades sentidas pelas pessoas;
- A oferta do serviço de acompanhamento de pessoas ao exterior.

4. Respostas Sociais e Equipamentos para pessoas com deficiência

Centro de Atividades Ocupacionais

O **Centro de Atividades Ocupacionais (CAO)** é uma resposta social destinada a desenvolver atividades ocupacionais para jovens e adultos com deficiência grave a profunda, que visa a valorização pessoal e a integração social destas pessoas, permitindo o desenvolvimento possível das suas capacidades, sem vinculação a exigências de rendimento profissional ou de enquadramento normativo de natureza jurídico-laboral. As actividades ocupacionais têm o fim de estimular e facilitar o desenvolvimento possível das capacidades remanescentes das pessoas com deficiência grave; facilitar a sua integração social; facilitar o encaminhamento da pessoa com deficiência, sempre que possível, para programas adequados de integração socioprofissional.

Tem como objetivos:

- A realização de atividades socialmente úteis e estritamente ocupacionais;
- O apoio técnico permanente nos planos físico, psíquico e social;
- A participação em ações culturais, ginnodesportivas e recreativas (Decreto-Lei n.º 18/89, de 11 de janeiro; Despacho n.º 52/SESS/90, de 16 julho; Portaria n.º 432/2006).

Centro de Atividades Ocupacionais | Resultados

Obtiveram-se respostas de 14 IPSS, ao questionário de caraterização geral de **CAO**, que acolhem 665 pessoas com deficiência. Destas, 373 são homens e 292 são mulheres.

As doenças crónicas medicamente diagnosticadas mais frequentes são:

- Doenças do sistema nervoso – que incluem a epilepsia, a paralisia cerebral e as doenças neuro degenerativas;
- Doenças endócrinas e nutricionais – onde se inclui a diabetes e o hipotiroïdismo;
- Transtornos mentais e comportamentais.

Verificou-se ainda que:

- 98,3% das pessoas em CAO tem problemas de desenvolvimento/cognitivos;
- 92,9% das pessoas tem necessidades específicas de apoio.

Os principais tipos de apoio de que as pessoas necessitam são:

- Autocuidado;
- Higiene;
- Alimentação;
- Mobilidade;
- Relacionamento interpessoal;
- Reabilitação e fisioterapia.

14,3% das pessoas não tem qualquer apoio familiar.

Relativamente às AVD das pessoas em CAO:

- 46,91% das pessoas é totalmente dependente nas AVD;
- 38,2% das pessoas é parcialmente dependente nas AVD.

Respostas Sociais e Equipamentos para pessoas com deficiência

Os valores do excesso de peso são semelhantes nos dois sexos:

- 26,3% para o sexo feminino;
- 26,7% para o sexo masculino.

Os valores da obesidade revelam:

- 8% para o sexo feminino;
- 12,3% para o sexo masculino.

Em 92,9% dos CAO existe registo sistemático das situações de emergência.

Centro de Atividades Ocupacionais | Sugestões

Perante os dados analisados em **CAO** sugerem-se algumas **estratégias e dinâmicas para reforço das boas práticas** em articulação com stakeholders da saúde e/ou comunitários (outras Instituições, sociedades científicas, unidades funcionais dos centros de saúde, ARS, DGS serviços da Segurança Social, da Proteção Civil e Autoridades de Segurança, Autarquias), e com as pessoas apoiadas e trabalhadores, nomeadamente no sentido de dinamizar e estimular:

- Programas de promoção do autocuidado;
- Programas de prevenção e combate ao excesso de peso e de obesidade.

Lar Residencial

O **Lar Residencial** é um estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, de pessoas com deficiência e incapacidade, de idade igual ou superior a 16 anos, que se encontrem impedidas de residir no seu meio familiar.

Os objetivos do lar residencial são:

- Contribuir para o bem-estar e melhoria da qualidade de vida dos residentes;
- Promover estratégias de reforço da autoestima pessoal e da capacidade para a organização das atividades da vida diária;
- Promover ou manter a funcionalidade e a autonomia dos residentes;
- Facilitar a integração em outras estruturas, serviços ou estabelecimentos mais adequados ao projeto de vida dos residentes;
- Promover a interação com a família e com a comunidade (DGSS, 2018; Portaria n.º 59/2015, de 2 de março).

Lar Residencial | Resultados

Responderam, ao questionário de caraterização geral sobre os [lares residenciais](#), 8 IPSS que acolhem 316 pessoas das quais 197 são homens e 119 mulheres.

As doenças crónicas medicamente diagnosticadas mais prevalentes incluem:

- Doenças e perturbações mentais;
- Doenças endócrinas e nutricionais;
- Doenças do sistema respiratório;
- Doenças do sistema nervoso;
- Doenças do aparelho digestivo;
- Doença oncológica.

A maioria das pessoas em lar residencial tem no máximo duas doenças crónicas medicamente diagnosticadas, nomeadamente Diabetes, Epilepsia, Esquizofrenia, Síndrome de Down, Doença Degenerativa e Bronquite.

As alergias mais frequentes são a medicamentos, ácaros e alimentares.

Verificou-se que 90% das pessoas em Lar residencial tem problemas de desenvolvimento/cognitivo.

Em sete dos oito lares residenciais das IPSS que responderam, 100% das pessoas tem necessidades específicas de apoio.

Os principais tipos de apoio que as pessoas necessitam, com base na CIF são:

- Apoio no autocuidado – inclui a higiene pessoal, os processos de excreção, vestir-se, comer e beber e cuidar da própria saúde;
- Apoio em serviços relacionadas com a saúde – inclui a prestação de cuidados de saúde, a prevenção de doenças e a reabilitação em ambientes de internamento ou domiciliários.

Respostas Sociais e Equipamentos para pessoas com deficiência

As necessidades específicas de apoio destas pessoas são:

- Autoaprendizagem básica;
- Autocuidados;
- Experiências sensórias intencionais;
- Interações interpessoais;
- Serviços, sistemas e políticas relacionadas com a saúde;
- Vida comunitária social e cívica.

Na dependência nas AVD verifica-se que:

- 47% das pessoas é totalmente dependente;
- 30% das pessoas é parcialmente dependente.

Nos lares residenciais das IPSS que responderam, 100% das pessoas tem incontinência vesical e incontinência intestinal.

Nas atividades avaliadas, nenhuma pessoa é autónoma na sua realização – 100% apresenta incapacidade ou necessidade de ajuda.

Através do instrumento Easy Care foram avaliadas individualmente 28 pessoas residentes de 1 lar residencial (25 homens e 3 mulheres, com uma média de idades de 38 anos).

Os resultados da aplicação do instrumento Easy Care revelaram que:

- 100% são incapazes de tomar banho/duche;
- 100% são incapazes de deslocar-se aos serviços públicos;
- 100% são incapazes de gerir finanças;
- 82,1% são incapazes de ir às compras;
- 71,4% são incapazes de utilizar o telefone;
- 53,6% são incapazes de fazer tarefas domésticas;
- 46,4% são incapazes de vestir-se.

Respostas Sociais e Equipamentos para pessoas com deficiência

Todos os lares referiram a existência de materiais de primeiros socorros, cuja localização é conhecida por todos os trabalhadores.

Nos lares, todas as ocorrências de saúde são objeto de registo escrito.

Lar Residencial | Sugestões

Para finalizar e perante os dados obtidos nos [Lares Residenciais](#) sugerem-se algumas [estratégias e dinâmicas para reforço das boas práticas](#) em articulação com stakeholders da saúde e/ou comunitários (outras Instituições, sociedades científicas, unidades funcionais dos centros de saúde, ARS, DGS serviços da Segurança Social, da Proteção Civil e Autoridades de Segurança, Autarquias), e com as pessoas apoiadas e trabalhadores, nomeadamente no sentido de dinamizar e estimular:

- A aplicação semestral do instrumento Easy Care, para monitorizar e construir uma base de evidência científica do grau de incapacidade das pessoas;
- A disponibilização online os resultados obtidos na avaliação do grau de incapacidade e dependência das pessoas em Lar residencial, mediante aplicações informáticas seguras e de fácil consulta pública;
- A satisfação das necessidades específicas de apoio para os problemas de desenvolvimento/cognitivos que afetam a maioria dos utentes residentes;
- Programas de prevenção e combate ao excesso de peso dos utentes;
- A divulgação dos procedimentos a adotar em caso de emergência junto de todos os colaboradores e utentes, que tenham capacidade para tal;
- A realização e divulgação do manual sobre procedimentos para atuar em caso de intoxicações (onde constem contactos telefónicos, orientações de atuação e informações corretas a fornecer).

Comentário final

O trabalho realizado, permite revelar a consolidação do papel da CNIS (e das IPSS associadas) e do trabalho que vem desenvolvendo ao longo dos anos na prestação de respostas sociais, socioeducativas, serviços e também de saúde aos utentes que acolhem.

Os resultados revelam um diagnóstico de saúde que não se afasta da realidade portuguesa, onde o aumento da esperança de vida e o envelhecimento têm associados altos níveis de morbilidade, comorbilidade e multimorbilidade e em que os níveis de dependência das pessoas mais idosas são uma realidade quotidiana para os estabelecimentos e equipamentos que lhes prestam apoio e cuidados, a exigirem cada vez mais recursos, face às necessidades detetadas e a satisfazer.

A qualidade de respostas, serviços e cuidados que estas pessoas merecem e exigem, implica necessariamente mais e melhores recursos, para se promover o integral respeito pela dignidade das pessoas. Da mesma forma, nas pessoas com deficiência, a complexidade e o nível de necessidades a satisfazer e apoiar em termos de saúde, na sociedade atual, requerem uma atenção que, nos últimos anos, tem estado pouco presente por parte do Estado no apoio às respostas, serviços e cuidados a estas pessoas. Não basta congratularmo-nos com o aumento da esperança de vida e das taxas de sobrevivência das pessoas.

Se historicamente ao setor social e solidário tem estado maioritariamente atribuída a função de cuidar das crianças/jovens, das pessoas com deficiência e das pessoas idosas atualmente, para além das respostas sociais e socioeducativas, o setor social e solidário confronta-se hoje cada vez mais com a necessidade de prestar cuidados/dar assistência de saúde.

Este é um novo desafio que o Estado não pode continuar a ignorar. O setor social e solidário não pode continuar a ser concebido e apoiado apenas a partir do seu papel tradicional. A mudança está a ocorrer e, quer o setor da saúde, quer da segurança social, têm que reconhecer e apoiar os cuidados de saúde que as populações servidas pelas IPSS requerem e exigem e ondem pontuam cada vez mais pessoas com elevados níveis de dependência e incapacidade. Aliás, importa sempre lembrar que o setor social integra o sistema de saúde português.

Neste relatório observou-se, de forma muito significativa, o impacto do fenómeno do envelhecimento, da dependência funcional, incapacidade e vulnerabilidade das pessoas, nos cuidados destas instituições.

Comentário final

Esta perspetiva leva-nos a considerar que, na área da saúde, existe um crescente subfinanciamento por parte dos organismos públicos, face ao aumento destas necessidades observadas e a que urge dar resposta. Na população idosa e também na pessoa com deficiência, o fenómeno da doença crónica ocorre não através da manifestação de uma determinada doença, mas antes pela coocorrência de diversos fenómenos – a multi morbidade. Neste contexto, a preocupação central é com a pessoa, o que exige uma visão global das múltiplas situações de doença que a afetam e das repercussões que têm em termos funcionais.

Estas crescentes necessidades em saúde e o subfinanciamento existente, permitem salientar a necessidade de reformas, que devem assentar num conjunto de medidas desenvolvidas em parceria entre o ISS, IP e o Ministério da Saúde, como expansão e melhoria da integração da Rede de Cuidados Continuados Integrados e de outros serviços públicos de apoio às pessoas em situação de grande dependência, determinante no combate às situações de pobreza, assim como de promoção da inclusão social e da conciliação entre a atividade profissional e a vida pessoal e familiar e na proteção na dependência.

Os investigadores salientam a necessidade urgente da reestruturação e revisão do financiamento das IPSS em Portugal, com especial atenção às crescentes necessidades e saúde e necessidades funcionais por parte da população que servem.

Este investimento deve direcionar-se para a qualificação e diversificação da oferta de serviços e equipamentos sociais e de saúde de qualidade, flexibilizando e maximizando a capacidade instalada, em particular das estruturas residenciais ou de apoio para idosos e crianças e jovens, reforçando as respostas às pessoas com deficiência e incapacidade e tirando partido da sua proximidade aos cidadãos e às famílias.

Para finalizar não se pode deixar de salientar e agradecer o total apoio da CNIS para a realização deste diagnóstico de saúde, num processo de abertura sem paralelo para o setor social e solidário, na disponibilidade para acolher novas dinâmicas e estratégias e na valorização da mudança e da inovação. Este é o caminho a seguir.

Para tal, o setor social e solidário precisa de mais recursos e o Estado (setor da saúde e segurança social) tem aí um papel fundamental a desempenhar, pois só assim se conseguirão manter as boas práticas que quotidianamente são realizadas pelos estabelecimentos e equipamentos associados da CNIS, em favor de milhares de pessoas neste País.

Fim



Cofinanciado por:

