

# SERVIÇOS DE APOIO DOMICILIÁRIO OFERTA E CUSTOS NO MERCADO PRIVADO

NÚCLEO DE ESTUDOS E CONHECIMENTO

Ana Gil

2009



SEGURANÇA SOCIAL



INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P.

## **FICHA TÉCNICA**

### **TÍTULO**

Serviços de Apoio Domiciliário – ofertas e custos no mercado privado

### **PROPRIEDADE**

Instituto da Segurança Social, IP

### **AUTOR**

Ana Gil

### **RESPONSÁVEL**

Gabinete de Planeamento | Núcleo de Estudos e Conhecimento

### **MORADA**

Rua Castilho, 5 – R/C | 1250-066 LISBOA

Tel.: (00351) 213 184 910 | Fax: (00351) 213 184 955

E-mail: [iss@seg-social.pt](mailto:iss@seg-social.pt)

[web.seg-social.pt](http://web.seg-social.pt)

[www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)

### **DATA DE PUBLICAÇÃO**

Maio 2009

## ÍNDICE

Sumário executivo .....	4
1. Introdução.....	4
2. Metodologia .....	5
3. Serviços de Apoio Domiciliário – a realidade portuguesa.....	6
3.1. Enquadramento jurídico para os serviços de apoio domiciliário .....	6
3.2. Evolução da rede de equipamentos sociais de apoio à dependência (2000-2007) .....	9
3.3. Serviços de Apoio Domiciliário: programas e modelos de financiamentos.....	15
3.4. Custos reais das respostas sociais desenvolvidas pelo sector solidário: o caso dos serviços de apoio domiciliário .....	20
3.5. A população abrangida pelos serviços de apoio domiciliário: o caso do PAII.....	22
4. O sistema dos serviços de apoio domiciliário - a realidade europeia.....	25
5. Tipos de serviços de apoio domiciliário: resultados de um estudo empírico.....	26
6. Notas conclusivas.....	26
Bibliografia .....	26

## **Sumário executivo**

Este trabalho teve como objectivo realizar um levantamento dos valores estabelecidos no mercado privado dos serviços de apoio domiciliário, quer da oferta dos serviços, quer dos custos financeiros associados.

O levantamento de custos foi antecedido por um enquadramento do actual sistema de serviços de apoio domiciliário, a partir de uma perspectiva histórica e legislativa, sucedida pela descrição dos programas existentes, como pela explicitação de uma sociografia da população abrangida pelos serviços no âmbito do Programa de Apoio Integrado a Idosos. Este enquadramento contemplou ainda alguns exemplos do sistema de provisão de serviços de apoio domiciliário existentes na União Europeia.

## **1. Introdução**

A implementação dos serviços de apoio domiciliário permite promover atitudes e medidas preventivas do isolamento, da exclusão e da dependência e contribuir para a solidariedade intergeracional, bem como para a criação de serviços de apoio social e de saúde. Os serviços revestem-se de tal importância, que respondem não só às necessidades da população idosa, como também às pessoas em situação de dependência, independentemente do critério idade, nas quais se destacam as problemáticas como a deficiência, as doenças crónicas e as demências.

Através da implementação de serviços de apoio domiciliário pretende-se evitar em muito a institucionalização em lares de idosos, constituindo um meio de libertação das altas hospitalares, bem como se facilita as acessibilidades aos serviços de saúde e a um conjunto de serviços de apoio social.

Apesar dos benefícios que os actuais serviços de apoio domiciliário têm proporcionado às populações, aumentando a sua cobertura a nível nacional, existem ainda um conjunto de constrangimentos que limitam a qualidade dos serviços. São eles, a insuficiente e pouca diversidade dos serviços, limitando-se às actividades de apoio social (alimentação e ao banho), deficiências em termos de funcionamento, reduzidos somente aos dias úteis, e deficits em termos formativos dos recursos humanos e da qualidade da prestação (PAII, 2001 – 2004).

É consensual que quer o modelo de funcionamento, quer de financiamento dos actuais serviços de apoio domiciliário torna-se premente o seu redimensionamento, não só pelo alargamento da oferta como a passagem de uma lógica reparadora de respostas a populações unicamente desfavorecidas para uma visão universal e preventiva, com participações diferenciadas, dirigidas a diferentes públicos-alvo.

Por outro lado, continuar a reforçar um sistema de serviços de apoio domiciliário, estruturado exclusivamente numa lógica meramente social, sem estar aliada a uma vertente de saúde e de

reabilitação, parece-nos pouco frutuosa e eficaz para responder às necessidades crescentes das pessoas mais velhas em situação de dependência.

Nesse sentido, a primeira parte deste trabalho visa enquadrar o actual sistema de serviços, a partir de uma perspectiva histórica e legislativa, sucedida pela descrição dos programas e o respectivo sistema de financiamento. Dado que existe um longo património de conhecimento junto do Programa de Apoio Integrado a Idosos, procurou-se identificar os principais benefícios e os constrangimentos dos serviços que foram financiados por este Programa. A sociografia da população abrangida pelo SAD constitui uma base de diagnóstico sobre as reais necessidades sociais e de saúde, referencial importante quando se analisa as alternativas ao modelo vigente. Apostar na diversidade de um pacote de serviços, baseado na comparticipação nominal de serviço usufruídos e de acordo com as necessidades individuais, previamente identificadas por uma equipa médico-social, polarizada em parcerias entre segurança social e saúde ou apostar no financiamento directo às famílias, são dois possíveis cenários a explorar, sem deixar de ter como referência alguns dos modelos de financiamento vigentes na União Europeia.

Na segunda parte do trabalho apresentam-se alguns dos resultados de 5 estudos de casos, no qual se procurou identificar tipologias de oferta e procura de serviços de apoio domiciliário (SAD) e avaliar diferentes modelos de custos financeiros de serviços (SAD).

## 2. Metodologia

A opção por uma metodologia mais qualitativa não tem como objectivo atingir a representatividade, nem o intuito de obter generalizações para o território nacional; mas sim, descrever processos e tipologias de preços dos serviços de apoio domiciliário.

Esta escolha metodológica implicou a criação de um guião de recolha de dados que irá ser aplicado através da técnica de entrevista (ver anexo 1). O guião da entrevista obedece a uma organização estruturada com base em vários blocos de perguntas, que apresentamos de seguida<sup>1</sup>.

### Quadro n.º 1 – Indicadores definidos no guião de entrevista

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. <b>Identificação da entidade</b> (âmbito geográfico)</li><li>2. <b>Ação desenvolvida:</b> tempo de existência, origem, a natureza dos apoios, frequência dos mesmos;</li><li>3. <b>Serviços prestados:</b> Tipologias de oferta e procura;</li><li>4. <b>Estimativa económica:</b> tabelas de preços;</li></ol> |
|--|

5. **Caracterização do público-alvo:** sociografia dos clientes, tipo de necessidades, problemas sociais e de saúde.
6. **Avaliação dos serviços:** principais constrangimentos e pontos fortes referentes à prestação dos serviços, recursos humanos, clientes, famílias, articulação entre serviços parceiros (saúde e segurança social). A avaliação contempla ainda conhecer as estratégias utilizadas que digam respeito à garantia da qualidade dos serviços.

Como não se pretende desenvolver um estudo de âmbito extensivo mas sim a um levantamento de dados sobre o custo financeiro dos actuais serviços de apoio domiciliário, no mercado lucrativo, definiu-se como critérios de selecção empresas privadas e por razões de ordem logística circunscreveu-se o estudo à região de Lisboa e Vale do Tejo.

### **3. Serviços de Apoio Domiciliário – a realidade portuguesa**

#### **3.1. Enquadramento jurídico para os serviços de apoio domiciliário**

Entende-se por serviços de apoio domiciliário os serviços que são prestados no âmbito dos “estabelecimentos destinados à prestação de serviços aos idosos residentes numa comunidade, com vista à sua permanência no seu meio familiar e social”. Estes serviços são prestados por “equipas que prestam ajuda doméstica no domicílio dos utentes quando estes, por razões de doença, deficiência ou outras, não possam assegurar, temporariamente ou permanentemente, as actividades da vida diária”<sup>2</sup>.

Teoricamente estes serviços pretendem prestar um conjunto de cuidados individualizados no domicílio, que podem ir desde o fornecimento de refeições, higiene pessoal e habitacional e tratamento de roupas. Pode ainda assegurar outros serviços, nomeadamente “acompanhamento ao exterior, aquisição de géneros alimentícios e outros artigos, acompanhamento, recreação e convívio, pequenas reparações e contactos com o exterior”<sup>3</sup>.

Estes serviços destinam-se a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou as actividades da vida diária”<sup>4</sup>.

O Decreto-Lei nº 133-A/97 de 30 de Maio veio substituir o Decreto-Lei nº 30/89, de 24 de Janeiro, ao estabelecer uma nova regulamentação dos estabelecimentos e serviços privados

---

<sup>1</sup> Dada a mudança dos objectivos do estudo e da metodologia a adoptar a meio do processo, o instrumento apresentado no anexo 2 sofreu entretanto alterações quando se iniciou o processo de recolha de dados junto das empresas privadas.

<sup>2</sup> Decreto-lei nº 30/89.

<sup>3</sup> Direcção Geral de Acção Social, 1996:8.

<sup>4</sup> Ministério do Trabalho e da Solidariedade, Despacho normativo nº 62/99, Diário da republica – I Série – B, nº 264 de 12 de Novembro de 1999.

em que sejam exercidas actividades de apoio social do âmbito da segurança social<sup>5</sup>. Dois anos depois são definidas regras reguladoras das condições de implantação, localização, instalação e funcionamento do apoio domiciliário pelo Despacho normativo nº 62/99<sup>6</sup>.

Uma das condições gerais de funcionamento dos serviços de apoio domiciliário diz respeito ao tempo de funcionamento. Segundo o despacho normativo, “o SAD deve, tendencialmente, funcionar por um período ininterrupto de vinte e quatro horas, incluindo sábados, domingos e feriados”.

A existência de um plano de cuidados individualizado a ser elaborado com o utente e a família é outra das exigências contempladas nas condições gerais de funcionamento, para o qual são necessários recursos humanos qualificados, mediante supervisão técnica, e ser sujeito a um acompanhamento e avaliação periódica. O serviço deve também constituir um ficheiro de utente actualizado, bem como um processo onde se explicita o plano de cuidados ou serviços a prestar; o registo de cada serviço prestado e respectiva data e o registo da avaliação periódica<sup>7</sup>.

A prestação de serviços implica a celebração de um contrato por escrito, com os utentes ou seus familiares, donde constem, nomeadamente os direitos e obrigações de ambas as partes, o período de vigência do contrato e as condições em que pode haver lugar à sua cessação<sup>8</sup>. Nele devem também constar os serviços a prestar, a sua periodicidade e respectivo horário, bem como o preço praticado.

O regulamento interno do SAD deve conter as regras de funcionamento do SAD, discriminação dos serviços a prestar, os direitos e deveres, quer dos utentes, quer do pessoal, as funções do pessoal e anexo o preçário dos serviços a prestar.

As normas reguladoras contemplam também os requisitos necessários ao exercício da direcção técnica, pessoal técnico e das ajudantes familiares. Para além do aspecto humano, as condições de implantação, como os acessos, o edificado e as áreas funcionais respeitantes à área de acesso, direcção e dos serviços técnicos, área de serviços e área de instalações para o pessoal, são algumas das normas estipuladas para a instalação e funcionamento do apoio domiciliário.

Estas normas eram somente exigidas às instituições privadas, tendo sido excluídas do âmbito da aplicação do diploma (Despacho normativo nº62/99) as instituições particulares de solidariedade social abrangidas por acordos de cooperação, por se entender que através dos

---

<sup>5</sup> Cf. Ministério da Solidariedade e Segurança Social, Decreto-Lei nº 133-A/97 de 20 de Maio in Diário da República – I Série - A. Nº 124 de 30 de Maio de 1997.

<sup>6</sup> É de referir que no âmbito do Despacho conjunto 407/99, de 15 de Maio, surge o Programa de Cuidados Continuados que prevê como respostas no âmbito de apoio social, os serviços de apoio domiciliário integrado (ADI), incluindo o apoio nas actividades da vida diária e os cuidados clínicos, tendo como entidades parceiras, a Segurança Social, saúde, parceiros, família e outras.

<sup>7</sup> Ministério do Trabalho e da Solidariedade, Despacho normativo nº 62/99, Diário da República – I Série – B, nº 264 de 12 de Novembro de 1999.

acordos se poderia atingir objectivo idêntico ao do licenciamento, no que respeita à exigência de condições adequadas de funcionamento”<sup>9</sup>.

No entanto, o Decreto-Lei nº 64/2007 de 14 de Março veio definir o regime de licenciamento e de fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos de apoio social, no qual se inserem os serviços de apoio domiciliário. O elemento novo introduzido por este diploma diz respeito ao âmbito da sua aplicação, contemplando também as instituições particulares de solidariedade social ou instituições legalmente equiparadas. Além destas, acção das sociedades ou empresários em nome individual e as entidades privadas que desenvolvam actividades de apoio social regem-se também por este regime de licenciamento e fiscalização da prestação de serviços.

Outro dado importante introduzido por esta regulamentação refere-se fundamentalmente à simplificação de procedimentos. No âmbito do Programa de simplificação administrativa Simplex, “define-se neste diploma um interlocutor único para o licenciamento dos estabelecimentos de apoio social geridos por entidades privadas, a realização de vistorias conjuntas das entidades competentes, a eliminação da exigência da apresentação de vários documentos, a redução dos prazos actualmente previstos e a divulgação no sitio da Internet da segurança social dos actos actualmente sujeitos a publicação no Diário da República”<sup>10</sup>.

Outra iniciativa que se revestiu de especial interesse foi a **criação do manual de avaliação da qualidade dos serviços de apoio domiciliário**. “Garantir aos cidadãos o acesso a serviços de qualidade, adequados à satisfação das suas necessidades e expectativas, é um desafio que implica o envolvimento e empenho de todas as partes interessadas”<sup>11</sup>. Neste âmbito e com o objectivo de constituir um referencial normativo que permita avaliar a qualidade dos serviços prestados e consequentemente diferenciar positivamente as Respostas Sociais, o ISS, I.P., desenvolveu Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais, aplicáveis a Lar Residencial, Centro de Actividades Ocupacionais, Lar de Infância e Juventude, Centro de Acolhimento Temporário, Estruturas Residenciais para Idosos, Creches, Centros de Dia e Serviços de Apoio Domiciliário.

- A elaboração destes Modelos teve como objectivos:
- Ser um instrumento para a auto-avaliação das Respostas Sociais, permitindo rever de uma forma sistemática o seu desempenho;
- Apoiar no desenvolvimento e implementação de um Sistema de Gestão de Qualidade, permitindo uma melhoria significativa da sua organização e funcionamento;

---

<sup>8</sup> IDEM.

<sup>9</sup> Cf. Ministério da Solidariedade e Segurança Social, Decreto-Lei nº 133-A/97 de 20 de Maio in Diário da República – I Série - A. Nº 124 de 30 de Maio de 1997.

<sup>10</sup> Ministério da Solidariedade e Segurança Social, Decreto-Lei nº 64/2007 de 14 de Março in Diário da República – I Série – nº 52 de 14 de Março de 2007.

<sup>11</sup> Cf. <http://www.seg-social.pt/left.asp?05.18.08.02>



- Agregar num referencial normativo, todos os requisitos aplicáveis a uma Resposta Social, independentemente da natureza jurídica do estabelecimento.

Para apoiar na implementação deste Modelo, foram desenvolvidos alguns Instrumentos aplicáveis a cada Resposta Social, nomeadamente, o Manual de Processos-chave e Questionários de Avaliação da Satisfação dirigidos a clientes, colaboradores e parceiros.

### 3.2. Evolução da rede de equipamentos sociais de apoio à dependência<sup>12</sup> (2000-2007)

Da evolução histórica da rede de equipamentos para idosos conclui-se que, na última década, tem-se dado especial ênfase a uma política social que privilegie a manutenção da pessoa idosa no domicílio. Esta constatação é tanto mais evidente se compararmos os dados referentes ao número de equipamentos sociais de apoio a idosos, com especial destaque para o centro de dia, convívio e serviços de apoio domiciliário.

Em 2000, a menor taxa de utilização verifica-se em relação ao centro de dia e de convívio, contrariamente aos lares não lucrativos que revelam uma taxa de utilização superior a 95%.

#### Quadro nº 2 – Capacidade e taxa de utilização dos equipamentos sociais para idosos (2000)

Respostas sociais	Capacidade	Utilização	Taxa de Utilização
Apoio domiciliário	38.022	–	90
Centro de convívio	29.670	25.315	85,3
Centro de dia	46.263	36.328	78,5
Lar não lucrativo	42.736	40.995	95,9
Lar lucrativo	7.198	6.134	85,2

Fonte: Carta social/Rede de Serviços e Equipamentos, Departamento de Estudos, Estatística e Planeamento do Ministério da Segurança Social e do trabalho (2000)

A valorização de respostas sociais que privilegiem a manutenção da pessoa idosa no seio da sua comunidade tem sido uma tendência constante na última década. Segundo a UNIFAI (2007)<sup>13</sup>, e de acordo com a taxa de utilização<sup>14</sup> dos equipamentos calculados para a

<sup>12</sup> Aqui foram considerados os equipamentos sociais para idosos e as respostas da rede integrada de cuidados continuados.

<sup>13</sup> A UNIFAI (Unidade de investigação e formação sobre adultos e idosos) procedeu a um levantamento de todos os equipamentos sociais de apoio a idosos no território continental, extraídos da base de dados da Carta Social ([www.dgeep.mtsss.gov.pt](http://www.dgeep.mtsss.gov.pt)), a partir dos quais foram calculados indicadores como a proporção dos muito idosos no total de idosos residentes; as taxas de ocupação e de utilização dos centros de dia, SAD e lares de idosos e, por último, o rácio utilização-capacidade desses equipamentos.

população idosa, são, maioritariamente, as pessoas com idade igual ou superior a 85 anos os principais utilizadores destes equipamentos, em maior proporção nos serviços de apoio domiciliário e nos lares de idosos. De acordo com a taxa de capacidade<sup>15</sup>, o lar apresenta um maior deficit entre o número de vagas disponíveis, comparativamente ao centro de dia que apresenta o maior número de vagas, seguida dos serviços de apoio domiciliário.

### Quadro nº 3 – Rede de serviços e equipamentos para Pessoas Idosas

Equipamentos	Valores absolutos	Capacidade	Utentes	Nº de vagas*
Serviço de apoio domiciliário	2.305	79.861	71.663	8.198
Centro de Convívio	500	23.789	21.849	1.940
Centro de dia	1.882	59.504	41.157	18.347
Centro de Noite	22	309	284	25
Residência	39	1004	796	208
Lar de idosos	1.583	63.408	61.757	1.651

Fonte: \* cálculos próprios com base ISS, IP, (2007) “ *Indicadores de Gestão – Acção Social – Área do envelhecimento e Dependência*”, p.36.

A constatação de que existe um deficit em relação ao número de lugares disponíveis em lares de idosos é reconhecida com a criação, em 2006, do Programa de Alargamento da Rede Nacional de Equipamentos Sociais (PARES). Para os equipamentos de idosos prevêem-se mais 13 mil novas vagas até 2010. Como investimento são elegíveis obras de construção de raiz, ampliação e remodelação, aquisição de imóvel ou fracção e de equipamento imóvel (este último apenas na rede não lucrativa).

Outra medida emblemática deste governo é a criação da Rede Integrada de Cuidados Continuados. O Programa do XVII Governo Constitucional definiu como meta a “instauração de políticas de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde, e de políticas de segurança social que permitam: desenvolver acções mais próximas das pessoas em situação de dependência; investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial; qualificar e humanizar a prestação de cuidados; potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar

<sup>14</sup> Taxa de utilização é a divisão entre o número total de utilizadores registados no equipamento pelo número total de idosos existentes na localidade a multiplicar por 100.

<sup>15</sup> Taxa de capacidade é a divisão entre o número total de vagas existentes no equipamento pelo número total de idosos existentes na localidade a multiplicar por 100.

respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade”<sup>16</sup>.

A prestação dos cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias (art. 12º Decreto-Lei nº 101/2006).

A unidade de convalescença é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico”<sup>17</sup>.

As unidades de convalescença destinam-se a doentes dependentes por perda transitória de autonomia, como é o caso, de um doente que está numa fase de pós-operatório e/ou por doença crónica descompensada.

A unidade de média duração e reabilitação é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. Estas unidades de internamento de média duração e reabilitação destinam-se a doentes com uma doença de base aguda ou crónica, que se encontrem em fase de recuperação ou necessitem de continuação do tratamento ou de supervisão clínica continuada.

A unidade de longa duração e manutenção é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. Estas unidades destinam-se a pessoas com doenças ou processos crónicos que apresentam diferentes níveis de dependência e diversos graus de complexidade clínica e que não podem ser atendidas no domicílio por falta de apoio social, dificuldades de apoio familiar ou descanso familiar.

A Unidade de Cuidados Paliativos é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferentemente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrentes de doença severa e/ ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de

---

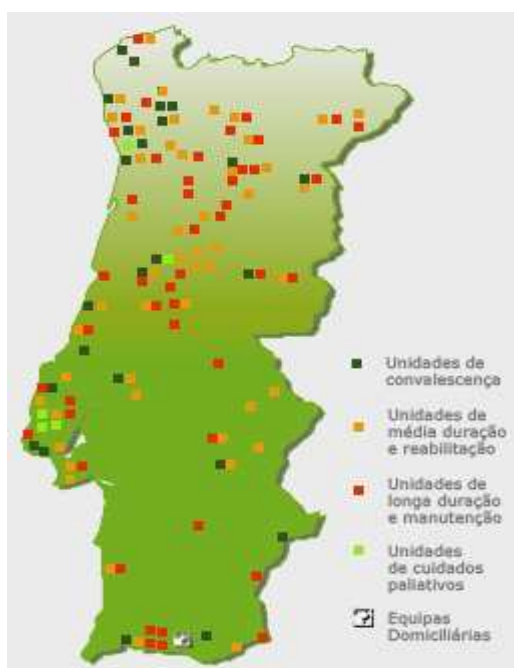
<sup>16</sup> Decreto-Lei n.º 101/2006 in Diário da republica I série A, nº109 de 6 de Junho de 2006.

<sup>17</sup> Art. 13º Decreto-Lei n.º 101/2006 in Diário da republica I série A, nº109 de 6 de Junho de 2006.

D.L. 101/2006 de 6 de Junho

Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde<sup>18</sup>. As unidades de cuidados paliativos visam acompanhar, tratar e fazer a supervisão clínica de doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrente de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva.

Segundo os dados da Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados, disponibilizados no site, existiam, em 2008, 3.419 de respostas da RNCCI, dos quais 2.769 são respostas de internamento. Entre o total de utentes referenciados 14.749, 10.037 foram assistidos em unidades de internamento. Como se conclui da figura seguinte a taxa de ocupação é quase total, praticamente em todas as regiões do país.



#### Actividade desenvolvida

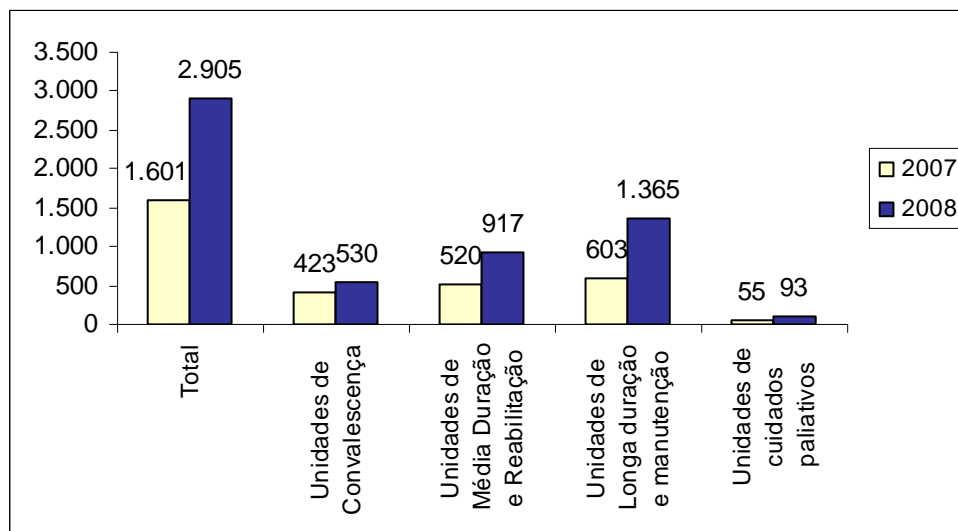
- Nº total de **respostas de internamento** em funcionamento: **2769**
- Nº total de **respostas domiciliárias** RNCCI (ECCI+ECSCP): **650**
- Nº total de **utentes referenciados**: **14.749**
- Nº total de utentes assistidos em unidades (internados+alta): **10.037**
- Taxa de ocupação:  
 NORTE **82,52%**  
 CENTRO **94,24%**  
 LVT **98,44%**  
 ALENTEJO **97,34%**  
 ALGARVE **93,48%**

Fonte: <http://www.rncci.min-saude.pt/arede.php>

No âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, foram estabelecidos, em 2007, 66 acordos com instituições particulares de solidariedade social, dos quais 42 com a União das Misericórdias Portuguesas, o Serviço Nacional de Saúde (10) e entidades privadas (2). Da celebração dos acordos resultaram a criação de 1.601 camas, com maior preponderância para as unidades de longa duração e manutenção (603), unidades de média duração e reabilitação (520) e unidades de convalescência (423)<sup>19</sup>. Em 2008, existiu um aumento significativo do número de camas (2.905), sobretudo nas unidades de longa duração e manutenção, sofrendo um aumento para o dobro, seguida das unidades de média duração e reabilitação.

<sup>18</sup> Cf. <http://www.rncci.min-saude.pt/internamento.php>

**Gráfico nº 1 – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2007 - 2008<sup>20</sup>) – camas**



Fonte: ISS, IP, (2007) “ *Indicadores de Gestão – Acção Social – Área do envelhecimento e Dependência*”, p.43.

Segundo um inquérito de satisfação aos utentes das unidades de cuidados continuados integrados, promovido pela unidade de Missão da Rede de Cuidados Continuados, em 2008, conclui-se que num total de 432 utentes<sup>21</sup>, os actuais utentes da rede possuíam idade média de 71 anos e mais de metade eram mulheres. Trata-se de uma população pouco escolarizada, casada ou viúva. Este mesmo estudo revelou que a amostra se repartia de forma equilibrada pelos três tipos de cuidados; convalescença (39,3%), longa duração e manutenção (29,9%) e média duração e reabilitação (27,9%). Os cuidados paliativos apresentam uma fraca expressão, com apenas 2,9% do total de inquiridos.

Estes utentes foram, maioritariamente, referenciados pelo hospital (92,3%) e pensam voltar ao domicílio quando saírem da unidade (61,1%). A avaliação efectuada pelos utentes é muito boa, quer relativamente aos cuidados de saúde ministrados, aos cuidados de reabilitação e de apoio pessoal.

Um elemento importante a realçar é o financiamento directo às famílias, que está a ser já implementado nas unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Segundo o art.47º do nº 4 do Decreto-Lei n.º 1001/2006, que cria a RNCCI, refere que “a utilização das unidades de internamento de média duração e reabilitação e longa

<sup>19</sup> Cf. <http://www.rncci.min-saude.pt/RNCCI>

<sup>20</sup> Em 2008, dados referentes a camas distribuídas por 155 unidades de internamento.

duração e manutenção e das unidades de dia e de promoção da autonomia e equipas de cuidados continuados da Rede é comparticipada pela pessoa em situação de dependência em função do seu rendimento ou do seu agregado familiar”.

Na definição do modelo de financiamento da Rede, a Portaria n.º 1087-A/2007 vem fixar os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e ambulatório da Rede, na qual se sublinha o disposto no n.º 9.

**Quadro n.º 4 – Tabela de preços**

(euros)

<b>Designação</b>	<b>Encargos com os cuidados e saúde (utente/dia)</b>	<b>Encargos com cuidados de apoio social (utente/dia)</b>	<b>Total</b>
<b>I – Diárias de internamento por utente</b>			
1. Unidade de convalescença	85	-	85
2. Unidade de cuidados paliativos	85	-	85
3. Unidade de média duração e reabilitação	52,38	18,62	71
4. Unidade de longa duração e manutenção	17,49	28,51	46
<b>II – diárias de ambulatório por utente</b>			
1. Unidade de dia e de promoção da autonomia	9	-	9

Fonte: Anexo II, Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de Setembro p. 6320 - (5)

O Despacho Normativo n.º 34/2007 define os termos e as condições em que a segurança social comparticipa os utentes pelos encargos decorrentes da prestação dos cuidados de apoio social nas unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção da RNCCI.

A comparticipação da segurança social tem lugar sempre que o valor a pagar pelo utente, não assegure a totalidade dos encargos com a prestação dos cuidados de apoio social, nas unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção. Refira-se que o art. 3º do mesmo despacho refere que “a comparticipação da segurança social devida ao

<sup>21</sup> Das 432 respostas, 244 são utentes da rede e 188 de antigos utentes. Cf. Giesta/ISCTE e Best Salus, “Resultados dos Inquéritos de satisfação aos utentes das unidades de cuidados continuados integrados in <http://www.rncci.min-saude.pt/RNCCI>.”

utente é transferida directamente para a instituição suporte da respectiva unidade pelos serviços competentes do ISSS; I.P.”, o que significa que é a entidade gestora quem medeia o valor de participação com o utente.

Os sinais positivos que a implementação deste modelo de financiamento tem suscitado na RNCCI, como boa prática, poderá servir de referencial para outras respostas sociais.

Em seguida, iremos apresentar quais os programas e o modelo de financiamento existente no âmbito da Cooperação para os serviços de apoio domiciliário.

### **3.3. Serviços de Apoio Domiciliário: programas e modelos de financiamentos**

A valorização de uma política de manutenção da pessoa idosa no domicílio tem sido uma tendência mais ou menos constante na última década. Em 1994 surge o Programa de Apoio Integrado a Idosos<sup>22</sup> (PAII), promovido conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Segurança Social. Este programa tinha um conjunto de 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 que assegurar cuidados e acompanhamento adequados a familiares, que se encontrem em situação de dependência, nomeadamente a 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 intergeracional, bem como para a criação de postos de trabalho.

O SAD visa a manutenção da pessoa idosa no seu ambiente, junto dos seus familiares, vizinhos e amigos. Tem como objectivos específicos:

- melhorar o conhecimento sobre as necessidades e expectativas das pessoas idosas;
- prestar apoio social e cuidados de saúde integrados no domicílio;
- alargar e inovar os serviços existentes;
- alargar a cobertura do apoio existente e adaptar as suas modalidades às necessidades, incluindo o horário até às 24 horas;
- melhorar o acesso aos recursos da comunidade;
- promover a participação activa e responsável dos actores envolvidos.

---

<sup>22</sup> O PAII foi criado pelo Despacho Conjunto do Ministério da Saúde e do Emprego e da Segurança Social publicado no Diário da República n.º 166 de 20 de Julho de 1994.

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 da Segurança Social.

A avaliação de impacte<sup>23</sup> realizada em 2005 visou recolher um conjunto de informações sobre o processo de estruturação e desenvolvimento dos projectos de serviços de apoio domiciliário, no âmbito do Programa de Apoio Integrado a Idosos, bem como identificar os níveis de cumprimento dos seus objectivos, a forma de utilização dos meios activados, até aos resultados obtidos em sequência dos processos de implementação dos serviços.

Da análise dos dados ressaltaram um conjunto de constrangimentos, que iremos sinteticamente apresentar:

- O número de pessoas abrangidas pelo SAD acaba por ser preferencialmente feita em regime diurno em detrimento do nocturno e ao fim-de-semana/ feriados. A justificação para a não existência destes serviços de uma forma integrada e permanente deve-se aos avultados custos financeiros que comportam ter um serviço permanente (24h), sobretudo ao nível dos recursos humanos.
- Um dos princípios em que se alicerçam os serviços de apoio domiciliário é a articulação entre os diferentes parceiros existentes na comunidade local, privilegiando também a participação das próprias pessoas idosas, incentivando o trabalho multidisciplinar, sustentado em processos de diagnóstico, acompanhamento e avaliação contínua. Este estudo revelou ainda deficiências ao nível da formalização dos diagnósticos: diminuta participação da população no diagnóstico social; o diagnóstico social e de saúde é efectuado de forma isolada contrariando o princípio inerente às parcerias;
- Detectaram-se também constrangimentos ao nível da execução de acções planeadas. A não execução das acções planeadas deveu-se à não colaboração de alguns parceiros existentes nas comunidades locais, justificada pela falta de tempo, indisponibilidade derivada da sobrecarga de alguns parceiros pela dispersão da intervenção. A não execução e responsabilização dos parceiros deveu-se também ao facto de não ter existido uma clarificação prévia das tarefas e competências atribuídas a cada actor social. Para além disso, o processo decisório nem sempre se fez de forma descentralizada, e para alguns as decisões foram polarizadas exclusivamente numa entidade. Esta centralização é justificada pela necessidade de existir um elemento unificador em termos de gestão e financiamento do próprio projecto. A necessidade de

---

<sup>23</sup> O objectivo da avaliação era o de analisar os resultados intermédios de todos os projectos de serviços de apoio domiciliário, no âmbito do PAII, com idade igual ou superior a 2 anos que tivessem concluído a sua execução até Dezembro de 2001. O questionário foi enviado à totalidade das entidades promotoras (76) e obtiveram-se 48 respostas, à data de Julho de 2004.



um elemento aglutinador e unificador em termos de liderança, bem como a valorização da autonomia institucional de cada parceiro, contradiz a desmobilização, o desinvestimento e a participação de alguns intervenientes.

- Apesar do reconhecimento da importância da parceria esta avaliação revelou ainda a dificuldade de implementação das redes locais de parceiros, atendendo frequentemente à difícil mobilização das instituições e à escassez de recursos (humanos, financeiros e temporais) existentes em determinados contextos locais.
- Outro dos constrangimentos identificados é a ausência de colaboração das equipas de saúde na deslocação ao domicílio, constituindo um real problema em populações em situação de grande vulnerabilidade física;
- Falta de uniformização de procedimentos em termos de constituição do processo de admissão dos utentes, o que conduz a situações anómalas tais como, a inexistência de um plano sustentado de cuidados que privilegie os aspectos individuais e alvo de avaliação periódica, com o objectivo da elaboração de planos de melhoria; bem como ao nível dos serviços, tendo em consideração os aspectos processuais fundamentais para a implementação futura de sistemas de gestão da qualidade. Nesse sentido, melhorar os processos de avaliação como meio para envolver os actores, como proporcionar mais e melhores condições para a contratação de pessoal, devendo a formação constituir um critério obrigatório para o exercício de funções exigíveis num serviço de apoio domiciliário centrado nas pessoas e que se pretende de qualidade.

Em 2006 é criado o Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES)<sup>24</sup>, que visa o alargamento da rede de equipamentos sociais, traduzindo-se na criação de novos lugares em respostas sociais essenciais para a promoção do bem estar e para a melhoria das condições de vida das pessoas e famílias.

O Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES) aposta e assenta numa estratégia de parceria (com as IPSS) e de incentivo ao investimento privado. Um dos objectivos do PARES é “a permanência de idosos em suas casas, com maior autonomia e mais qualidade de vida (cada vez mais a resposta ideal para idosos), justifica a importância e dimensão desta área de investimento, aumentando o número de lugares em Centros de Dia e reforçando significativamente os Serviços de Apoio Domiciliário”<sup>25</sup>.

Para a área dos idosos foram definidas como metas uma taxa de cobertura de 10% quer para os lares de idosos (em 2006 situava-se nos 8,2%), quer para os serviços de apoio domiciliário.

#### **Quadro nº 5 – Metas 2006-2009 do Programa PARES**

---

<sup>24</sup> Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social in Portaria nº 426/2006 de 2 de Maio.

<sup>25</sup> <http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT>

<b>Respostas</b>	<b>Metas</b>
Creches	+ 50%
Centros de Actividades Ocupacionais (CAO)	+ 10%
Lares Residenciais	+ 17,5%
Serviços de Apoio Domiciliário a Pessoas com Deficiência	+ 30%
Centros de Dia	+ 10%
Lares de Idosos	+ 10%
Serviços de Apoio Domiciliário a Idosos	+ 10%

Fonte: [www.portugal.gov.pt/Portal/PT](http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT)

Para além dos programas estatais de incentivo à criação de mais serviços de apoio domiciliário no território nacional (como foi o caso do PAII), o processo de financiamento das respostas sociais passa pela comparticipação da Segurança Social às IPSS, definida nos Protocolos de Cooperação e consubstanciada nos respectivos acordos de Cooperação (não visível ao utente).

É celebrado anualmente um protocolo de cooperação entre o Ministério que tutela a Segurança Social e as três Uniões representativas das Instituições de Solidariedade Social<sup>26</sup>. Este protocolo de cooperação tem por objectivo fixar os valores de comparticipação financeira da segurança social relativamente ao custo das respostas sociais, de acordo com a norma XXII, nº 2 e 4, do Despacho Normativo nº 75/92, de 20 de Abril.

Nos acordos típicos, as regras de financiamento estipulam um valor de comparticipação por utente/mês pré-definido<sup>27</sup>. O valor da comparticipação financeira para o serviço de apoio domiciliário pressupõe a prestação de serviços considerados indispensáveis à satisfação das

<sup>26</sup> União das Misericórdias Portuguesas (UMP), A Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade e a União das Mutualidades Portuguesas.

<sup>27</sup> Os acordos de Cooperação definem o número máximo de utentes abrangidos pelo acordo e o valor da comparticipação da SS por utente/mês (o valor da comparticipação da SS traduz-se em 80% do que se consideram ser os custos técnicos médios de funcionamento da resposta social).

Mensalmente, a IPSS envia para o respectivo Centro Distrital (CDist) da SS uma lista de frequências dos utentes e o Centro Distrital procede à sua validação (de acordo com a Circular nº 6).

Com base na lista mensal de frequências, o CDist apura o valor a pagar à IPSS e efectua o respectivo pagamento (sempre que as frequências constantes na lista sejam inferiores às estabelecidas nos acordos, a SS procede à diminuição do valor a pagar de acordo com a responsabilidade desta diminuição - do valor total, quando a

necessidades básicas das pessoas, respeitantes a alimentação, higiene pessoal e habitacional e tratamento de roupas.

Em 2006, a comparticipação da Segurança Social às instituições era de 217,81€. Este valor pode ser acrescido até 50% do valor estabelecido, desde que integre a prestação de outros serviços para além dos básicos, ou ser prestado para além dos dias úteis semanais.

O outro circuito de financiamento é a comparticipação familiar, isto é, os valores pagos pelo utentes/famílias às IPSS (visível ao utente) e cujos moldes se encontram definidos, ainda que de forma não vinculativa, na Circular nº 3 da SS<sup>28</sup>.

A comparticipação familiar devida à utilização de serviços de apoio domiciliário é determinada pela aplicação da percentagem de 50% sobre o rendimento “per capita” do agregado familiar”. Esta comparticipação corresponde à prestação de serviços normalmente indispensáveis à satisfação de necessidades básicas, designadamente alimentação, incluindo uma refeição principal, higiene pessoal, higiene habitacional e tratamento de roupas. A não prestação de alguns destes serviços implica uma redução da comparticipação familiar determinada em função da diminuição do custo global do apoio domiciliário”. A prestação de outros serviços para além dos básicos poderá implicar um acréscimo da comparticipação familiar, podendo esta atingir até 60% do rendimento “per capita” do agregado familiar<sup>29</sup>.

“Nos casos em que o apoio domiciliário não corresponda à prestação de serviços (considerados básicos), o valor da comparticipação financeira pode variar nas condições e termos seguintes:

1. Até mais de 50% se integrar outros serviços ou se é prestado para além dos dias úteis semanais;
2. Até menos de 50% se não contemplar integralmente algum ou alguns dos serviços indispensáveis à satisfação das necessidades básicas das pessoas”<sup>30</sup>.

Em 2008, o valor estipulado para o serviço de apoio domiciliário aumentou para 230, 17€.

---

responsabilidade é da IPSS e de 50% quando a responsabilidade não é da IPSS). Cf. Apresentação pela Accenture ao ISS “Alargamento do modelo de financiamento directo às famílias a outras respostas sociais”, p. 20.

<sup>28</sup> Assumindo um paralelismo entre o custo técnico estimado e o custo real, o valor da comparticipação da SS não cobrirá a totalidade dos custos da IPSS (mas sim cerca de 80% dos custos técnicos estimados), pelo que a IPSS, para cobrir os restantes custos, deverá angariar outras receitas, destacando-se de entre estas as comparticipações familiares (valores pagos pelo utente). Assim, adicionalmente ao valor da comparticipação da SS (estabelecido no Acordo de Cooperação) e que actualmente não é visível ao utente, a IPSS cobra mensalmente um valor ao utente (comparticipação familiar). Este valor é apurado/calculado pela IPSS quando o utente (ou a Segurança Social em sua representação) a contacta para inscrição e, à partida, com base nas orientações emanadas pela SS através na Circular nº 3, ainda que esta não tenha um carácter vinculativo.

A comparticipação familiar, de acordo com a Circular nº 3, não poderá exceder o custo médio real do utente verificado no equipamento/serviço que utiliza, e deverá ser determinada de forma proporcional ao rendimento do agregado familiar. Cf. Apresentação pela ACCENTURE ao ISS “Alargamento do modelo de financiamento directo às famílias a outras respostas sociais”, p. 23.

<sup>29</sup> Circular nº 3 de 2 de Maio de 1997 (DGSS), capítulo IV.

<sup>30</sup> Ministério do Trabalho e da solidariedade Social, Portaria nº 881/2007 de 8 de Agosto

Como se pode observar através da tabela nº o número de IPSS com a resposta social de SAD aumentou muito pouco nos últimos três, tal como o número total de utentes abrangidos, com uma ligeira quebra em 2006.

**Quadro nº 6 – Número de IPSS com resposta social de serviço de apoio domiciliário e o nº total de utentes (2005-2007)**

	2005		2006		2007
<b>Nº instituições</b>	1.824	-47	1.871	28	1.899
<b>Nº Utentes</b>	46.084	-415	45.669	1.347	47.016

Fonte: Instituto da Segurança Social, Departamento de Gestão financeira

Em 2007, o apoio domiciliário é a resposta social com maior número de utentes apoiados (47.016), correspondendo a cerca de 20,62% do financiamento total concedido às valências com acordo típicos. No entanto, nos últimos três tem-se verificado um aumento significativo em termos de transferências financeiras para acordos típicos na resposta social SAD.

**Quadro nº 7 – Transferência/execução financeira para acordo típico na resposta social SAD**

<b>2005</b>	126.030.600,55	31,5
<b>2006</b>	132.200.890,43	33,0
<b>2007</b>	141.778.565,83	35,4
<b>Total geral</b>	400.010.056,81	100

Fonte: Instituto da Segurança Social, Departamento de Gestão financeira

**3.4. Custos reais das respostas sociais desenvolvidas pelo sector solidário: o caso dos serviços de apoio domiciliário**

O estudo desenvolvido, em 2006, pelo Departamento de Planeamento e Sistemas de Informação – Custos reais das respostas sociais desenvolvidas pelo sector solidário – teve como objectivo aprofundar os conhecimentos sobre a realidade financeira das IPSS no que

toca à gestão dos equipamentos sociais. O referido estudo ao pretender avaliar os custos por utente, baseou-se nas informações financeiras apresentadas pelas instituições ao ISS, IP.

Este estudo partiu da análise de 12 respostas sociais tipificadas por protocolos, tendo sido considerados 7.360 registos, distribuídos por quatro grandes grupos de respostas sociais: infância e juventude; pessoas com deficiências, idosos e outras, nas quais se incluíam os serviços de apoio domiciliário. Nesta última resposta social foram abrangidos 1.499 registos.

Comparando os custos operacionais nas várias respostas sociais para idosos, o centro de convívio era a resposta que apresentava, em 2003, o menor custo operacional mensal por utente (61,79€) enquanto que o lar de idosos registava o valor mais elevado, 647,15€.

No caso da resposta serviço de apoio domiciliário, o custo por utente mês apresentava em média um valor de 251,57€ (custo operacional) no total de 1.499 demonstrações de resultados analisados.

Com excepção para os lares de idosos, o valor da comparticipação mensal da Segurança Social é superior à comparticipação dos utentes. No caso do SAD, a comparticipação é de 191,28€, para uma comparticipação dos utentes de 73,58€. Com excepção para o serviço de apoio domiciliário, este estudo demonstrou que as comparticipações médias são insuficientes para fazer face aos custos operacionais médios suportados pelas instituições. Como refere este mesmo estudo: “no serviço de apoio domiciliário as comparticipações médias superam os custos médios em cerca de 5%, apontando para a hipótese de existirem alguns custos desta valência que poderão estar a ser imputados a outras valências que existem frequentemente associados aos SAD, tais como, os Centros de dia ou os lares de idosos, verificando-se assim uma subestimação de custos associados” (ISS, 2006:56).

Se compararmos os custos operacionais (251,6€) com o total de proveitos operacionais (282,9€), conclui-se que existe uma vantagem a favor das instituições em 31,3€.

**Quadro nº 8 – Custo médio operacional e comparticipações médias dos utentes e da Segurança social (2006)**

Idosos	Custo operacional	Comparticipação dos utentes	Comparticipação da segurança social
Lar de idosos	647,15€	313,56€	274,85€
Centro de dia	209,17€	71,02€	79,71€
Centro de convívio	61,79€	6,36€	37,87€
Serviço de Apoio domiciliário	251,57€	73,58€	191,238€

Fonte: ISS, IP, Departamento de Planeamento e Sistemas de Informação (2006), “Custos reais das respostas sociais desenvolvidas pelo sector solidário”, p.155

De acordo com os dados do quadro nº 8 conclui-se que os maiores custos se verificam com o pessoal (129,4€), seguido dos custos com alimentação (53,0€), fornecimento/ serviços externos (46,4€) e amortizações (20,3€).

**Quadro nº 9 – Estatísticas descritivas para o SAD (€)**

<b>Indicador mês/utente</b>	<b>Média</b>	<b>Média Erro padrão</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desvio padrão</b>
Nº utentes	27,6	0,5	24,0	20,7
Comparticipação da SS	191,3	1,3	197,3	50,5
Comparticipação familiar	78,4	1,3	70,0	51,1
Matriculas e mensalidades	73,6	1,3	65,8	51,9
Custos com alimentação	53,0	0,9	49,0	35,3
Custos com pessoal	129,4	1,6	124,0	61,8
<b>Custo operacional</b>	<b>251,6</b>	<b>2,6</b>	<b>239,3</b>	<b>102,3</b>

Fonte: ISS, IP, Departamento de Planeamento e Sistemas de Informação (2006), “*Custos reais das respostas sociais desenvolvidas pelo sector solidário*”, p.155

### **3.5. A população abrangida pelos serviços de apoio domiciliário: o caso do PAII**

Uma fonte de dados que nos possibilita ter um retrato social da população que acede aos serviços de apoio domiciliário, em Portugal, é através dos relatórios de actividades do Programa de Apoio Integrado a Idosos.

A caracterização sociográfica da população que acede aos serviços de apoio domiciliário vai ao encontro de duas tendências em termos demográficos: a feminização do envelhecimento e o aumento do número de grandes idosos, engrossado pelo número de pessoas com idade superior a 80 anos. Ainda que exista uma preponderância das mulheres entre a população abrangida, denota-se um progressivo aumento da população masculina.

A população que acede aos serviços de apoio domiciliário tem idade média de 76 anos para as mulheres e 73 anos para os homens (PAII, 2003, 2004). Estamos perante uma população

maioritariamente, em situação de dependência,<sup>31</sup> que necessita de apoios de terceiras pessoas para executar as actividades da vida diária. Para mais de metade da população, independentemente do sexo, o desenvolvimento das actividades da vida diária depende totalmente de uma terceira pessoa, no apoio em actividades de higiene pessoal, medicação, alimentação, mobilidade, entre outras, de forma sistemática e permanente (PAII, 2003: 21).

Em ambos os sexos prevalecem os indivíduos parcialmente dependentes a necessitarem de pequenas ajudas nas actividades pessoais e instrumentais da vida diária (vestir/despir ou actividades de acompanhamento (ir às compras, ao médico).

Muitos destes idosos recebem apoio de outros prestadores familiares, vivendo a maioria em coabitação familiar. Contudo, independentemente do sexo, ainda existe uma proporção de homens e mulheres que vivendo isoladamente se debatem com níveis consideráveis de incapacidade. Idosos a viverem sós e muito dependentes foi o que revelou o relatório de actividades de 2005. Dos 342 idosos a receber serviços de apoio domiciliário, 146 vivem sós, 98 em família e todos em situação de dependência parcial (PAII, 2005:41).

Os apoios mais solicitados são os de apoio social (higiene pessoal e habitacional, alimentação e tratamento de roupas,) enquanto que os cuidados de saúde mais comuns são a enfermagem, a reabilitação e o apoio psicossocial.

Ainda que a população abrangida pelos serviços de apoio domiciliário seja uma população com bastante idade e em situação de grande dependência, os serviços que foram criados, no âmbito do Programa de Apoio Integrado a Idosos, revelam uma forte componente social pela predominância das actividades de higiene e conforto. Quando necessários, os cuidados de saúde são, maioritariamente, protagonizados pelo pessoal de enfermagem.

Esta caracterização social leva-nos a concluir que pensar somente os serviços de apoio domiciliário a partir de uma abordagem exclusivamente social, contraria em muito as necessidades identificadas ao longo dos vários relatórios de actividades do PAII (1999-2005), ao evidenciar a importância da articulação entre apoio social e cuidados de saúde (médicos e de enfermagem).

Como se refere no relatório de 2001: “apesar da presença da saúde nos SAD, através de cuidados de enfermagem e médicos, ser uma realidade traduzida em parcerias efectivas e maiores acessibilidades conseguidas, estas acabam muitas vezes por depender da maior ou menor afinidade que se cria entre os actores existentes localmente, sem existir, no entanto, na

---

<sup>31</sup> Consideram-se em situação de dependência os pensionistas que não possam praticar com autonomia os actos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, nomeadamente os relativos à realização dos serviços domésticos, à locomoção e cuidados de higiene, precisando da assistência de outrem. Para atribuição do complemento e determinação do respectivo montante consideram-se os seguintes graus de dependência: 1.º grau – pessoas que não possam praticar, com autonomia, os actos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana: actos relativos à alimentação ou locomoção ou cuidados de higiene pessoal; 2.º grau – pessoas que acumulem as situações de dependência que caracterizam o 1.º grau e se encontrem acamados ou apresentem quadros de demência grave. Cf. Decreto-Lei n.º 265/99, de 14 de Julho e Decreto-Lei n.º 309-A/2000, de 30 de Novembro.

sua acção um carácter sistemático, permanente de prestação de cuidados e de supervisão. Ao invés, esta surge muitas vezes como uma acção pontual, activada somente em casos de emergência. Pensamos que, por estas razões, a articulação entre social e saúde/reabilitação vai exigir um maior reforço e uma melhor consolidação das parcerias. Sem este entrecruzar de competências não é possível termos serviços de apoio domiciliário modernizados, exigentes, diversificados nos seus serviços e nos recursos humanos, que respondam de forma eficaz, global e harmoniosa às necessidades individuais das pessoas, em situação de dependência.

Além disso, devido às crescentes necessidades que se vislumbram em termos de procura de serviços, a resposta do serviço de apoio domiciliário torna-se, por vezes, desajustada não só pela insuficiência e pouca diversidade dos serviços, como pelas evidentes insuficiências em termos de funcionamento (a maioria possui apenas serviços nos dias úteis da semana), como pelos deficits em termos formativos das ajudantes familiares. Esta última deficiência é mencionada também por alguns relatórios do PAII (2001 – 2004), quando se referencia o papel das ajudantes familiares, constituindo quase sempre a pedra angular dos SAD, pessoas pouco qualificadas e quase sempre mal remuneradas, reforçando mais uma vez a lógica excessivamente social que se imprime à maioria dos serviços de apoio domiciliário em Portugal, reduzidos praticamente às actividades de âmbito pessoal e instrumental.

As questões de ordem familiar, com a inexistência de uma rede familiar que possa ter um papel complementar ao apoio formal, a precária qualidade das habitações e ainda as questões de ordem financeira, com os custos com a doença, são alguns dos constrangimentos diagnosticados nos actuais serviços de apoio domiciliário (Cadete, 2007).

Como refere Cadete (2007), “quando se verificam situações de descompensação do estado de saúde, estas podem determinar a institucionalização da pessoa em estruturas hospitalares ou da segurança social, mas muitas vezes, os problemas poderiam ser resolvidos no âmbito da intervenção na comunidade, em particular pelo recurso a respostas de cariz comunitário, como o serviço de apoio domiciliário, desde que este serviço estivesse estruturado e organizado, de forma a poder responder à diversidade de situações, que solicitam a sua intervenção” (p.2).

Assim, repensar a lógica de funcionamento dos actuais serviços de apoio domiciliário, assentes na diversidade da oferta, que não se reduzam a uma lógica exclusivamente social, bem como a promoção de um modelo de financiamento múltiplo que preconize a liberdade de escolha dos serviços no mercado social, privado ou das IPSS, será uma forma de ultrapassar o modelo vigente.

O financiamento directo às instituições públicas e/ou às famílias, são duas modalidades de financiamento, possíveis e complementares, em alguns países europeus, como podemos analisar no próximo capítulo.



#### **4. O sistema dos serviços de apoio domiciliário - a realidade europeia**

Quando se analisa os diferentes sistemas de provisão dos serviços de apoio domiciliário em vários países europeus, conclui-se que existe uma heterogeneidade de sistemas e práticas de serviços:

- Serviços que estão descentralizados pelas regiões e são organizados por organismos de âmbito local. Neste modelo existem os serviços que são gratuitos como é o caso da Suécia e Dinamarca. Temos também o caso de países em que os serviços prestados variam em função da natureza das necessidades, do enquadramento social e familiar, no qual o montante é calculado em função do rendimento;
- Outros países têm criado prestações específicas para a dependência. Nestas prestações estão contemplados apoios que permitem o pagamento de serviços domiciliário e de saúde. É o caso de Espanha, Bélgica, França, este último país, com o abono personalizado de autonomia (APA) e da Alemanha com o seguro de dependência (ramo da Segurança Social). Este seguro de dependência, é atribuído de acordo com três níveis de dependência que variam em função da intensidade das necessidades de assistência e da duração da ajuda, traduzida em minutos e horas. O nível 1 abrange as pessoas que têm necessidade de ajuda em, pelo menos, duas actividades (higiene, alimentação e mobilidade), uma vez por dia e várias vezes por semana nas tarefas domésticas. Em média, são quantificados 90 minutos para estes cuidados. O nível 2 contempla as pessoas que requerem ajuda, pelo menos, três vezes por dia, a horas diferentes do dia, nas actividades da vida diária (higiene, alimentação e mobilidade) e nas tarefas domésticas. Em média, para os cuidados, são necessárias 3 horas. O nível 3 abrange as pessoas que requerem ajuda, 24 sob 24 horas, incluindo a noite e que necessitam de ajuda, várias vezes por semana, em todas as actividades da vida diária. Em média, são estimadas 5 horas de cuidados. (Klie, 2002:158). Quer a APA, quer o seguro de dependência a sua atribuição depende de uma avaliação efectuada por uma equipa médico-social, que estabelece um plano de necessidades e de cuidados, incluindo serviços de apoio domiciliário de âmbito social e de saúde;
- Existem ainda países como Itália com programas regionais que oferecem serviços de apoio domiciliário e, paralelamente, atribuem subsídios mensais de assistência, incluindo cuidados de apoio social e de saúde. Noutros países, os apoios financeiros são atribuídos à hora (temos o exemplo do Luxemburgo) ou somente em cuidados de enfermagem, a pessoas em situação de grande dependência (Bélgica).
- Outros países têm desenvolvido sistemas mistos, contemplado sistemas de financiamento directo aos beneficiários. É o caso de França com o CESU – cheque de emprego. Este constitui um meio de pagamento que permite pagar os serviços usufruídos pelas pessoas, em situação de dependência, a viverem no domicílio. O

montante estipulado no âmbito do CESU inclui serviços como, a preparação e distribuição de refeições, lavandaria, apoio pessoal (com exclusão para os cuidados médicos), companhia, ajuda no transporte, compras, cuidados de estética e assistência administrativa no domicílio.

- Temos também o exemplo Inglês, com um sistema de serviços organizado pelas autoridades locais. O pagamento directo é um sistema facultativo aos serviços de âmbito local, que é pago pelas autoridades locais e dirige-se a todas as pessoas que necessitam de apoio social e que pretendam organizar ou pagar os seus próprios cuidados ao invés de receber directamente os serviços provenientes da comunidade local.
- O caso de Espanha parece-nos interessante pelo modelo de financiamento que está a ser implementado em algumas regiões. Não existe um financiamento directo às instituições, mas são lançados anualmente concursos públicos, aos quais as entidades lucrativas e não lucrativas se candidatam, mediante um caderno de encargo, devidamente especificado, para os serviços de apoio pessoal, alimentação e lavandaria prestados no domicílio. Nas actividades de âmbito pessoal, podem concorrer também profissionais, devidamente qualificados, para a prestação de serviços. Existe uma estreita articulação entre o Ministério do Emprego e dos Assuntos Sociais, dado que se privilegia grupos de risco, desempregados de longa duração, imigrantes, de forma a fomentar o emprego como a valorizar serviços socialmente úteis.

**Quadro nº 10 – Síntese dos sistemas de provisão dos serviços de apoio domiciliário na Europa**

	<b>Política</b>	<b>Objecto</b>	<b>Aplicação</b>	<b>Montante</b>	<b>Serviços</b>	<b>Fonte</b>
<b>França</b>	<b>CESU</b> – cheque emprego - serviço universal	É um meio de pagamento que permite remunerar os serviços usufruídos pelas pessoas. Este é endereçado ao nome do beneficiário e fixado um valor pré-definido.	Organismos e estabelecimentos habilitados pela Agence nationale des services à la personne (ANSP).	O máximo é fixado em 99,99 euros	Preparação e distribuição de refeições Lavandaria Apoio pessoal (com exclusão dos cuidados médicos) Companhia Ajuda no transporte Compras Cuidados de estética às pessoas dependentes no domicilio Assistência administrativa no domicilio	<a href="http://www.travail.gouv.fr/">http://www.travail.gouv.fr/</a>
	<b>APA</b> Abono personaliza do de	É atribuído no quadro da manutenção do domicilio e assenta sob um plano de apoio, contemplando todos	Equipa médico social responsável pela avaliação, monitorização do plano	APA financia todas as despesas incluídas no Plano (remuneração de serviços no domicilio e	<b>Manutenção no domicilio</b> Apoio diurno e nocturno no domicilio	<a href="http://www.travail.gouv.fr/">http://www.travail.gouv.fr/</a>

	<p>autonomia (&gt; 60 anos, doente ou em situação de dependência a)</p>	<p>os aspectos da situação da pessoa idosa (grau de autonomia, enquadramento familiar e social). O plano uma vez aceite pelo beneficiário, o montante das ajudas ao afigurarem no plano vão servir de base ao cálculo do subsídio.</p>		<p>ajudas técnicas) Em 2007 o montante de majoração para 3ª pessoa é de 999,83€/Mês. Os planos de ajuda são assim plafonados: Gir 1: A= 1.189,80€ Gir 2: A= 1.019,83€ Gir 3: A=764,87€ Gir 4: A= 509,91€</p>	<p>Acolhimento temporário em estabelecimento Distribuição de refeições Lavandaria Telealarme Trabalhos de adaptação da habitação Serviço de transporte e de trabalhos diversos <b><u>Ajudas técnicas</u></b> Camas articuladas, canadianas, ajudas para a incontinência</p>	
--	---	--	--	--	---	--

Espanha		<p>Existem ajudas económicas mensais para contratar o serviço no mercado privado. A prestação económica vinculada ao serviço tem carácter periódico, quando não seja possível o acesso a um serviço publico, em função do grau e nível de dependência e da capacidade económica do beneficiário, de acordo com o previsto na convenção celebrada entre a Administração geral do estado e a Comunidade autónoma</p>	<p>Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, aprovada pelo governo mediante decreto real</p>	<p>Ajuda económica mensal                  Nível 2 - 811,98 €                  Dependência severa – 450 €                  Nível 1 – 608,98 €</p> <p>Prestação mensal por cuidados no meio familiar                  Nível 2 – 506, 96 €                  Dependência severa – 328,36 €*                  Nível 1 405,99€*</p> <p>* A estas quantias há que somar 153,93 euros, soma que assume o Estado em termos de cotização à Segurança Social e Formação</p>	<p><b>Pessoais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Higiene e apoio pessoal</li> <li>Ajuda na mobilidade dentro do domicílio</li> <li>Acompanhamento da medicação e alimentação</li> </ul> <p><b>Cuidados pessoais:</b></p> <p>Mobilização e mudanças posturais (prevenção de escaras)                  Fazer a cama ao doente acamado                  Mudança de algalias                  Higiene pessoal em acamados                  Alimentação especial                  Vigilância de medicamentos                  Gestão de receitas e revisões médicas                  Domésticas                  Limpeza e arrumação no domicilio                  Lavagem de roupa                  Aquisição e preparação de alimentos                  Realização de compras</p>	<p><a href="http://www.imsero mayores.csic.es/recursos/sad/registro doc.jsp?iPos=0&amp;id =2465&amp;indId=0">http://www.imsero mayores.csic.es/recursos/sad/registro doc.jsp?iPos=0&amp;id =2465&amp;indId=0</a></p>
	ISS, I.P. – Gabinete de Planeamento/ Núcleo de Estudos e Conhecimento				p. 29/60	Utilização de electrodomésticos

<b>Inglaterra</b>	Pagamento directo	<p>O pagamento directo é pago pelas autoridades locais e é para todas as pessoas que necessitam de apoio social e que pretendem organizar ou pagar os seus próprios cuidados ao invés de receber directamente os serviços da comunidade local. É um sistema facultativo destinado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pessoas deficientes com mais de 16 anos;</li> <li>• Cuidadores de pessoas com mais de 16 anos;</li> <li>• Pessoas idosas</li> </ul>	<p>Autoridades locais (Local Council) A avaliação é feita pelos serviços departamentais do local council</p>		<p>O pagamento directo inclui o pagamento em residências temporárias ou a prestação de cuidados é feita por um cônjuge/companheiro, familiares ou amigos a viver em coabitação ou alguém que seja recrutada, mediante o aval das autoridades locais.</p> <p><b>Serviços de apoio:</b> Ajuda doméstica e compras Aquisição de equipamento e adaptações na habitação Suporte emocional Acesso a residências temporárias para o cuidador descansar ou centros de dia</p>	<p><a href="http://www.direct.gov.uk/en/index.htm">http://www.direct.gov.uk/en/index.htm</a> <a href="http://www.direct.gov.uk/en/MoneyTaxAndBenefits/BenefitsTaxCreditsAndOtherSupport/Disabledpeople/DG_10018721">http://www.direct.gov.uk/en/MoneyTaxAndBenefits/BenefitsTaxCreditsAndOtherSupport/Disabledpeople/DG_10018721</a></p>
-------------------	-------------------	---	--	--	---	--

<p style="text-align: center;"><b>Bélgica</b></p>					<p>Os cuidados de enfermagem no domicílio a pacientes muito dependentes. A participação da segurança social com os cuidados varia segundo o estado da dependência física do paciente:</p> <p><i>categoria de dependência A</i>                  €14,12 com regime preferencial                  €10, 74 sem regime preferencial</p> <p><i>categoria de dependência B:</i>                  €27,01 com regime preferencial                  €20,41 sem regime preferencial</p> <p><i>categoria de dependência C:</i>                  €37,02 com regime preferencial                  €27,92 sem regime preferencial</p>	<p>MISSOC (2004), “<i>Social Protection in the Member States of the European Union, of the European Economic Area and in Switzerland</i>”, Employment &amp; Social Affairs, European Commission.</p>
	<p>ISS, I.P. – Gabinete de Planeamento/ Núcleo de Estudos e Conhecimento</p>				<p>p. 31/60</p>	<p>preferencial</p>

Itália	Programas regionais	Programas regionais: ajudas domésticas; refeições distribuídas no domicílio, cuidados médicos e de enfermagem	Âmbito regional	Prestações em espécie: subsídio mensal para assistência (€ 200 por mês). Em geral, as prestações em espécie são acordadas segundo as necessidades.	Ajudas domésticas; refeições distribuídas no domicílio, cuidados médicos e de enfermagem	MISSOC (2004), “ <i>Social Protection in the Member States of the European Union, of the European Economic Area and in Switzerland</i> ”, Employment & Social Affairs, European Commission.
Luxemburgo		Prestações em espécie destinadas a remunerar as pessoas que não pertencem a nenhuma rede de serviços profissionais.		Valor da prestação: € 23,85 por hora.		MISSOC (2004), “ <i>Social Protection in the Member States of the European Union, of the European Economic Area and in Switzerland</i> ”, Employment & Social Affairs, European Commission.



<p style="text-align: center;"><b>Alemanha</b></p>	<p>Seguro de dependência</p>	<p>Ramo da segurança social de apoio à dependência</p>	<p>Segurança Social</p>	<p>Inclui, os <i>cuidados de apoio pessoal base e tarefas domésticas</i>:</p> <p>Grau de dependência I até € 384;</p> <p>Grau de dependência 2 até € 921;</p> <p>Grau de dependência 3 até € 1432.</p> <p>Em caso de situação de pobreza até € 1918.</p> <p>Os custos ligados aos <i>tratamentos médicos e de acompanhamento social</i> sob a forma de um valor mensal de €1432 no máximo. Este é atribuído em função de três graus de dependência:</p> <p>€ 1023 para o grau I;</p> <p>€ 1279 para o grau 2;</p> <p>€ 1432 para o grau III</p> <p>€ 1688 valor máximo para casos de pobreza.</p>	<p>Cuidados de apoio pessoal base e tarefas domésticas</p> <p>Os custos ligados aos tratamentos médicos e de acompanhamento social</p>	
--	------------------------------	--	-------------------------	---	--	--

## **5. Tipos de serviços de apoio domiciliário: resultados de um estudo empírico**

Foram contactadas cinco empresas privadas que desenvolvem serviços de apoio domiciliário há mais de 5 anos na Região de Lisboa e Vale do Tejo. A recolha de dados incidiu em quatro pontos fundamentais: a caracterização do público-alvo; a área de abrangência e os vários tipos de serviços de apoio domiciliário; os recursos humanos disponíveis face ao total de clientes abrangidos e os custos financeiros desses mesmos serviços.

Todas as empresas visitadas têm alvará e cumprem os parâmetros estabelecidos pela Segurança Social, quer em termos de instalações físicas<sup>32</sup>, quer dos recursos humanos exigíveis para o desenvolvimento da actividade com estas características: um director técnico, 1 assistente social/psicóloga ou enfermeira e ajudantes familiares.

A *Home instead* é uma empresa multinacional, possui vários pólos ao longo do país, e nos próximos cinco anos o objectivo é alargar estes serviços e criar, até 2010, no território nacional, 50 escritórios. Cada pólo tem uma equipa supervisora composta por um director técnico, assistentes sociais e enfermeiros. No total prestam apoio a 270 pessoas.

A empresa *Companhia Feliz e Assistência geriátrica domiciliária* são empresas familiares de pequena dimensão que actuam na Grande Lisboa e na linha de Sintra e Cascais.

O grupo José de Mello residências e serviços presta actualmente apoio a 50/55 pessoas no distrito de Lisboa, com maior incidência na zona da Expo, Portela, Sacavém, Lisboa e linha de Cascais.

O perfil da população abrangida é transversal a todas as empresas, uma população de idade avançada com idade média que varia entre os 70 e os 86 anos, em situação de grande vulnerabilidade física, motivada por doenças crónicas ou degenerativas como demências, doença oncológica ou AVC.

O grupo José de Mello residências e serviços dá resposta também a situações de pessoas provenientes do Hospital das Descobertas, situações de pós-operatórios que necessitam de cuidados continuados, durante 2 /3 meses, tendo em vista a recuperação.

Os serviços são prestados em função das necessidades dos clientes e estruturam-se em torno dos cuidados de higiene e conforto pessoal. Sempre que necessário, as refeições são confeccionadas no domicílio, bem como a lavagem da roupa é feita sempre no próprio

---

<sup>32</sup> Com excepção para a empresa Assistência Geriátrica domiciliária – Ana Gonçalves que irá terminar a actividade em breve devido aos elevados custos com o aluguer de um espaço físico, que rondavam os 2.500 euros mensais. A perda de alvará deve-se à ausência de um vestiário, wc para deficientes e de um gabinete técnico, parâmetros exigíveis para a atribuição do alvará.

domicílio. O apoio pessoal inclui também acompanhamento ao exterior ou, simplesmente, companhia.

A determinação do montante a ser pago resulta de um primeiro diagnóstico efectuado por uma equipa composta por pessoal de saúde e serviço social. O valor a ser pago varia em função do número de horas, como também pelo tipo de necessidades, o estado de saúde do cliente, a localização do domicílio e o tempo gasto nas deslocações.

O grupo José de Mello residências e serviços possui um sistema de avaliação do nível de dependência, física e cognitiva, a partir da qual é estabelecido o custo mensal, bem como o recurso humano a afectar<sup>33</sup>. O nível 1 são pessoas que necessitam de ligeiras ajudas, o nível 2 são pessoas em situação de incapacidade transitória, como são os pós-operatórios, até o nível 3, inclui todas as pessoas que necessitam de um apoio permanente como é o caso das demências.

As diferentes modalidades de preços incluem exclusivamente as actividades de carácter pessoal. Todos os actos médicos, de enfermagem<sup>34</sup> ou de reabilitação são pagos por acto único e não estão contemplados no custo mensal a ser pago pelo cliente.

Do levantamento efectuado sobre os preços existentes no mercado privado, no âmbito dos serviços de apoio domiciliário, conclui-se que existem diferentes modalidades para o cálculo do custo financeiro: o custo hora; uma a duas visitas diárias ao domicílio; o apoio diurno (4 a 5 horas diárias) e apoios alargados que podem variar entre 12 horas e um apoio permanente (24 horas).

O custo hora está naturalmente dependente do número de horas que se prestam serviços. O custo hora varia entre 12 euros e 20 euros, valor que decresce à medida em que se prestam maior número de horas de serviços, o que significa que o valor/hora poderá rondar os 4 euros. No caso da empresa *Home instead* o custo hora são 8.50 euros. Sempre que existam longas deslocações o mínimo cobrado são 3 horas de prestação de serviço.

O grupo José de Mello residências e serviços adopta um mínimo de 6 horas diárias, a partir das quais é estabelecido um preço hora que varia de acordo com o nível de dependência: nível 1 (6.50 €); nível 2 (7.50 €) e nível 3 (8 €). Os clientes têm a possibilidade de optar por uma outra mensalidade, que são serviços prestados durante 2 a 3 horas por dia, incluindo apoio nas actividades da vida diária ou actividades de acompanhamento (ida à farmácia, serviços de

---

<sup>33</sup> As Auxiliares de Acção Médica estão classificadas em função do grau de dependência atribuído aos clientes, organizadas por nível 1 a 3. Quanto maior o nível, maior o nível de especialização e conhecimento dos recursos humanos.

<sup>34</sup> A título de exemplo, a empresa assistência geriátrica domiciliária cobra para os actos técnicos de enfermagem, como tratamento de escaras ou algáliação, 30 a 80 euros. A ADSE paga 20 euros /hora caso o banho seja especialização, feito por enfermeiros, mediante apresentação de uma declaração. Em contrapartida os valores pagos pela ADSE no apoio pessoal são de 8 euros/dia, mensal 240 euros).

saúde, compra) ou somente conversar. Nesta modalidade os valores elevam-se significativamente nos três níveis pré-definidos: nível 1 (17.50€); nível 2 (20€) e nível 3 (23€).

Das modalidades de serviços disponíveis, os mais recorrentes são os serviços que são prestados em regime diurno, que podem variar entre 4 a 5 horas diárias. O valor de mercado ronda os 800 euros mensais, se compararmos o número de horas e o custo do serviço, incluído o fim-de-semana. No caso da prestação ser somente restrita aos dias úteis, o valor diminui, variando entre 300 e 500 euros.

Um outro critério estabelecido por três das empresas visitadas para o cálculo do custo mensal é o número de vezes diárias que as ajudantes familiares se deslocam ao domicílio. Se for uma vez por dia, sobretudo durante a manhã, entre uma a duas horas, para a prestação de cuidados de higiene pessoal, o valor cobrado pode variar entre 420 euros (7 dias/semana) a 480 euros (7 dias/semana). O valor mais baixo é apresentado pela empresa assistência geriátrica domiciliária com um valor de 274.96 euros de segunda-feira a domingo.

Se a prestação diária envolver duas deslocações por parte das ajudantes familiares ao domicílio, a higiene da manhã e o deitar, então o valor é acrescido para os 840 euros (7 dias/semana), no caso da empresa *Pluriapoio*. Valor significativamente mais baixo é o valor cobrado pela empresa assistência geriátrica domiciliária, ao envolver também duas visitas diárias de segunda-feira a domingo, e o montante cobrado corresponde a 480 euros.

Uma outra modalidade requerida, ainda que em menor proporção, são as 12 horas diárias, de segunda-feira a domingo, o valor cresce para cerca dos 1.800 euros mensais. Este apoio pode ser diurno (8.00 às 20.00) ou nocturno (20.00 às 8.00).

Se a prestação implicar uma permanência (24h), os valores elevam-se significativamente para valores superiores a 2000 euros mensais. Comparando os diferentes valores para um apoio permanente, as empresas de maior dimensão (por ex. a *Home instead* e a *Pluriapoio*) apresentam valores menores, 2.200 euros e 2.550 euros, respectivamente, quando comparados aos valores apresentados por empresas de pequena dimensão como a empresa assistência geriátrica domiciliária, 4 mil euros (com excepção para o grupo José de Mello residências e serviços que ronda os 4.600 euros). Quem recorre a este tipo de apoio é apenas uma minoria dos clientes e a justificação para o seu elevado custo deve-se à necessidade de dispor de 3 a 4 ajudantes familiares a trabalhar em sistema de rolmã.

Da análise comparada entre os valores estipulados no mercado privado dos serviços de apoio domiciliário, conclui-se que as modalidades de cálculo se regem praticamente pelos mesmos critérios, o número de horas e o número de vezes das visitas domiciliárias, bem como os custos globais acabam por não ser muito dispares de empresa para empresa.

Todas as empresas têm em comum a obrigatoriedade dos recursos humanos possuírem formação e uma supervisão rigorosa do seu desempenho profissional, de forma a salvaguardar a qualidade da prestação. Como estratégias utilizadas destacam-se a implementação de cursos de formação, antes do início de actividade, no qual são especificados os procedimentos técnicos da prestação de cuidados adoptados por cada uma das empresas. Praticamente todas

as empresas referem a aprendizagem através de um acompanhamento intensivo durante um dado período de tempo com cada ajudante familiar. Outras das estratégias utilizadas no controle de qualidade dos serviços, são as visitas surpresas por parte dos directores técnicos, algumas das quais com um carácter periódico e sistemático (2 em 2 meses), a troca propositada de turnos e um contacto sistemático com as famílias dos clientes.

**Quadro nº 11 - Estimativas dos serviços de apoio domiciliário no mercado privado**

	<b>Empresa 1</b>	<b>Empresa 2</b>	<b>Empresa 3</b>	<b>Empresa 4</b>	<b>Empresa 5</b>
<b>Nome da empresa</b>	<i>Pluriapoio</i>	<i>Home instead</i>	<i>Companhia Feliz</i>	Assistência Geriátrica domiciliária – Ana Gonçalves	Grupo José de Mello – residências e serviços
<b>Início de actividade</b>	7 Anos	5 Anos	8 anos	15 anos	_____
<b>Área de actuação</b>	Grande Lisboa	Possuem 17 escritórios/ a nível nacional	Linha de Cascais e Grande Lisboa	Linha de Cascais, Sintra e Grande Lisboa	Distrito de Lisboa
<b>População abrangida</b>	70 Pessoas Idade média – 86 anos Patologias mais frequentes: AVC, Parkinson, Alzheimer e outras demências, doença oncológica	270 Pessoas Idade média – 82 anos Patologias mais frequentes: AVC, Parkinson, Alzheimer e outras demências, doença oncológica	25 pessoas Idade média – 75 anos Patologias mais frequentes: AVC, Parkinson, Alzheimer e outras demências, doença oncológica	15 pessoas Idade – entre os 70 e os 75 anos Pessoas acamadas Patologias mais frequentes: AVC, Parkinson, Alzheimer e outras demências, doença oncológica, colo do fémur (apoio transitório)	Entre 50 a 55 pessoas Idade muito avançada Patologias mais frequentes: AVC, demências, pós-operatórios (2/3 meses)
<b>Serviços</b>	Cuidados de higiene e conforto pessoal Confecção de alimentos no domicilio	Cuidados de higiene e conforto pessoal Confecção de alimentos no domicilio	Cuidados de higiene e conforto pessoal Confecção de alimentos no domicilio	Cuidados de higiene e conforto pessoal Confecção de alimentos no domicilio	Cuidados de higiene e conforto pessoal Mobilizações Confecção de alimentos

	<p>Lavagem de roupa Arrumos e limpeza do quarto Acompanhamento do utente ao exterior (bens e serviços) Companhia <b>Nota:</b> Os cuidados de reabilitação, cuidados médicos e de enfermagem são pagos à parte</p>	<p>Lavagem de roupa Arrumos e limpeza do quarto Acompanhamento do utente ao exterior (bens e serviços) Companhia <b>Nota:</b> Os cuidados de reabilitação, cuidados médicos e de enfermagem são pagos à parte</p>	<p>Lavagem de roupa Arrumos e limpeza do quarto Acompanhamento do utente ao exterior (bens e serviços) Companhia <b>Nota:</b> Os cuidados de reabilitação, cuidados médicos e de enfermagem são pagos à parte</p>	<p>Lavagem de roupa Arrumos e limpeza do quarto Acompanhamento do utente ao exterior (bens e serviços) Companhia <b>Nota:</b> Os cuidados de reabilitação, cuidados médicos e de enfermagem são pagos à parte</p>	<p>no domicilio Arrumos e limpeza do quarto Acompanhamento do utente ao exterior (bens e serviços) Companhia Aconselhamento de ajudas técnicas <b>Nota:</b> Os cuidados de reabilitação, consultas médicas e de especialidade, enfermagem são pagos à parte</p>
<b>Preços</b>	<p>O preço hora vaia entre 4 € e 12 € <b>Modalidade 1</b> - €/hora – 12 euros <b>Modalidade 2</b> – 1 banho/higiene pessoal / 7 dias por semana – 420€</p>	<p><b>Modalidade 1</b> – 1 hora – 20€ <b>Modalidade 2</b> – apoio entre 5/6 horas 750 - 800€ <b>Modalidade 3</b> – apoio 24h 2.200 € Em média o custo à hora são 8.50€</p>	<p><b>Modalidade 1</b> – higiene pessoal (2ª a 6ª feira) – 300€ - Higiene pessoal (2ª a domingo) 480€ <b>Modalidade 2</b> – apoio pessoal (4 horas/dias úteis) 550€</p>	<p><b>Modalidade 1</b> – 15€ <b>Modalidade 2</b> – 1 visita diária (2ª a domingo) – 274.96 € <b>Modalidade 3</b> – 2 visitas diárias (2ª a domingo) – 480 € <b>Modalidade 4</b> – 12h (2ª a</p>	<p><b>Modalidade 1</b> – &gt; 6 horas – 24h Grau 1 – 6.50 €/ hora Grau 2 – 7.50 € / hora Grau 3 – 8 €/ hora <b>Modalidade 2</b> – Higiene pessoal e</p>

	<p><b>Modalidade 3</b> - 2 vezes por dia (manhã e deitar)/ 7 dias por semana 840€</p> <p><b>Modalidade 4</b> – 7 horas dia/7 dias 1.820 €</p> <p><b>Modalidade 5</b> – 24h 2.550€</p> <p><b>Nota:</b> o montante é feito em função do tipo de necessidades, estado de saúde, o local e o tempo</p>	<p>Sempre que existam longas deslocações o mínimo são 3 horas</p>	<p>Apoio pessoal (4 horas/dias úteis e fim de semana) 800€</p> <p><b>Modalidade 3</b> – 12h (2ª a domingo) 1.843€</p> <p>Pode ser diurno ou nocturno (20h às 8h)</p>	<p>domingo) 1.800€</p> <p><b>Modalidade 5</b> – 24h (4 mil euros)</p> <p>Actos técnicos (p.ex. enfermeiros – escaras, algaliação) 30 a 80 €</p>	<p>conforto (2/ 3 horas)</p> <p>Nível 1 – 17.50</p> <p>Nível 2 – 20 €</p> <p>Nível 3 – 23 €</p>
<b>Recursos humanos</b>	<p>1 Director</p> <p>2 Assistentes sociais</p> <p>1 Enfermeira</p> <p>50 Ajudantes familiares</p>	<p>1 Director técnico</p> <p>Assistentes sociais</p> <p>Enfermeiros.</p>	<p>1 Directora técnica (médica)</p> <p>1 Assistente social e 1 psicóloga</p> <p>35 Ajudantes familiares</p>	<p>1 Directora técnica (Assistente social/jurista)</p> <p>10 Assistentes domiciliárias</p>	<p>1 Directora técnica (enfermagem)</p> <p>Auxiliares de acção Médica (algumas destas trabalham nos hospitais do grupo) Nível 1, 2 e 3.</p>



## 6. Notas conclusivas

Reflectindo sobre o actual sistema de serviços de apoio domiciliário, em Portugal, considera-se que o reforço de um sistema de provisão de serviços, estruturado numa lógica social, aliada a uma vertente de saúde e de reabilitação, permitirá, de forma mais eficaz, responder ao público-alvo, que como se conclui através das fontes disponíveis (PAII), é uma população com necessidades crescentes de saúde e de apoio social. Assim, apostar em serviços onde impere a diversidade da oferta e a liberdade de escolha de um pacote de serviços, que não se reduzam ao simples “banho ou à marmita”, mas coloquem à disposição, transporte, acompanhamento ao exterior, companhia, reparação de electrodomésticos e habitacionais, cabeleireiro, actividades ocupacionais e serviços de âmbito mais especificado, como os cuidados médicos, enfermagem e de reabilitação, parece-nos uma forma de ultrapassar o modelo vigente. Apostar na amplitude e diversidade de serviços, baseado na comparticipação nominal de serviços usufruídos e de acordo com as necessidades individuais, previamente identificadas por uma equipa médico-social, polarizada em parcerias entre segurança social e saúde, poderia constituir uma estratégia de requalificação do actual modelo de serviços de apoio domiciliário. Aliás, existem já iniciativas que traduzem uma preocupação em garantir padrões de qualidade dos serviços de apoio domiciliário. Temos o exemplo, do *manual de avaliação da qualidade dos serviços de apoio domiciliário*. Neste âmbito e com o objectivo de constituir um referencial normativo que permita avaliar a qualidade dos serviços prestados e consequentemente diferenciar positivamente as Respostas Sociais, o ISS, I.P., desenvolveu Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais, aplicáveis a Lar Residencial, Centro de Actividades Ocupacionais, Lar de Infância e Juventude, Centro de Acolhimento Temporário, Estruturas Residenciais para Idosos, Creches, Centros de Dia e Serviços de Apoio Domiciliário.

Outro referencial importante a realçar é o *financiamento directo às famílias*, que está a ser já implementado nas unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Esta experiência-piloto poderá servir de referencial para outras respostas sociais.

O financiamento directo às famílias ao assentar no princípio da discriminação positiva, competiria ao cliente escolher no mercado social a entidade (lucrativa ou não lucrativa) prestadora dos serviços que melhor respondesse às suas necessidades. O Estado entregaria directamente ao beneficiário um determinado montante pelos serviços usufruídos ou directamente a uma entidade gestora, à semelhança do que está a decorrer na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Este sistema, para além de ser muito mais transparente, assentaria na relação directa entre o Estado e o beneficiário e promoveria a protecção ao cidadão e o princípio da discriminação positiva. Este segundo cenário levanta uma questão subsequente: *que valor a comparticipar?*

Tendo como referencial os valores de mercado no sector privado, baseados no valor hora (varia entre 4 a 8 euros), os montantes financiados às IPSS (230,17€ em 2008) e os valores pagos pela ADSE (no caso de apoio pessoal 8 euros/dia, mensal 240 euros), esse valor

reverteria directamente às famílias que assim teriam liberdade de escolher no mercado a melhor solução de resposta às suas necessidades efectivas.

Uma maior adequação do modelo vigente de serviços de apoio domiciliário às necessidades da população, alicerçado numa lógica exclusivamente social, de resposta às necessidades básicas, pouco diferenciadora, em termos de comparticipação por parte da Segurança social, e com uma oferta de serviços limitada, é premente ser redimensionada para responder à questão da dependência, como contribuir para a permanência da pessoa idosa no seu domicílio e contexto social.

## Bibliografia

Departamento de Estudos, *Carta social/Rede de Serviços e Equipamentos*, Estatística e Planeamento do Ministério da Segurança Social e do trabalho (2000-2006)

Direcção Geral de Acção Social, Circular nº3 de 2 de Maio de 1997 (DGSS), capítulo IV.

Giesta/ISCTE e Best Salus, “Resultados dos Inquéritos de satisfação aos utentes das unidades de cuidados continuados integrados in <http://www.rncci.min-saude.pt/RNCCI>.

Instituto para o Desenvolvimento social, Relatórios de Actividades do PAII (1999-2005)

ISS, IP (2005) “*Avaliação de impacte*”, (não publicado)

ISS, IP, Departamento de Planeamento e Sistemas de Informação (2006), “*Custos reais das respostas sociais desenvolvidas pelo sector solidário*”

ISS, IP, (2007) “ *Indicadores de Gestão – Acção Social – Área do envelhecimento e Dependência*”

ISS; IP Apresentação pela ACCENTURE ao ISS “Alargamento do modelo de financiamento directo às famílias a outras respostas sociais” (slides)

Ministério da Segurança Social, Decreto-lei nº 30/89

Despacho Conjunto do Ministério da Saúde e do Emprego e da Segurança Social publicado no Diário da República n.º 166 de 20 de Julho de 1994

Klie, Thomas (2002), “Allemagne : la garantie des soins et l’assurance dépendance”, in Laville, Jean-Louis ; Nyssens, Marthe (dir) *Les services sociaux entre associations, Etat et Marché – L’aideaux personnes âgées*, La Decouverte, Mauss, CRIDA, p.153-167.

Ministério da Solidariedade e Segurança Social, Decreto-Lei nº 133-A/97 de 20 de Maio in Diário da República – I Série - A. nº 124 de 30 de Maio de 1997

Ministério do Trabalho e da Solidariedade, Despacho normativo nº 62/99, Diário da República – I Série – B, nº 264 de 12 de Novembro de 1999

Ministério do Trabalho e da Solidariedade, Decreto-Lei n.º 265/99, de 14 de Julho e Decreto-Lei n.º 309-A/2000, de 30 de Novembro

Ministério do Trabalho e da Solidariedade, Decreto-Lei n.º 101/2006 in Diário da República I série A, nº109 de 6 de Junho de 2006

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social in Portaria nº 426/2006 de 2 de Maio

Ministério da Solidariedade e Segurança Social, Decreto-Lei nº 64/2007 de 14 de Março in Diário da República – I Série – nº 52 de 14 de Março de 2007

Ministério do Trabalho e da solidariedade Social, Portaria nº 881/2007 de 8 de Agosto

Ministério do Trabalho e da Segurança social (2008), “*Reforma das Relações Laborais – Propostas para um novo consenso na regulação dos sistemas de relações laborais, de protecção social e de emprego*”, Documento de trabalho in [www.portugal.gov.pt](http://www.portugal.gov.pt)

1. Identificação da entidade (âmbito geográfico)
2. Acção desenvolvida (tempo de existência)
3. Serviços prestados: Tipologias de oferta e procura
4. Estimativa económica: tabelas de preços

Nome da Empresa			
	Tipo de serviços	Serviços oferecidos	Valores cobrados
<b>Serviços básicos da vida diária</b>	<b>1. Cuidados de higiene pessoal e conforto</b> 1. Banho 2. Vestir 3. Mudança de fralda 4. Ajuda na locomoção 5. Outro. Especifique qual? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	<b>2. Fornecimento de refeições</b> 1. Refeições confeccionadas no domicílio 2. Refeições confeccionadas na instituição 3. Serviço <i>Catering</i> 4. Apoio durante a refeição	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	<b>3. Higiene da habitação</b> 1. Limpeza e arrumação da habitação 2. Recolha do lixo 3. Outro. Especifique qual? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	<b>4. Tratamento de roupas</b> 1. No domicílio 2. Em instituição 3. <i>Outsourcing</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>Serviços complementares</b>	<b>5. Acompanhamento Médico</b> 1. Clínica geral 2. Outras especialidades Quais? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	<b>6. Cuidados de enfermagem</b> 1. Básicos (controlo tensão arterial, glicemia e		

	medicamentoso, posicionamento, apoio no banho e algaliação)	<input type="checkbox"/>	
	2. Especializados (aspiração nasogástrica, úlceras de pressão)	<input type="checkbox"/>	
	<b>7. Reabilitação</b>		
	1. Cuidados de fisioterapia	<input type="checkbox"/>	
	2. Terapia ocupacional	<input type="checkbox"/>	
	3. Reaprendizagem das AVD's	<input type="checkbox"/>	
	<b>8. Apoio psicossocial</b>		
	1. Apoio técnico do serviço social	<input type="checkbox"/>	
	2. Informações facilitadoras do acesso a serviços da comunidade Encaminhamento	<input type="checkbox"/>	
	3. Outro. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	
	<b>9. Apoio psicológico</b>		
	1. Apoio psicoterapêutico	<input type="checkbox"/>	
	2. Outro. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	
	<b>10. Acompanhamento ao exterior</b>		
	1. Acompanhamento a uma consulta médica	<input type="checkbox"/>	
	2. Acompanhamento para fins administrativos (banco, reforma)	<input type="checkbox"/>	
	3. Aquisição de bens e serviços (cabeleireiro, barbeiro)	<input type="checkbox"/>	
	4. Outro. Qual? _____		
	<b>11. Adaptação das habitações às necessidades sentidas pelas pessoas idosas e/ou incapacidades</b>		
	1. Pequenas reparações no domicílio	<input type="checkbox"/>	
	2. Eliminação das barreiras arquitectónicas	<input type="checkbox"/>	
	3. Ajudas técnicas	<input type="checkbox"/>	
	4. Outro. Especifique qual? _____	<input type="checkbox"/>	
	<b>12. Actividades ocupacionais</b>		
	1. Frequência nas actividades de lazer	<input type="checkbox"/>	
	<b>13. Apoio e situações de emergência</b>		
	1. Recurso ao telealarme	<input type="checkbox"/>	
	2. Outro. Especifique qual? _____	<input type="checkbox"/>	
	<b>14. Companhia</b>	<input type="checkbox"/>	
	<b>15. Outros serviços.</b> Especifique quais? _____	<input type="checkbox"/>	

5. Como são calculados os custos com os serviços? (Hora, deslocação, recursos humanos)

6. Caracterização da população (quem mais recorre ao SAD) e quais as principais necessidades

6.1. Perfil de cliente e tipo de necessidades

6.2. Periodicidade dos serviços prestados

6.3. Tipo de ofertas: unidade de serviço ou pacote mínimo – outras modalidades

6.4. Avaliação dos serviços: principais constrangimentos e pontos fortes referentes à prestação dos serviços, recursos humanos, clientes, famílias, articulação entre serviços parceiros (saúde e segurança social). A avaliação contempla ainda conhecer as estratégias utilizadas que digam respeito à garantia da qualidade dos serviços.

## 1. Identificação da Entidade

**1.1. Nome** \_\_\_\_\_

Entrevista n.º \_\_\_\_\_

### 1.2. Estatuto Jurídico.

Refira a natureza jurídica da Instituição.

1.  Instituição Particular de Solidariedade Social
2.  Instituições equiparadas a IPSS
3.  Instituições sem fins lucrativos
4.  Empresa privada
5.  Equipamento de gestão integrada
6.  Outro. Explícite qual? \_\_\_\_\_

**1.3. Âmbito geográfico.** Explícite o distrito e os concelhos abrangidos pelos serviços de apoio domiciliário

1. Distrito \_\_\_\_\_
2. Concelho \_\_\_\_\_
3. Freguesias que abrange \_\_\_\_\_

### 1.4. Que tipo de respostas sociais dispõem?

1. Lar
2. Centro de dia
3. Centro de Convívio
4. Centro comunitário
5. Residências
6. Outro. Qual? \_\_\_\_\_

## 2. Caracterização do público-alvo

**2.1.** Quais os **grupos-alvo** dos serviços de apoio domiciliário?

\_\_\_\_\_

**2.2.** Quais as principais necessidades do público-alvo, antes do recurso ao SAD?

Ao nível do apoio social \_\_\_\_\_

Cuidados de saúde \_\_\_\_\_



Aquisição de equipamentos/ajudas técnicas \_\_\_\_\_

Continuidade de cuidados após a alta hospitalar /reabilitação \_\_\_\_\_

Apoio/suporte da família (impossibilidade ou ausência familiar) \_\_\_\_\_

**2.3. Que tipo de problemas são identificados pela população quando solicitam o SAD?**

\_\_\_\_\_

**2.4. Explícite quais os principais critérios de admissão para que um utilizador seja admitido em serviço de apoio domiciliário?**

\_\_\_\_\_

**3. Acção desenvolvida pelo Serviço de Apoio Domiciliário**

**3.1. Há quantos anos desenvolvem os serviços de Apoio Domiciliário?**

Número de anos \_\_\_\_\_

**3.2. Quais as razões que estiveram na base do investimento nos serviços de apoio domiciliário? (apoios estatais, estudos de mercado)**

\_\_\_\_\_

**4. Serviços de apoio domiciliário prestados**

**4.1. Refira especificamente todos os serviços a que os clientes têm acesso no âmbito do SAD.**

	<b>Tipo de serviços</b>	<b>Serviços oferecidos</b>	<b>Serviços mais procurados</b>
<b>Serviços básicos da vida diária</b>	<b>1. Cuidados de higiene pessoal e conforto</b>		
	1. Banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Vestir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Mudança de fralda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Ajuda na locomoção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Outro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Especifique qual? _____		
	<b>2. Fornecimento de refeições</b>		
	1. Refeições confeccionadas no domicílio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Refeições confeccionadas na instituição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Serviço Catering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Apoio durante a refeição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	<b>3. Higiene da habitação</b> 1. Limpeza e arrumação da habitação <input type="checkbox"/> 2. Recolha do lixo <input type="checkbox"/> 3. Outro. Especifique qual? _____ <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>4. Tratamento de roupas</b> 1. No domicílio <input type="checkbox"/> 2. Em instituição <input type="checkbox"/> 3. <i>Outsourcing</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Serviços complementares	<b>5. Acompanhamento Médico</b> 1. Clínica geral <input type="checkbox"/> 2. Outras especialidades Quais? _____ <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>6. Cuidados de enfermagem</b> 1. Básicos (controlo tensão arterial, glicemia e medicamentoso, posicionamento, apoio no banho e algaliação) <input type="checkbox"/> 2. Especializados (aspiração nasogástrica, úlceras de pressão) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>7. Reabilitação</b> 1. Cuidados de fisioterapia <input type="checkbox"/> 2. Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> 3. Reaprendizagem das AVD's <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>8. Apoio psicossocial</b> 1. Apoio técnico do serviço social <input type="checkbox"/> 2. Informações facilitadoras do acesso a serviços da comunidade <input type="checkbox"/> 3. Encaminhamento <input type="checkbox"/> 4. Outro. Qual? _____ <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>9. Apoio psicológico</b> 1. Apoio psicoterapêutico <input type="checkbox"/> 2. Outro. Qual? _____ <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>10. Acompanhamento ao exterior</b> 1. Acompanhamento a uma consulta médica <input type="checkbox"/> 2. Acompanhamento para fins administrativos (banco, reforma) <input type="checkbox"/> 3. Aquisição de bens e serviços (cabeleireiro, barbeiro) <input type="checkbox"/> 4. Outro. Qual? _____ <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>11. Adaptação das habitações às necessidades sentidas pelas pessoas idosas e/ou incapacidades</b> 1. Pequenas reparações no domicílio <input type="checkbox"/> 2. Eliminação das barreiras arquitectónicas <input type="checkbox"/> 3. Ajudas técnicas <input type="checkbox"/> 4. Outro. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Especifique qual? _____		
<b>12. Actividades ocupacionais</b> 1. Frequência nas actividades de lazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13. Apoio e situações de emergência</b> 1. Recurso ao telealarne 2. Outro. Especifique qual? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>14. Companhia</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>15. Outros serviços.</b> Especifique quais? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

4.2. Na sua opinião, **quais os serviços de apoio domiciliário mais prioritários?**

\_\_\_\_\_

4.3. **Qual a periodicidade dos serviços** prestados?

1. Dias úteis	
2. 24 H	
3. Fim-de-semana	
4. Feriados	

4.3.1. **Qual o horário de funcionamento?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.4. **O número de vezes máximo e mínimo por dia que as ajudantes familiares se deslocam a casa do cliente?** \_\_\_\_\_

4.4.1. **Em média qual a duração da prestação de cuidados no domicílio?**

\_\_\_\_\_

4.5. **Número de clientes abrangidos pelos serviços de apoio domiciliário (actualmente)?**

\_\_\_\_\_

4.5.1. **Quantifique o número total de clientes abrangidos pelo SAD, segundo a periodicidade:**

<b>Número de pessoas abrangidas</b>
-------------------------------------

1. Dias úteis _____ 2. 24 H 3. Fins-de-semana _____ 4. Feriados _____
--

4.5.2. Qual o número de clientes abrangidos pelo SAD, segundo a frequência do serviço?

Tipo de cuidados	Semanal			Diário			Outra situação
	vez	vezes	vezes	vez	vezes	vezes	
1. Cuidados de higiene pessoal e conforto							
2. Fornecimento de refeições							
3. Higiene da habitação							
4. Tratamento de roupas							

4.6. Na sua opinião qual deveria ser o modelo a preconizar na oferta dos serviços de apoio domiciliário?

1. A oferta de serviço a serviço \_\_\_\_\_
2. Um pacote mínimo de serviços pré-estabelecido \_\_\_\_\_
3. O modelo actual \_\_\_\_\_
4. Outro \_\_\_\_\_

**5. Estimativa financeira**

5.1. Qual a mensalidade média que o cliente paga pelo serviço? \_\_\_\_\_

Valores máximo \_\_\_\_\_ Valores mínimos \_\_\_\_\_ (tabela de preços)

5.2. Quais os valores pagos pelos clientes por cada serviço?

Serviços prestados	Valor
--------------------	-------

	<b>cobrado</b>
<b>1. Cuidados de higiene e conforto pessoal</b>	
<b>2. Cuidados de saúde</b> 1. Consultas 2. Tabela de preços dos vários actos médicos	
<b>3. Manutenção de arrumos e limpeza da habitação</b>	
<b>4. Alimentação</b> 1. Confeção de alimentos no domicílio 2. Distribuição de refeições 3. Acompanhamento das refeições	
<b>5. Tratamento de roupas</b> 1. Lavagem 2. Passar a ferro	
<b>6. Apoio social</b> 1. Disponibilização de informação facilitadora do acesso a serviços da comunidade	
<b>7. Acompanhamento do cliente ao exterior</b> 1. Aquisição de bens e serviços 2. Acompanhamento a consultas	
<b>8. Actividades de animação</b> 1. Transportes 2. Organização de eventos	
<b>9. Habitação e conforto</b> 1. Orientação ou acompanhamento de pequenas modificações no domicílio que permitam mais segurança e conforto	
<b>10. Apoio em situações de emergência</b> (Telealarme)	
<b>11. Ajudas técnicas</b> (cadeiras de rodas, andarilho, cama articulada, colchão anti-escaras, outros)	
<b>12. Serviço de transportes</b>	

**5.3. No caso de ser IPSS, qual o custo médio total por cliente na resposta de Apoio Domiciliário, especificando (com e sem majoração):**

**5.3.1.** N.º total de clientes apoiados \_\_\_\_\_

**5.3.2.** N.º de clientes apoiados em acordo de cooperação típico \_\_\_\_\_

**5.3.2.1.** N.º de clientes apoiados em acordo de cooperação com majoração:

Até 50% do valor estabelecido \_\_\_\_\_

Menos de 50% do valor estabelecido \_\_\_\_\_

**5.3.3.** N.º de clientes apoiados em acordo de cooperação atípico \_\_\_\_\_

**5.4.** No caso de ser IPSS, **qual o esforço financeiro da Instituição para a sustentabilidade do SAD?**

\_\_\_\_\_

5.5. Despesas mensais fixas, por categoria de despesa (em €) nos últimos dois anos (2006-2007)?

Serviços prestados	Aquisição de bens e serviços		Pessoal		Juros e outros encargos	Despesas de manutenção (água, luz, gaz)	Aquisição de bens de capital	Outras despesas correntes	
	Bens	Serviços					Investimentos		
	(combustíveis, produtos de limpeza, alimentação, Material de escritório, Produtos químicos, outros)	Comunicações, limpeza, conservação de bens, transportes, Publicidade, serviços de saúde, contabilidade, assistência técnica, seguros, outros)	Remunerações, gratificações, representações, prémios,	Encargos com Segurança social e eventuais (ajudas de custo, formação, horas extraordinárias)			Edifícios, equipamento informático, equipamento administrativo, equipamento básico, ferramentas e utensílios Outros investimentos		
Global dos serviços									

**Caracterização dos Serviços de Apoio Domiciliário – *guião de entrevista***

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



**5.6. Valores estimados:** investidos, fixos e resultado operacional (€)

<b>Serviços prestados</b>	<b>Valor investido</b> (Lançamento do serviço)	<b>Despesas mensais</b> (correntes)	<b>Resultado operacional</b> (+ ou -) Normal funcionamento da resposta
<b>Global dos serviços</b>			

**6. Caracterização de apoios no desenvolvimento do SAD**

6.1. Recebeu algum apoio (estatal ou privada) na criação dos serviços de apoio domiciliário?

1.  Sim \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_ Qual o montante global do apoio? \_\_\_\_\_
2.  Não

6.1.1. Especifique apoios financeiros obtidos.

	<b>Estado (programas)</b>	<b>Entidade privada</b>	<b>Outro</b>
1. Edificado/instalações	_____	_____	_____
2. Aquisição de ajudas técnicas	_____	_____	_____
3. Aquisição de viaturas	_____	_____	_____
4. Adaptação de viaturas	_____	_____	_____
5. Criação de novos postos de trabalho/recursos humanos	_____	_____	_____
6. Realização de obras de adaptação	_____	_____	_____
7. Outros. Especifique quais? _____			

6.1.2. **Se respondeu sim em obras de adaptação, especifique o tipo de obras que foram efectuadas?**

1.  Obras de adaptação da cozinha
2.  Obras de adaptação da lavandaria
3.  Obras de adaptação das instalações sanitárias
4.  Outras. Especifique quais? \_\_\_\_\_

6.2. Recebeu apoios relativamente aos recursos humanos?

1.  Sim

2.  Não

**6.2.1. Se sim, especifique que tipo de apoios?**

1.  Contratação de pessoal

2.  Formação

3.  Outro. Especifique qual? \_\_\_\_\_

**6.2.2. Se respondeu contratação de pessoal, refira os recursos humanos onde se investiu?**

1.  Ajudante familiar

2.  Ajudante de saúde

3.  Animador sociocultural

4.  Técnico de serviço social

5.  Contabilista

6.  Enfermeiro(a)

7.  Fisioterapeuta

8.  Médico (a)

9.  Psicólogo (a)

10.  Terapeuta ocupacional

11.  Outros. Especifique quais? \_\_\_\_\_

**6.2.3. Se respondeu criação de postos de trabalho, refira quantos novos postos foram criados?**

\_\_\_\_\_

## 7. Avaliação dos serviços

**7.1.** Considera que as actividades/respostas desenvolvidas actualmente no SAD conseguem atingir os **objectivos desejados**? Porquê? \_\_\_\_\_

**7.2.** Qual o **impacto dos serviços junto dos clientes**. Indique quais:

1. Benefícios \_\_\_\_\_

2. Constrangimentos \_\_\_\_\_

**7.3.** Refira para cada item quais os **constrangimentos e os pontos fortes**:

**7.3.1 Prestação dos serviços**

Constrangimentos	Pontos fortes
------------------	---------------

--	--

**7.3.2. Recursos humanos**

<b>Constrangimentos</b>	<b>Pontos fortes</b>

**7.3.3. Clientes**

<b>Constrangimentos</b>	<b>Pontos fortes</b>

**7.3.4. Famílias**

<b>Constrangimentos</b>	<b>Pontos fortes</b>

**7.3.5. Habitação** (condições de habitabilidade, acessibilidades)

<b>Constrangimentos</b>	<b>Pontos fortes</b>

**7.3.6. Articulação entre serviços (saúde e apoio social)**

<b>Constrangimentos</b>	<b>Pontos fortes</b>

**7.3.7. Articulação com a Segurança Social**

<b>Constrangimentos</b>	<b>Pontos fortes</b>

--	--

**7.3.8. Outros. Especifique quais?** \_\_\_\_\_

<b>Constrangimentos</b>	<b>Pontos fortes</b>

**8. Na sua opinião o serviço de apoio domiciliário implementado pela V. entidade adequa-se às necessidades dos utilizadores?**

1.  Sim

2.  Não

**Porquê?**

---

**9. Que estratégias são utilizadas para garantir a viabilidade financeira dos serviços?**

---

**10. Que estratégias são utilizadas para garantir a qualidade dos serviços** (procedimentos, implementação de um sistema de gestão da qualidade / certificação)?

---

**11. Que estratégias são utilizadas para promover a autonomia e prevenir a dependência dos idosos?**

---

**12. Que estratégias são utilizadas para evitar o isolamento e a solidão dos idosos?**

---

**13. Que estratégias são implementadas para assegurar a continuidade dos serviços de apoio domiciliário?**

---

**14. Quais as perspectivas de investimento futuro que a V. entidade possui para os serviços de apoio domiciliário?**

---

**15. Observações**