

(Re)Imaginar os Cuidados no Domicílio em Portugal: Diagnóstico de Necessidades e Propostas para Respostas Inovadoras, Integradas e Sustentáveis

Maria Irene Carvalho, Carla Ribeirinho, Dália Costa, Jorge Lopes da Costa, Margarida Mesquita, Maria João Bárrios, Marisa Candeias & Pedro Borrego

Centro de Administração e Políticas Públicas, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa

Sumário executivo

O envelhecimento da população coloca desafios significativos às políticas públicas, exigindo respostas que conciliem dignidade, qualidade de vida e bem-estar, com inclusão social e sustentabilidade económica. Os cuidados domiciliários surgem como uma resposta privilegiada a essa realidade, assegurando cuidados de proximidade, contribuindo para a autonomia da pessoa idosa, evitando a institucionalização precoce ou indesejada e apoiando os cuidadores informais. Contudo, em Portugal, nos Serviços de Apoio domiciliário (SAD) persistem lacunas ao nível da cobertura territorial, da qualificação das equipas e da articulação entre os serviços sociais e de saúde. Simultaneamente, emerge um novo perfil de pessoas idosas (mais longevas, com mais comorbilidade e situações de dependência, e mais exigentes e informadas acerca dos seus direitos) e de cuidadores informais (mais sobrecarregados, indisponíveis ou ausentes). As orientações internacionais alinham-se com a necessidade de reconfigurar os SAD, fundamentados pelo *ageing in place*, garantindo maior articulação entre os setores social e da saúde e a sua integração no sistema de cuidados de longa duração.

Recomendações

- 1 - Reconfigurar a política pública de cuidados domiciliários através de um novo enquadramento legislativo
- 2 - Recriar o modelo de financiamento ajustado aos desafios do envelhecimento e do território
- 3 - Reforçar a dimensão comunitária e do planeamento sócio espacial
- 4 - Integrar os cuidadores informais nos planos de cuidados
- 5 - Garantir a autodeterminação e os direitos das pessoas cuidadas
- 6 - Capacitar as direções das organizações e valorizar os profissionais das equipas de cuidados
- 7 - Assegurar sistemas de avaliação, auditoria e qualidade
- 8 - Diversificar os serviços e ampliar o uso da inovação tecnológica

Destinatário(s) do Policy Brief

Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS); Instituto da Segurança Social, I.P.; Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP); Ministério da Saúde; Direção Geral da Saúde; Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI); Comissão Nacional de Cuidados de Longa Duração; Ministério das Finanças; Institutos da Segurança Social das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira (RAA e RAM); Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS); União das Misericórdias; Associação de Apoio Domiciliário, de Lares e Casas de Repouso de Idosos (ALI); Associação Nacional de Municípios Portugueses; Associação Nacional de Cuidadores Informais; Conselho Nacional das Ordens Profissionais.



Introdução e Enquadramento do Problema

Os cuidados domiciliários contribuem para potenciar a coesão e o desenvolvimento social (OECD, 2026), e respondem a um determinado perfil de pessoas que pretendem envelhecer em casa e na comunidade, em linha com o paradigma *healthy ageing* e o *ageing in place* (AiP) (Fonseca, 2021; 2025).

O AiP assume-se como uma filosofia de cuidados e como estratégia de resposta à preferência das pessoas em envelhecer nas suas comunidades, necessitando para o efeito de ambientes que lhes proporcionem o suporte necessário para compensar as mudanças associadas ao envelhecimento e para que possam continuar a ser autónomas e socialmente relevantes (Fonseca, 2021).

A integração do SAD neste modelo multidimensional (Jacobson et al., 2025; Kuryk et al., 2023; Wong, 2022), inclui dimensões físicas, sociais, clínicas e organizacionais, e responde aos desafios das sociedades envelhecidas na prestação de cuidados aos mais velhos e na promoção do bem-estar (Gil & Patrício, 2025). Aplica-se à heterogeneidade dos contextos sócio territoriais e às distintas necessidades das pessoas, promovendo a sua independência e o autocuidado (Rizzini et al., 2024).

Neste enquadramento, o SAD é também assumido como a principal forma de *long-term care at home* para pessoas com limitações funcionais que residem maioritariamente na sua própria casa, pois responde a necessidades relacionadas com os cuidados pessoais e outras tarefas ou atividades da vida quotidiana, tais como aconselhamento, avaliação de necessidades, ajuda prática, fornecimento de equipamentos, adaptações habitacionais, serviços de visita e permanência (*sitting services*) e fornecimento de refeições (Davey et al., 2024).

Em Portugal o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), é regulamentado pela Portaria n.º 38/2013, tendo a sua importância sido reforçada com a publicação do Estatuto da Pessoa Idosa (Lei n.º 7/2026), enquadrada pelo paradigma do direito de acesso a cuidados de longa duração no domicílio (Conselho da União Europeia, 2022), *Long-Term Care at Home* (OECD, 2025a; 2025b) e *Home Care Services* (Davey et al., 2024).

O SAD assume-se, assim, como um suporte essencial de inclusão social de prevenção da solidão e de redução da pobreza (Fonseca, 2021; 2025; OECD, 2026). Contudo verificam-se assimetrias territoriais e outras lacunas e dificuldades relacionadas com a capacidade de resposta destes serviços.

A distribuição sócio espacial é marcada por fortes desigualdades entre o litoral urbano e o interior rural (Álvarez-Pérez et al., 2025); no urbano há uma clara orientação para um papel de substituição da família, enquanto no meio rural assume uma abordagem que é complementar à família (Barbosa et al., 2018). A desigualdade territorial coloca em causa o alcance e eficiência do SAD (Batista et al., 2024).

São identificadas outras lacunas num estudo da União das Misericórdias Portuguesas et al., (2022) relacionadas com a sustentabilidade financeira, a falta de serviços no final do dia e de acompanhamento noturno, bem como o acompanhamento a consultas e atos médicos, e a substituição por ausência do cuidador. Outros aspetos são evidenciados por Ribeirinho & Carvalho (2024) incluindo a necessidade da formação contínua dos profissionais, a supervisão externa e o apoio técnico e científico que se exige no acompanhamento social e de saúde; também a necessidade do reforço de sistemas de gestão de qualidade, que se revelam ainda insuficientes (Santos & Rodrigues, 2022).

Tendo em conta estes desafios, neste estudo procurou-se demonstrar como o SAD em Portugal, está organizado e é prestado pelos setores lucrativo e não lucrativo, como responde à diversidade de perfis e necessidades das pessoas idosas nos diferentes contextos territoriais, urbano, rural e misto, identificando em que condições o SAD se afirma como um pilar estruturante dos cuidados de longa duração, capaz de garantir a permanência das pessoas idosas no seu domicílio com dignidade, segurança e autonomia.

Enquadrado nesta problemática o presente estudo teve como objetivos: elaborar um diagnóstico dos SAD em Portugal, identificar práticas promissoras e apresentar propostas de política para o desenvolvimento de serviços mais inovadores, integrados e sustentáveis.

Metodologia

O estudo foi realizado através de um inquérito por questionário (*online*) a nível nacional, com vista a descrever a pluralidade dos SAD em Portugal, e estudos de caso, combinando amplitude e profundidade, com vista à compreensão de práticas e experiências, permitindo mapear padrões de SAD.

O inquérito foi realizado junto de 2998 organizações com SAD (incluindo setor lucrativo e setor não lucrativo) de Portugal Continental e Regiões Autónomas dos Açores e Madeira, entre novembro e dezembro de 2025. A taxa de respostas válidas correspondeu a 17%, tendo por base um total de 510 organizações (100%).

Os estudos de caso incidiram em 12 instituições identificadas como desenvolvendo boas práticas e selecionadas por NUTS II, setor (lucrativo e não lucrativo) e contexto territorial (rural, urbano e misto). Foram utilizadas diversas técnicas de recolha de dados: observação documental (regulamentos internos; websites das instituições; grelhas de análise SWOT preenchidas pela equipa de cada SAD); inquérito nacional por questionário *online*; entrevistas aos coordenadores (12); entrevistas a utentes/clientes e cuidadores informais (24).

Foram assegurados procedimentos éticos na pesquisa, designadamente a obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido em conformidade com o RGPD, aprovado pelo encarregado de dados da Universidade de Lisboa (3 de novembro de 2025).

O estudo foi desenvolvido no CAPP/ISCSP, Universidade de Lisboa, coordenado por Maria Irene Carvalho (IR) e Carla Ribeirinho (Co-IR). Contou com a consultoria científica de António Fonseca, professor da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, e uma parceria com a Federação das Instituições da Terceira Idade (FITI), e a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS).

Análise / Principais Resultados

Organizações de SAD e setores onde se integram: Estas organizações integram-se maioritariamente no setor não lucrativo (85,9%), são IPSS (78,4%) e assumem outras respostas para as pessoas idosas, especialmente Centro de Dia (67,1%) e ERPI (44,9%). Em termos de dimensão organizacional, predominam estruturas pequenas (49,8%) e médias (33,6%), de acordo com o número de colaboradores. Os seus dirigentes são licenciados e possuem outros graus académicos, embora existam dirigentes sem formação superior, sendo mais comum no setor não lucrativo e nos territórios rurais. O SAD destas organizações iniciou-se em 1964, mas a expansão deu-se a partir de 1986 (62,5%) no setor não lucrativo e a partir de 2006 no setor lucrativo (88,4%).

A população alvo é diversa e heterogénea, incluindo pessoas idosas, pessoas em situação de dependência temporária ou permanente, com deficiência, com doenças neurodegenerativas e com doença mental; mas só 10,1% se dirigem aos cuidadores informais.

O total de pessoas apoiadas por estes 510 SAD, através dos protocolos de cooperação e alvará de funcionamento é de 21.192, sendo a média de 42 pessoas por SAD, mas nem todos atingem a capacidade máxima (55,9%), devido à inexistência de procura e por falta de recursos humanos. Esta realidade questiona a

capacidade destes SAD para responder efetivamente aos perfis de pessoas idosas que necessitam de ser cuidadas em casa.

Acesso ao SAD e perfil de utentes/clientes: O primeiro contacto com o SAD é efetuado pelos filhos/as (92,0%), seguido dos cônjuges, hospitais; e pelos próprios (54,7%). Neste contacto são facultadas informações, constantes no regulamento do SAD, sendo posteriormente definidos os serviços com a assinatura de contrato. Contudo, nem sempre o contrato é assinado pelo próprio ou pelo seu representante legal (35,3%), o que pode levantar questões de respeito pela autodeterminação dos utentes/clientes. Os utentes/clientes do SAD são sobretudo mulheres (58,9%). A idade da pessoa mais nova varia entre 13 e 85 (m= 55,57 anos), e a idade da pessoa mais velha varia entre 63 e 106 anos (m= 95,27 anos), complexificando o desafio da personalização dos cuidados dada a diversidade da população alvo e a amplitude de idades dos utentes/clientes.

Horários praticados e serviços prestados: Os horários dos SAD deste estudo são variáveis. No setor não lucrativo é de 8 horas por dia/7 dias por semana, ou de 5 dias por semana, e no setor lucrativo é de 24 horas por dia/7 dias por semana. Os serviços disponíveis foram ponderados numa escala de (0 nunca; 1 às vezes e 2 sempre) verificando-se que os serviços pessoais (a higiene pessoal e do

domicílio) são os mais prestados (m=1,45), seguidos das refeições (m=1,17). Os quatro tipos de cuidados mais frequentes são a higiene pessoal, a entrega de refeições, a limpeza do domicílio e o tratamento de roupas. Podem ainda ser efetuadas outras atividades, tendo em conta o contexto territorial, como expressa esta utente/cliente.

*“Elas vêm trazer a comida (...). Depois, quando eu estiver atrapalhada com alguma coisa qualquer, eu peço a elas e desenrascam-me.”
“(...) eu sou assim, peço uma coisa qualquer, ‘olhem vocês vão dar de comer às cabras, ou tratar da cozinha’ (...)” (SAD, não lucrativo rural, utente/cliente2).*

O serviço de apoio ao cuidador, apresenta uma média muito inferior aos dois primeiros serviços (m=0,90), ainda que seja reconhecido como extremamente relevante pelos cuidadores.

“Ensinaram-me a mudar a fralda” e integraram-me num grupo de apoio ao cuidador informal” (SAD, RAM, cuidador1).

Os serviços menos prestados pelos SAD estão relacionados com a saúde e serviços psicossociais, a animação e lazer (m=0,65), e outros serviços complementares (m=58).

“Se for preciso alguma coisa, tenho sempre (alguém) à disposição, ou para ir à farmácia, ou para ir ao centro de saúde, ou para ir ao supermercado” (SAD, não lucrativo urbano, utente/cliente1).

Os serviços prestados apresentam diferenças entre os setores: no setor não lucrativo predominam a higiene pessoal e as refeições, enquanto no setor lucrativo predominam o apoio ao cuidador, a saúde e serviços psicossociais, de animação e outros. Esta diferença é também identificada no rácio de utentes/clientes por ajudante de ação direta/ajudante familiar (no setor não lucrativo é de 1:6 e no setor lucrativo de 1:1). Há ainda diferenças quanto às horas despendidas por cada utente/cliente, sendo no setor não lucrativo é de menos de uma hora e entre 1 a 3 horas, contrastando com o setor lucrativo que é de 8 a 11 ou 12 ou mais horas, levando assim a uma maior diferenciação de serviços, mas também uma certa desigualdade social no acesso ao SAD.

“Nós cuidamos de tudo, e a família também valoriza muito isso, porque não tem de se preocupar com absolutamente nada.” (SAD, lucrativo, coordenador1).

Profissionais e dificuldades de contratação:

Estes SAD empregam um número considerável de profissionais (9.134). Destes 41% são ajudantes de ação direta com contratos de trabalho efetivo sobretudo no setor não lucrativo. No setor lucrativo predominam as ajudantes familiares (17,8%), com contratos a recibo verde, sendo esta situação comum no setor lucrativo (82,6%), o que se constitui como uma das limitações deste setor.

As dificuldades de contratação são comuns em ambos os setores, ocorrendo com frequência (54,7%), incluindo a contratação e pessoas sem formação (43,9%) que aprendem através da experiência prática. As necessidades formativas centram-se sobretudo ao nível da comunicação com pessoas com demência e do trabalho em equipa. A nacionalidade destas profissionais é maioritariamente portuguesa (62,5%), sendo 22,3% de países da América Latina com 15,1% destas a serem absorvidas pelo setor lucrativo.

O intervalo salarial médio está de acordo com a referência do valor do salário mínimo no nosso país em ambos os setores. Estas profissionais têm uma carreira profissional (51,2%), mas no setor lucrativo esta carreira é inexistente (75,5%). Verifica-se assim que apesar de o setor lucrativo, aparentemente, ter respostas mais integradas, apresenta limitações e fragilidades relacionadas com a valorização dos profissionais.

Modelo de financiamento: O modelo de financiamento é parcialmente aceite pelo setor não lucrativo, mas são efetuadas críticas relativas à sustentabilidade desta resposta. Foram identificadas propostas de melhoria para o financiamento, nomeadamente o aumento da taxa de comparticipação, considerando fatores como as despesas com profissionais (14 meses), as distâncias percorridas e o acréscimo das despesas gerais das organizações, agravado pelo atual contexto de inflação. O setor lucrativo sugere a possibilidade de o financiamento ser efetuado diretamente às famílias.

O cálculo da mensalidade dos utentes/clientes varia consoante os setores: no setor não lucrativo é tido em conta o rendimento, as despesas e o número de serviços, e o valor pago varia entre €100 e €300; no setor lucrativo, são consideradas as horas dos serviços e a frequência do apoio, e o valor pago varia entre €501 e €1.500.

Contributos, limites e capacidade de inovação: Os principais contributos do SAD, reconhecidos pelos respondentes, centram-se sobretudo nos utentes/clientes, destacando-se a possibilidade de permanecerem em casa com dignidade, a redução do isolamento social e o facto de ser uma resposta ajustada às necessidades, contribuindo para mitigar o sentimento de solidão.

“antes de estar aqui (no SAD) sentia-me mais sozinha, assim todos os dias vêm aqui pessoas (...).” (SAD, não lucrativo rural utente/cliente3).

“Sempre entra alguém, porque o monte é muito só (...) passam-se dias que a gente só vê as senhoras que vêm do (SAD).” (SAD não lucrativo rural, utente/cliente4).

Os limites identificados pelos respondentes relacionam-se sobretudo com os recursos humanos, em particular a dificuldade em reter profissionais, com a sustentabilidade financeira e logística, com a insuficiência de formação e com a comunicação limitada com os cuidadores informais. Foi ainda sublinhada a necessidade de melhorar a capacidade de resposta a situações complexas e urgentes.

A estas dificuldades acresce o facto da avaliação da qualidade dos serviços nem sempre ser sistemática e formalizada, sendo em 65,3% dos SAD efetuada pontualmente e informalmente, e em 37,1% com mecanismos formais, mas pouco sistematizados. Apesar disso são utilizadas formas estruturadas de trabalho que remetem para uma especialização funcional do SAD.

“As mãos que cuidam não são as mãos que servem as refeições (...) tenho as cuidadoras que prestam cuidados de higiene e de imagem; depois as cuidadoras que distribuem as refeições; e os cuidadores que limpam a casa” (SAD, não lucrativo urbano, cordenadora1).

Estes SAD mantêm um conjunto alargado de parcerias, sobretudo no setor não lucrativo. A adesão à tecnologia é ainda reduzida: é utilizada principalmente para promover e divulgar o SAD e outros serviços, mas raramente para melhorar a prestação de cuidados ou diversificar a oferta. Ainda assim, alguns serviços recorrem a aplicações informáticas para monitorizar cuidados e desenvolver atividades cognitivas com os utentes/clientes.

“Temos um tablet em cada casa e aproveitamos o tablet também para instalar alguns jogos de estimulação cognitiva.” (SAD Lucrativo, cordenadora2).

Práticas promissoras: Cerca de 49% dos SAD referem ter iniciativa na elaboração de candidaturas a projetos orientados para o desenvolvimento de serviços alternativos e complementares aos convencionais, reforçando a integração entre a saúde e o social e contribuindo para diversificar a oferta de serviços.

“(...) no âmbito do projeto (financiado), temos uma equipa de enfermagem e um psicólogo, e neste momento alargámos a equipa para um terapeuta ocupacional, um psicomotricista.” (SAD, não lucrativo rural, coordenadora2)

Estas iniciativas são reconhecidas como práticas inspiradoras (46,7%) e encontram-se em diferentes fases de desenvolvimento: algumas estão em planeamento, sobretudo as orientadas para o apoio ao cuidador e à pessoa com demência, enquanto outras já se encontram em implementação, nomeadamente cursos de formação e qualificação de profissionais e o reforço de parcerias com organizações de saúde e universidades.

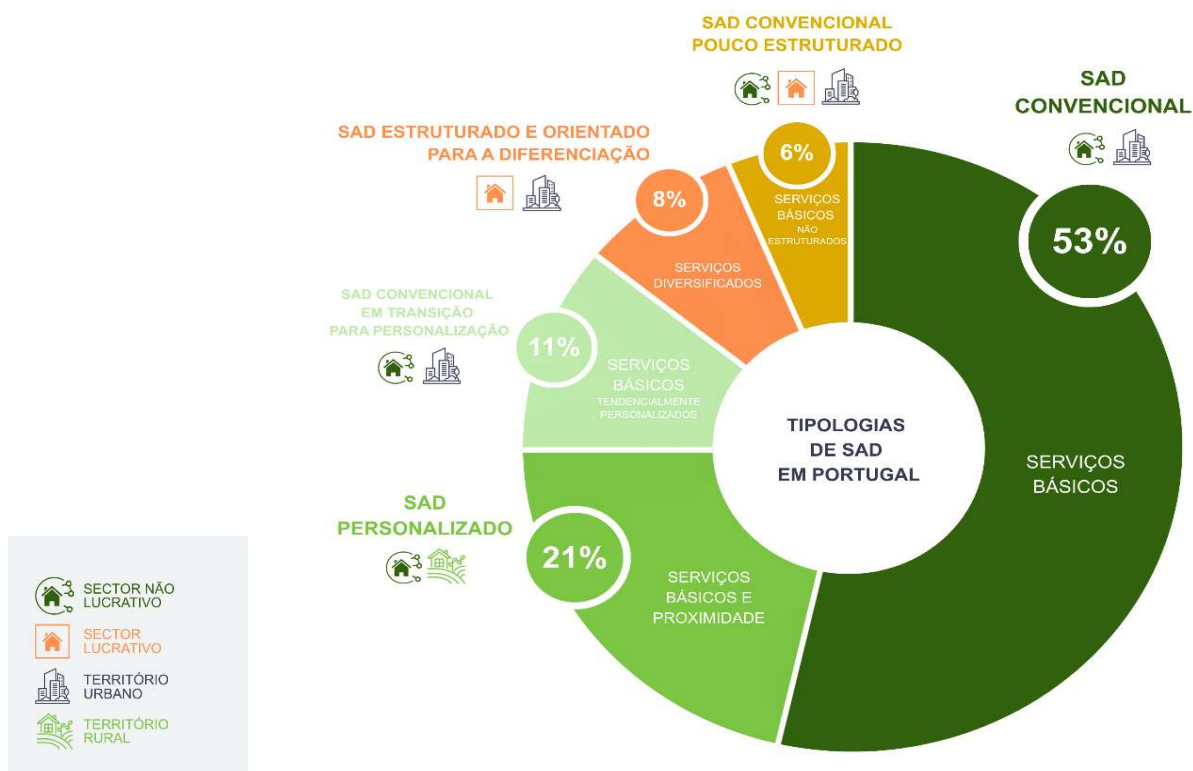
“...extensão dos serviços para além do horário convencional, o apoio estruturado ao cuidador informal, o apoio a pessoas com demências ou outras doenças degenerativas, a promoção da qualidade de vida dos utentes” (SAD, Lucrativo, cordenadora1)

Os respondentes (41,1%) apresentaram propostas de política que apontam para a necessidade de um modelo mais personalizado, ajustado às complexas necessidades dos utentes e clientes. Estas necessidades exigem maior tempo de permanência no domicílio, o que implica, nomeadamente, o alargamento do horário de prestação de cuidados.

Tipologias de SAD

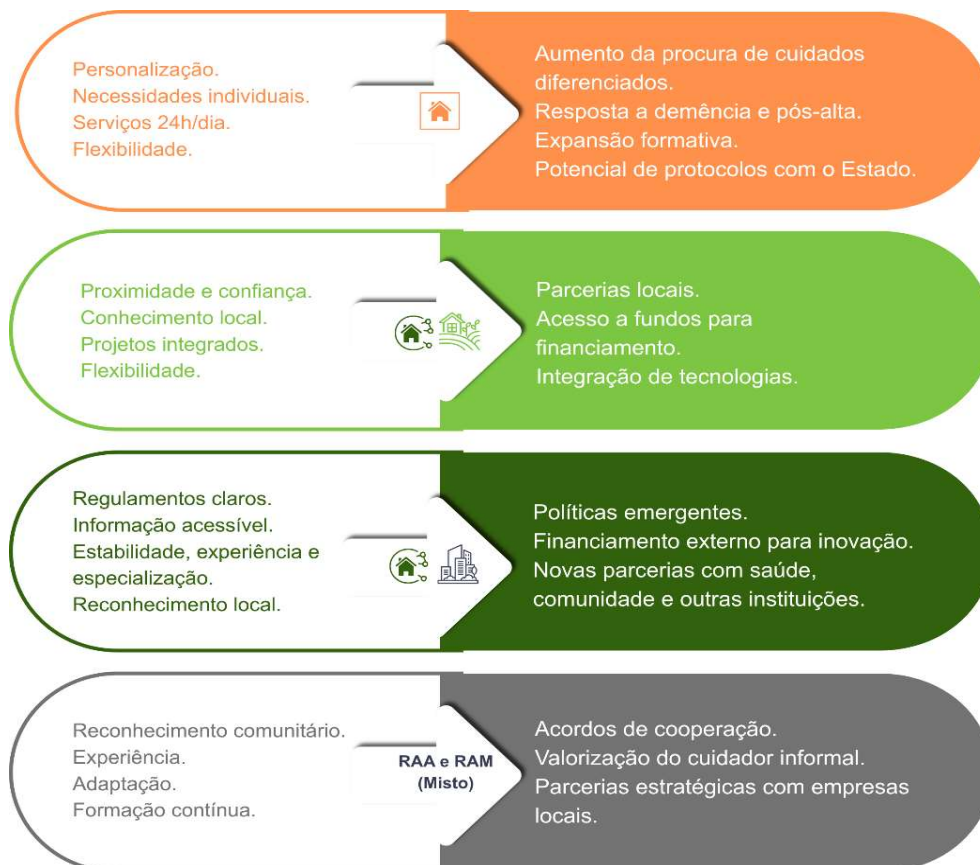
A análise de Clusters revelou a existência de 5 tipologias de SAD: convencional; personalizado; convencional em transição para a personalização; estruturado e orientado para a diferenciação; e convencional pouco estruturado – Figura 1. As boas práticas demonstradas nos estudos de caso, reforçam estas tipologias – Figura 2.

Figura 1: Tipologias de SAD em Portugal



Legenda: Setores e Territórios

Figura 2: Práticas promissoras para o SAD do Futuro (Estudos de Caso)



Fonte: Elaboração própria

Opções de Política e Recomendações

As opções de política e recomendações apresentadas resultam do diagnóstico realizado e da integração dos contributos mais relevantes identificados em cada cluster, articulados com as boas práticas nacionais e internacionais que configuram o modelo de SAD do futuro.

1 – Reconfigurar a política pública de cuidados domiciliários através de um novo enquadramento legislativo

Objetivo: Integrar a política pública do SAD, numa estratégia nacional de cuidados de longa duração compatível com os arquétipos do envelhecimento ativo, saudável e na comunidade favorecedora da integração social e da saúde.

Medidas: Desenvolver um quadro legislativo que configure um modelo de cuidados de domiciliário capaz de responder aos desafios emergentes, definindo regras e critérios uniformizados para os setores lucrativo e social, articulados com a Rede Social e a RNCCI. Incluir o SAD na política nacional de cuidados de longa duração, seguindo a Agenda 2030 e diretrizes internacionais (UE/ONU). Reforçar os mecanismos de coordenação interministerial, nomeadamente através da Comissão Nacional de Coordenação Interministerial dos Cuidados de Longa Duração (Despacho n.º 3202/2026), e consolidar experiências inovadoras, como os projetos-piloto SAD+Saúde.

2 – Recriar o modelo de financiamento ajustado aos desafios do envelhecimento e do território

Objetivo: Rever e diversificar os modelos de financiamento, articulando financiamento estrutural atribuído às organizações com mecanismos de apoio direto às famílias, ajustados à complexidade dos cuidados, às especificidades do território e à função social do SAD.

Medidas: Criar um modelo de financiamento por tipologia de serviço e características dos cuidados (valorizando dimensões como a dependência, demência, prevenção) e a especificidade territorial (urbano, rural e misto), ponderando custos logísticos, orográficos e vulnerabilidade social. Redefinir o financiamento setorial com base na equidade e complexidade dos casos, garantindo a

sustentabilidade. Integrar no cálculo do financiamento o perfil clínico-social do utente (intensidade/duração dos cuidados) e os custos operacionais majorados em zonas periféricas e de baixa densidade. Considerar os SAD privados no financiamento público mediante responsabilidade social, como resposta às altas hospitalares complexas em áreas urbanas e mistas. Implementar mecanismos de liberdade de escolha dirigidos às famílias (*vouchers*, deduções, copagamentos) como complemento ao financiamento estrutural, sem o substituir.

3 – Reforçar a dimensão comunitária e do planeamento sócio espacial

Objetivo: Integrar a dimensão comunitária do SAD em alinhamento com o *ageing in place*, reforçando a coordenação local, o planeamento sócio espacial sistemático e a valorização do voluntariado.

Medidas: Criar estruturas de coordenação local dos cuidados domiciliários, articulando entidades públicas e comunitárias, assegurando integração, continuidade e adaptação territorial. Reforçar o papel das autarquias e redes locais na identificação de risco, mobilização de recursos e promoção de respostas de proximidade alinhadas com o *ageing in place*. Envolver as equipas comunitárias na prevenção do isolamento, acompanhamento de situações de grande dependência e apoiar cuidadores informais, em articulação com saúde e ação social. Criar um sistema de análise sócio espacial para mapear riscos associados ao envelhecimento e acesso a cuidados orientando decisões de financiamento, licenciamento e organização do SAD.

4 – Integrar os cuidadores informais nos planos de cuidados

Objetivo: Considerar os cuidadores informais como população-alvo explícita do SAD, assegurando respostas estruturadas de apoio, descanso, formação e acompanhamento.

Medidas: Reconhecer os cuidadores informais como destinatários do SAD, valorizando o seu papel na continuidade e qualidade dos cuidados. Integrar os cuidadores nos planos de

intervenção, avaliando as suas necessidades, objetivos e bem-estar e desenvolver respostas específicas: formação, apoio emocional, ajuda mútua, acompanhamento psicossocial e medidas de descanso, abrangendo também cuidadores sem estatuto formal. Articular o apoio aos cuidadores com SAD+Saúde e equipas comunitárias, assegurando a sua inclusão na gestão de casos complexos.

5 – Garantir a autodeterminação e os direitos das pessoas cuidadas

Objetivo: Assumir o respeito pela autodeterminação e vontade da pessoa, garantindo a correta identificação do representante legal quando esta não tenha capacidade para a expressar.

Medidas: Assegurar que as decisões de acesso ao SAD respeitam a vontade da pessoa e, quando esta não possa ser expressa, atuar de acordo com o Regime Jurídico do Maior Acompanhado. Clarificar que os familiares não são representantes legais sem designação formal, com registo obrigatório. Verificar e registar, nos processos do SAD, a existência de representante legal ou pessoa de confiança. Reforçar o consentimento informado, garantindo a compreensão e participação da pessoa nas decisões, promover a figura da pessoa de confiança e apoiar a sua designação. Desenvolver formação dirigida às equipas de SAD em direitos, capacidade jurídica e limites da intervenção familiar, integrando estes princípios nos referenciais de qualidade, auditoria e supervisão.

6 – Capacitar as direções das organizações e valorizar os profissionais das equipas de cuidados

Objetivo: Profissionalizar as atividades do cuidado criando carreiras estruturadas e sistemas de formação e qualificação em todos os níveis institucionais (AAD, equipas técnicas, direções técnicas e direção de topo).

Medidas: Uniformizar designações, perfis e funções dos profissionais de cuidados domiciliários, promovendo reconhecimento e coerência entre os setores não lucrativo e lucrativo. Reestruturar carreiras com progressão e valorização remuneratória adequadas à exigência do trabalho. Garantir direitos laborais, proteção social e combate à precariedade para todos os colaboradores. Definir requisitos mínimos de qualificação, com

formação obrigatória em áreas-chave do cuidado. Desenvolver programas de formação inicial e contínua para todos os níveis, incluindo gestão, planeamento e integração social-saúde. Reforçar a supervisão técnica regular, assegurando tempo dedicado ao acompanhamento das equipas e à prevenção do *burnout*.

7 – Assegurar sistemas de avaliação, auditoria e qualidade

Objetivo: Reconstruir os sistemas de avaliação, auditoria e qualidade, com monitorização contínua e transparência, centrados na pessoa e na continuidade dos cuidados.

Medidas: Definir e implementar sistemas de qualidade nos SAD, com normas e indicadores alinhados com referenciais centrados na pessoa. Estabelecer mecanismos de avaliação e auditoria regulares, incluindo indicadores de resultados, satisfação, continuidade e equidade territorial. Utilizar tecnologias para registo em tempo real, monitorização e transparência da gestão. Envolver utentes, cuidadores e comunidades na avaliação, recolhendo *feedback* sobre adequação e impacto dos serviços. Integrar a avaliação da qualidade no licenciamento, contratualização e financiamento, valorizando boas práticas e resultados baseados na evidência.

8 – Diversificar os serviços e ampliar o uso da inovação tecnológica

Objetivo: Personalizar e diversificar os serviços, integrando inovação tecnológica no SAD, para responder à integralidade da pessoa idosa, melhorar a continuidade de cuidados e reduzir desigualdades sociais e territoriais.

Medidas: Alargar o leque de serviços, integrando cuidados de saúde, apoio psicossocial, estimulação cognitiva, socialização e participação comunitária. Financiar tecnologias de teleassistência, monitorização, registo e comunicação. Desenvolver um modelo de avaliação multidimensional dos utentes/clientes. Incentivar a adoção tecnológica sobretudo nos territórios rurais e misto e da RAA e RAM como complemento e não substituto da presença humana. Integrar a tecnologia nos sistemas de qualidade, transparência e continuidade dos

cuidados. Garantir formação em literacia digital, uso de tecnologias e proteção de dados para equíparas, utentes e cuidadores. Promover

projetos-piloto de inovação, avaliando impacto e possibilidade de expansão.

Conclusão

Os Serviços de Apoio Domiciliário constituem uma resposta essencial no quadro das políticas de cuidados dirigidas às pessoas idosas e a outros grupos que necessitam de apoio continuado. Contudo, este estudo evidencia a necessidade de uma transformação profunda que permita responder à diversidade de perfis e necessidades das pessoas, às especificidades dos territórios e às exigências de coesão, sustentabilidade e qualidade.

A pluralidade de modelos existentes, desde respostas convencionais a estruturas mais diferenciadas, demonstra capacidade de adaptação, mas também revela assimetrias que, na ausência de referenciais comuns, podem acentuar desigualdades no acesso e comprometer padrões mínimos de qualidade.

Portugal dispõe de recursos humanos dedicados, de organizações com forte enraizamento comunitário e de experiências inovadoras que podem ser ampliadas. Porém, sem uma visão estratégica partilhada, sem financiamento ajustado à complexidade dos cuidados, sem integração efetiva entre saúde e apoio social e sem sistemas robustos de monitorização e qualidade, o potencial do SAD permanece limitado. Torna-se, por isso, necessário definir um referencial básico de qualidade, aplicável a todos os serviços, que assegure cuidados dignos, seguros e ajustados às necessidades das pessoas

idosas, independentemente da sua localização ou do setor em que o serviço se insere.

Este referencial deve, simultaneamente, permitir diferenciação, inovação e adaptação territorial, evitando a homogeneização excessiva das respostas e valorizando a diversidade como recurso. A sua concretização exige a mobilização articulada dos setores público, social e lucrativo, não apenas ao nível da regulação, mas também da capacitação, do financiamento e da monitorização. Só assim será possível reduzir desigualdades, reforçar a integração dos cuidados e consolidar um sistema centrado na pessoa, que reconheça o papel dos cuidadores formais e informais e valorize a permanência das pessoas nas suas casas e comunidades.

A reorganização dos cuidados no domicílio constitui, assim, um passo decisivo para a construção de um modelo de cuidados de longa duração mais justo, sustentável e alinhado com os desafios demográficos e sociais do país. O futuro do SAD dependerá da capacidade coletiva de transformar evidência em ação e de assumir, de forma consistente, que a dignidade e a autonomia das pessoas idosas são pilares estruturantes de uma sociedade que se pretende inclusiva e preparada para o envelhecimento e para a longevidade.

Referências

Álvarez-Pérez, P., Relinque-Medina, F., & Pena, M. J. (2025). Socio spatial modelling of social services for older adults in Portugal: Implications for social work practice in an aging world. *Journal of Gerontological Social Work*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/01634372.2025.2588687>.

Barbosa, J., Guinaldo, J. I., & Cunha, M. A. da. (2018). Serviço de Apoio Domiciliário como substituição ou complemento do cuidado familiar. *Revista Kairós-Gerontologia*, 21(3),09–34. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i3p09-34>.

Batista, P., Wolf, J. H., Martins, R., & Marques, J. L. (2024). The location of home support services for older adults in the Aveiro Region of Portugal. *Journal of Aging & Social Policy*, 37(3),1–19. <https://doi.org/10.1080/08959420.2024.2384182>.

Conselho da União Europeia. (2022, 8 de dezembro). Recomendação do Conselho relativa ao acesso a cuidados de longa duração acessíveis e de elevada qualidade (2022/C 476/01). *Jornal Oficial da União Europeia*, C 476.

Davey, V., Healey, J. M., Liddle, J., Beresford, B., Allan, S., Goodman, C., Gordon, A., Killett, A., Rand, S., Spilsbury, K., Towers, A., &

Hanratty, B. (2024). Defining Home care: An exploration of its roles, challenges, and data needs. <https://doi.org/10.31235/osf.io/9ej8k>.

Fonseca, A. M. (2021). *Ageing in Place - envelhecimento em casa e na comunidade. Modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Fonseca, A. (2025). Boas-práticas de SAD em Portugal: enquadrar e perspetivar, in A. Salgueiro, A. Lopes, & P. Fernandes (Eds.). *Inovação no Serviço de Apoio Domiciliário para Pessoas Idosas*. (pp.43-46). Fundação Calouste Gulbenkian.

Jacobson, D., Parker, T., Cadel, L., Mansfield, E., & Kuluski, K. (2025). The Intersection of Gender, Culture and Society for Caregivers of Older Adults Ageing in Place in Ontario, Canada. *Health Expectations*, 28(2), e70259. <https://doi.org/10.1111/hex.70259>.

Gil, H. & Patrício, M. R. (2025). Senior Info-Exclusion 4.0 - Emerging Digital Technologies and the Technological Singularity. In Maria João Guardado Moreira Lucinda Sofia A. Carvalho Ângela Simões Marisa de Jesus Candeias Helena Margarida Tomás (Ed). *Sustainability in Aging Challenges and Opportunities for an Integrated Society* (pp. 632 - 648). Springer.

Kuryk, K., Funk, L. M., Warner, G., Macdonald, M., Lobchuk, M., Rempel, J., Spring, L., & Keefe, J. (2023). Ageing in place with non-medical home support services need not translate into dependence. *Ageing & Society*. <https://doi.org/10.1017/s0144686x23000478>.

OECD (2026), *OECD Economic Surveys: Portugal 2026*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/025b3445-en>.

OECD (2025a). *Health at a glance 2025: OECD indicators*, OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance-2025-en

OECD (2025b). *OECD Health Statistics 2025* (julho de 2025). <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html>.

Ribeirinho, C., & Carvalho, M. I. (2024). A practical model of supportive social work supervision in Portugal: Between safety of the older people and personal self-care. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 15(1), 45–67. <https://doi.org/10.18270/rccs.v15i1.3204>.

Rizzini, C. L., Maino, F., & De Tommaso, C. V. (2024). Ageing in Place, Healthy Ageing: Local Community Involvement in the Prevention Approach to Eldercare. *Social Inclusion*. <https://doi.org/10.17645/si.7438>.

Santos, G., & Rodrigues, M. (2022). A qualidade do Serviço de Apoio Domiciliário: perspetiva de clientes e colaboradores de um SAD do concelho de Vagos: -176. *Revista Temas Sociais*, (2),162-176. https://doi.org/10.53809/TS_ISS_2022_n.2_162.

UMP & outros (2022). *MA(i)SAD – Modelo Avançado de Serviço de Apoio Domiciliário*. União das Misericórdias Portuguesas.

Wong, S. (2022). Depleted by dependence or imprisoned by independence? Cases of China's aging in place. *Educational Gerontology*, 49, 657–672. <https://doi.org/10.1080/03601277.2022.2147335>.

Legislação:

Portaria n.º 38/2013 do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2013). Diário da República: I série, n.º 21. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/38-2013-258278>.

Lei n.º 7/2026 da Assembleia da República. (2026). Diário da República: I série, n.º 39.

Agradecimentos

A equipa de investigação agradece às 510 organizações com SAD, dos setores lucrativo, não lucrativo e ambos (lucrativo e não lucrativo) pela participação no questionário de diagnóstico do SAD, e aos 12 SAD, representados pelos seus/suas coordenadoras/es no acesso a informação relevante, incluindo, regulamentos de SAD, análise SWOT (resultante do trabalho de equipa) e entrevistas concedidas, a facilitação do contacto com utentes/clientes e cuidadores entrevistados. Expressam também o seu agradecimento aos 24 utentes/clientes e cuidadores que partilharam as suas perceções e vivências no âmbito dos SAD.

Um agradecimento especial ao Dr. José Carlos Batalha representante da FITI e da CNIS, pela colaboração, facilitação e divulgação do estudo junto das organizações filiadas nestas entidades. Agradecem ainda à Associação de Apoio Domiciliário, de Lares e Casas de Repouso de Idosos – pela colaboração na divulgação do estudo junto dos seus associados.

Dirigem também um agradecimento especial ao Professor António Fonseca, consultor científico do projeto.

Por fim, não podem deixar de reconhecer o contributo dos membros da equipa contratados externamente para a realização de diversas tarefas de investigação, nomeadamente a condução de entrevistas, a sua transcrição e a colaboração em outras atividades essenciais para a concretização deste estudo: Rafael Graça e Patrícia Alagoa.

De referir ainda que os resultados preliminares deste estudo foram apresentados publicamente no dia 27 de março de 2026, no ISCSP, num evento que contou com a inscrição de cerca de 450 entidades. O estudo foi igualmente objeto de ampla divulgação na comunicação social, incluindo a Agência Lusa, a RTP, a TSF e vários jornais diários.

COMO CITAR ESTE DOCUMENTO

Carvalho, M.I., Ribeiro, C., Costa, D. Costa, J.L., Mesquita, M., Bárrios, M.J., Candeias, M. & Borrego, P. (2026). (Re) Imaginar os Cuidados no Domicílio em Portugal: Diagnóstico de Necessidades e Propostas para Respostas Inovadoras, Integradas e Sustentáveis, S4P Policy Brief 8030/2026, PLANAPP – Centro de Planeamento e de Avaliação de Políticas Públicas.

CONTACTO

science4policy@planapp.gov.pt

COPYRIGHT

© PLANAPP, 2026



[Ciência para as políticas públicas](#)



[PLANAPP](#)



[Newsletter](#)



[PLANAPP](#)



[@planapp](#)



[PLANAPP podcasts](#)



Este *policy brief* foi desenvolvido no âmbito do Science4Policy 2026 (S4P-25): Concurso de Estudos de Ciência para as Políticas Públicas, uma iniciativa do Centro de Planeamento e de Avaliação de Políticas Públicas (PLANAPP), em parceria com a Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), financiada pelo Plano de Recuperação e Resiliência de Portugal. Linha temática S4P-25/3 [Envelhecimento: estudos de caso para diagnóstico das necessidades dos cuidados no domicílio de uma população envelhecida].

O conteúdo é da exclusiva responsabilidade dos seus autores e não vincula nem compromete o PLANAPP - Centro de Planeamento e de Avaliação de Políticas Públicas.