

# Gulbenkian Home Care

Resultados e impactos  
da fase piloto



FUNDAÇÃO  
CALOUSTE GULBENKIAN

# Gulbenkian Home Care

Resultados e impactos  
da fase piloto



Projeto “Sorrisos ao Domicílio”. © Absolutage

A iniciativa Gulbenkian Home Care centra-se na melhoria da prestação de cuidados no domicílio a pessoas idosas. Pretende fomentar a implementação de projetos de proximidade que preservem a capacidade funcional das pessoas em suas casas, através de cuidados integrados, com planos individuais e continuidade de acompanhamento, prestados por profissionais competentes, respeitando os seus direitos.

A conceção da iniciativa Gulbenkian Home Care tem como referência as recomendações das Nações Unidas para a Década do Envelhecimento Saudável (2021/2030) e pretende responder ao desigual e assimétrico acesso a cuidados no domicílio para pessoas idosas, em Portugal.

Numa primeira fase, a iniciativa Gulbenkian Home Care testou 15 projetos-piloto em diferentes regiões de Portugal continental e Regiões Autónomas, coordenados por várias tipologias de entidades, que beneficiaram do apoio financeiro e do acompanhamento técnico da Fundação Calouste Gulbenkian, do suporte e capacitação da MAZE Impact e da avaliação do CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, através do seu polo de gestão no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (ICBAS.UP).

Decorre atualmente a segunda fase da iniciativa – Gulbenkian Home Care 2.0 –, na qual se mantém uma estratégia baseada nas redes locais e na diferenciação da oferta em função das necessidades das pessoas e dos seus territórios, havendo agora um maior envolvimento por parte da área da saúde.

No Gulbenkian Home Care 2.0, mais de 250 profissionais e cerca de 150 entidades, entre promotoras e parceiras, desempenham um papel determinante na implementação dos 17 projetos em curso, distribuídos por diferentes locais do continente e das Regiões Autónomas. Destes projetos, 14 são promovidos por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e três por Unidades Locais de Saúde (ULS).

Nesta fase, a MAZE Impact está a desenvolver um programa de capacitação e a RISE Health tem a cargo a avaliação externa dos projetos e da iniciativa.

Os resultados e impactos da iniciativa serão apresentados em outubro de 2027.

A presente publicação resulta de uma seleção de conteúdos dos relatórios (final e de *follow-up*) de avaliação externa da iniciativa, realizada pelo CINTESIS/ICBAS.UP (equipa: Constança Paúl, Soraia Teles, Sara Guerra, Oscar Ribeiro e Sofia Medeiros; com apoio científico de Matilde Jóia), bem como dos relatórios de execução técnica e financeira dos projetos apoiados pela Fundação Calouste Gulbenkian. A informação mais completa sobre os projetos e os resultados da iniciativa podem ser consultados em *Gulbenkian Home Care: Inovação no Serviço de Apoio Domiciliário para Pessoas Idosas*.



# Novos modelos de cuidados numa Europa que envelhece: ações locais, responsabilidades nacionais, problemas globais<sup>1</sup>

Alexandra Lopes

Rute Lemos

## Introdução

Este texto enquadra a discussão sobre novos modelos de cuidado domiciliário no contexto dos cuidados de longa duração, tomando como ponto de partida a Conferência *Gulbenkian Home Care: Inovação no Serviço de Apoio Domiciliário para Pessoas Idosas* (dezembro de 2024). Embora o tom da sessão fosse de celebração, marcado pela

apresentação de projetos inovadores, o evento funcionou como um momento de reflexão sobre os desafios do cuidado a pessoas mais velhas com necessidades sociais e de saúde. Embora centrados na realidade nacional, os projetos apresentados refletem riscos e pressões comuns a vários países europeus. Neste texto, identificamos e abordamos alguns desses riscos e pressões.

<sup>1</sup> Este texto foi produzido no âmbito da investigação desenvolvida pelo consórcio LeTs-Care: Learning from Long-Term Care Practices for the European Care Strategy, financiado pela União Europeia, sob o Programa Horizonte Europa e através do Contrato N°101132701. Tem como objetivo estudar soluções eficazes e replicáveis de cuidados de longa duração, reunindo equipas de sete países europeus.

**Necessidades de cuidados a crescer numa Europa a envelhecer**

A Europa enfrenta um processo de envelhecimento populacional, com ritmos e intensidades diferenciados entre países. O fenómeno remete para o aumento da longevidade e do número absoluto de pessoas mais velhas. As estimativas sugerem que, na União Europeia (UE), os 26,6 milhões de pessoas com 80 ou mais anos de 2020 passarão a ser, em 2050, 49,9 milhões (Fonte: Eurostat, Population projections database). Estes dados são relevantes face ao claro gradiente etário na distribuição de pessoas com limitações funcionais por motivos de saúde e fragilidade. Ou seja, o crescimento do número absoluto de pessoas mais velhas tenderá a ser acompanhado por um aumento das necessidades de apoio social e de cuidados de saúde. A magnitude deste fenómeno dependerá, em larga medida, da capacidade de prolongar os anos de vida com boa saúde. Neste domínio, Portugal enfrenta desafios significativos: em 2022, a esperança de vida aos 65 anos é de cerca de 21 anos, dos quais apenas cerca de 8 é expectável serem vividos com saúde (Eurostat, 2022, hlth\_hlyehlth\_hlye). Isto permite perceber a carga previsível de necessidade de cuidados que decorrerá do crescimento do número absoluto de pessoas mais velhas. Esta linha de argumentação leva-nos a perguntar como estão essas necessidades de apoio a ser servidas. Disso nos ocupamos na próxima secção deste texto.

**Como estão organizados os sistemas sociais de cuidados na Europa?**

Os sistemas de cuidados de longa duração na UE são diversos ao nível do financiamento, da organização da sua prestação e tipos de cuidados disponíveis. Esta diversidade reflete trajetórias históricas e visões distintas sobre as responsabilidades coletivas no apoio a quem necessita: quem paga? quem tem direito? como se dividem as responsabilidades?

Temos sistemas assentes numa forte provisão pública de serviços com acesso universal dependente unicamente da existência de uma necessidade e sem pagamentos da parte do utilizador (ou com copagamentos muito reduzidos), como, por exemplo, na Dinamarca. Temos sistemas onde a provisão pública se combina com transferências monetárias, nomeadamente com recurso aos orçamentos pessoais, como nos Países Baixos. Temos ainda sistemas financiados por seguros sociais obrigatórios, de natureza contributiva, destinados a assegurar capacidade financeira no Estado para custear os cuidados, como é o caso da Alemanha. Também ao nível da prestação se observa um menu diversificado de configurações. Se nos países nórdicos há uma forte presença pública na prestação de serviços, em articulação com os municípios, no Sul da Europa temos um modelo de parceria entre o setor público (que financia) e o setor social solidário (que presta o serviço). Em países onde os sistemas de cuidados são ainda limitados em cobertura, a provisão informal (por familiares) e a provisão comercial acabam por ter uma expressão importante (como em Portugal, Itália ou Lituânia). A miscelânea abarca igualmente o menu de cuidados. Alguns países optam pela atribuição de subsídios monetários (complementos de dependência, subsídios aos cuidadores, orçamentos pessoais, entre outros), transferindo para o indivíduo a organização dos seus cuidados, o que tende a dinamizar as lógicas de mercantilização do

setor. Outros optam pela prestação direta de serviços, com diferentes graus de institucionalização e de integração entre cuidados pessoais e de saúde. Ou seja, uma diversidade de modelos que dá origem a uma Europa fragmentada em termos daquilo que é a capacidade de resposta a necessidades, mas também ao tipo de respostas.

Temos países da UE a diferentes velocidades e em diferentes fases de maturação dos seus sistemas de cuidados de longa duração. Um primeiro grupo enfrenta um problema de quantidade, com baixa utilização e prováveis pressões para uma expansão rápida da capacidade. Estes são países com uma dependência estrutural dos cuidados informais e que expandiram os cuidados formais mais recentemente, na sua maioria, sob a forma de cuidados institucionais no âmbito da assistência social (como em Portugal). Um segundo grupo apresenta taxas de utilização mais elevadas e menor recurso à institucionalização, típico de sistemas mais maduros orientados para cuidados comunitários. Há um terceiro grupo emergente que combina uma elevada utilização com sinais de reinstitucionalização, possivelmente associados ao aumento da demência (de que são exemplo a França, a Dinamarca e a Finlândia). Perante esta paisagem institucional fragmentada, torna-se central identificar elementos comuns que permitam avançar a agenda da promoção de cuidados acessíveis, para todos e com qualidade, tema que enquadra os desenvolvimentos recentes da política pública europeia abordados na secção seguinte.

**Princípios e compromissos de uma visão europeia para os sistemas sociais de apoio a pessoas mais velhas dependentes**

A discussão política europeia sobre os sistemas de cuidados de longa duração para pessoas mais velhas tem-se desenvolvido no quadro típico da *soft policy*, domínio em que a UE não dispõe de competências vinculativas, permanecendo os Estados-membros responsáveis pelo desenho e implementação das políticas. O papel das instituições europeias centra-se na produção de orientações estratégicas, na promoção de princípios comuns e na mobilização de instrumentos de apoio técnico e financeiro. Ao longo dos anos, foram-se multiplicando os relatórios e as chamadas de atenção da parte de instituições europeias, mas só agora é que começamos a ver esboçar-se um plano de ação mais claro a nível da UE, com objetivos e com recursos para a sua implementação. São iniciativas que permitem identificar as linhas de fundo que acabarão por influenciar as agendas nacionais de alargamento e reforma dos sistemas de cuidados.

A pandemia de Covid-19 veio dar um empurrão a todo este processo, ao expor fragilidades estruturais dos sistemas de cuidados em toda a Europa. O artigo 18 do Pilar Europeu dos Direitos Sociais consagra o direito de acesso a cuidados de qualidade e financeiramente acessíveis, princípio reforçado pela Estratégia Europeia para os Cuidados (2022). Esta estratégia apresenta uma visão integrada sobre a organização dos cuidados e faz-se acompanhar de iniciativas e instrumentos para apoiar a desejada transformação e reforma: *flagships* de apoio técnico, parcerias para o conhecimento e a transformação, linhas de financiamento dedicadas, seja sob os fundos estruturais seja sob o fundo social.

Os elementos da visão europeia são discutidos como princípios fundamentais, e que se pretende que sejam incorporados nos sistemas nacionais, naturalmente atendendo às especificidades locais, mas em todo o caso reconhecendo e preservando matérias essenciais, para as quais estes princípios remetem.

- A prevenção constitui um aspeto crítico a considerar, tanto para a sustentabilidade financeira dos sistemas como para a permanência das pessoas a viver na comunidade. O investimento em adaptações precoces dos ambientes de vida, intervenções individualizadas e reabilitação demonstram eficácia em alguns países, contrastando com sistemas excessivamente centrados na substituição de capacidades intrínsecas perdidas. A nossa Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados surgiu um pouco imbuída deste espírito, que deve ser aprofundado e alargado.
- Outro domínio a exigir reformas é o da avaliação de necessidades. No quadro das orientações europeias destacam-se dois aspetos do processo disruptivos em relação ao que são as práticas instaladas em muitos contextos nacionais: a avaliação deve estar centrada na pessoa para alavancar planos individuais de apoio e deve ser realizada por instâncias independentes do prestador direto de serviços.
- Outro tema que gera desconforto em alguns contextos nacionais é o da desinstitucionalização. O quadro europeu afirma o direito a viver na comunidade, colocando como prioridade a expansão de serviços de proximidade que promovam inclusão e participação social. Torna-se urgente repensar não apenas os modelos de prestação de serviços de apoio que envolvem institucionalização e, mais do que isso, culturas de cuidado típicas dessa figura organizacional.

- Outra *buzz word* presente em quase todos os documentos orientadores é a integração. A integração dos domínios da saúde e do apoio pessoal/social é particularmente desafiante, implicando reformas ao nível do financiamento, da avaliação de necessidades, dos perfis profissionais, da qualidade e da gestão da informação.
- Temos depois a questão da tecnologia e da sua utilização para potenciar cobertura e qualidade dos cuidados, sobretudo em regiões menos povoadas ou em contextos de maior complexidade clínica, em que a monitorização regular (à distância) pode facilitar a organização de visitas, aumentar a segurança dos utilizadores, ajudar à reabilitação e autonomia, facilitar processos de gestão de informação.
- Há consenso sobre a necessidade de garantir cuidados de qualidade, mas o que é qualidade? Não há, em nenhum Estado-membro, uma definição formal do que constituem cuidados de boa qualidade, o que se traduz em instrumentos de medição de qualidade diversos e pouco consistentes. Existe algum consenso sobre a importância de utilizar indicadores de resultados relacionados com a qualidade de vida da pessoa, mas também indicadores que reflitam os princípios de um cuidado centrado na pessoa (e.g. autodeterminação, autonomia, liberdade de escolha, privacidade, segurança). O desenvolvimento de indicadores comparáveis, incluindo os chamados *soft indicators*, está em discussão no âmbito do Comité de Proteção Social da CE. A vontade de produzir dados regulares é bem acolhida, até porque tem o potencial de visibilizar tendências que forçam os Estados-membros a avançar na direção desejada.
- Um tema particularmente sensível é o das demências, face à insuficiente preparação dos sistemas atuais para uma resposta adequada.

Observam-se sinais de reinstitucionalização em países que anteriormente haviam promovido a desinstitucionalização, fenómeno associado ao aumento de pessoas com demências. Esta dinâmica evidencia a necessidade de abordagens holísticas aos sistemas de cuidados e que promovam a construção de comunidades amigas da demência.

- Temos depois a questão do fim-de-vida. Apesar da preferência generalizada por morrer no domicílio, verifica-se um aumento das mortes em contextos institucionais. Isto é um desafio, mas seguramente um princípio orientador consensualizado e que deve também ser incluído na carta orientadora da reforma dos sistemas de cuidados.
- Finalmente, uma menção ao compromisso de apoio aos cuidadores informais. Há muita discussão sobre o valor económico que o cuidado informal representa, assim como sobre os custos do cuidado informal (abordados sobretudo no âmbito do mercado de trabalho). Qualquer medida na capacidade de resposta do cuidado informal vai ter impactos na procura de cuidados formais. É preciso, por isso, olhar para o cuidado informal de forma mais séria: compensação económica, formação, apoio, descanso do cuidador, integração, avaliação de qualidade.

Temos aqui um referencial exigente, ambicioso, centrado nas pessoas, na sua qualidade de vida, nos seus direitos fundamentais. Um referencial que nos confronta com desafios, que são comuns a todo o espaço europeu, mas que, a alguns países, se colocam de forma particularmente complexa e exigente. Assim é o caso do nosso país. Da sistematização desses desafios nos ocupamos na última secção deste texto.

**Os grandes desafios para a garantia da equidade no acesso de todas as pessoas mais velhas a cuidados de qualidade numa Europa para todos e com todos**

Destacamos, em primeiro lugar, o desafio da quantidade: aumentar coberturas, chegar a todas as pessoas, evitando desigualdades territoriais, e garantir equidade no acesso. O domínio dos cuidados de longa duração para pessoas mais velhas continua a apresentar dificuldades de cobertura, empurrando muitas vezes as pessoas para a aquisição de serviços no mercado comercial. O acesso à prestação de cuidados no mercado privado será a que colidirá com mais e maiores barreiras de acesso por razões financeiras. Em toda a Europa, os motivos financeiros permanecem a principal razão para a não utilização, ou utilização insuficiente, de serviços de apoio domiciliário. Isso significa que há procura não satisfeita e necessidade de aumentar a capacidade de resposta.

Contudo, não se trata apenas de expandir em quantidade, temos também o desafio da qualidade. A expansão não deve assentar em formatos estandardizados que privilegiem respostas rápidas, nomeadamente através da institucionalização. O objetivo é promover cuidados de qualidade, centrados na comunidade e na pessoa, partindo dos seus contextos de vida. A relevância do encontro promovido pela Fundação Calouste Gulbenkian, que dá origem a esta publicação, está aqui precisamente. É o cuidado centrado no espaço domiciliário da pessoa que deve constituir a prioridade.

Mas quantidade e qualidade não se atingem sem uma força de trabalho que seja suficiente em número e qualificada. Em 2020, cerca de 6 milhões de pessoas trabalhavam no setor dos cuidados na UE, representando aproximadamente 3% da força de trabalho, maioritariamente mulheres, muitas vezes em condições exigentes, com baixo reconhecimento

e escassas perspectivas de carreira. Reinventar o trabalho de cuidar, valorizá-lo, dignificá-lo e recompensá-lo constitui um pilar fundamental para atrair profissionais e assegurar retorno no investimento em formação. Este processo implicará um aumento do investimento público, conduzindo ao desafio da sustentabilidade financeira. A diversidade europeia na mobilização de recursos públicos é significativa, com países como Portugal a apresentarem níveis de despesa muito abaixo da média. Crescer em quantidade e qualidade exigirá maior investimento e uma discussão séria sobre os mecanismos de financiamento, de forma a garantir cobertura adequada e equidade. O quadro que se desenha é exigente e requer coragem política, clareza no debate público e a construção de consensos alargados, para além dos ciclos governativos. A mudança será marcada por tensões e resistências associadas a interesses instalados e práticas enraizadas, mas é possível, como demonstram os projetos apoiados pelo Gulbenkian Home Care.

Conclusões

Os debates promovidos, como a Conferência Gulbenkian Home Care , mostram que a transformação do setor não depende apenas de uma expansão quantitativa, mas de uma redefinição do trabalho de cuidar, da ênfase na prevenção e reabilitação e da desinstitucionalização. A integração dos cuidados de saúde e sociais, o investimento em novas tecnologias e a valorização do papel dos cuidadores informais são peças chave desse processo. Contudo, o caminho a seguir não será fácil: exigirá vontade política, reformas estruturais, aumento do financiamento público e, sobretudo, uma mudança cultural que envolva a sociedade como um todo.

É com grande expectativa que aceitamos participar em discussões como a desta Conferência onde se faça ouvir a voz de pessoas que são profundas conhecedoras destas matérias no dia-a-dia das suas concretizações e dificuldades, e que nos podem ajudar a imaginar os caminhos de desenvolvimento para o sistema social de apoio aos mais velhos. Esse é o nosso compromisso com a construção de um futuro mais inclusivo e sustentável para todos, promovendo o diálogo entre as partes envolvidas e facilitando a implementação de políticas públicas que transformem a visão europeia em realidade.



Projeto “Cuid@r+”. © Absolutauge

# Resultados e impactos da fase piloto

O Gulbenkian Home Care (GHC) é uma iniciativa da Fundação Calouste Gulbenkian que tem como principal objetivo contribuir para uma mudança de paradigma nos cuidados prestados às pessoas mais velhas em Portugal, através da qualificação dos serviços de apoio domiciliário (SAD)<sup>2</sup>.

Centrado na promoção de cuidados multidisciplinares e integrados, com articulação entre a área social e da saúde, assenta em soluções inovadoras e baseadas em evidência, com foco no impacto e na resposta às reais necessidades desta população. O GHC tem ainda como foco a capacitação das organizações sociais para a integração de soluções tecnológicas na intervenção e gestão de SAD, promovendo a transformação digital das instituições.

O GHC capitaliza o conhecimento acumulado em ações prévias da Fundação Calouste Gulbenkian no que respeita à opção pelo envelhecimento em

casa e na comunidade e pela melhoria das condições para envelhecer junto de pessoas e lugares significativos, com autonomia, dignidade e qualidade de vida. Trata-se de uma iniciativa alinhada com as metas globais e nacionais para o envelhecimento, e com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030.

Na fase piloto, foram apoiados 15 projetos de norte a sul de Portugal continental e Regiões Autónomas, do litoral e do interior, de meios rurais e urbanos, de organizações sociais de dimensões e experiências diversas relativamente à prestação de cuidados em contexto domiciliário. Procurou-se reforçar as competências dos profissionais e a especialização dos cuidados, bem como robustecer as organizações sociais através da atualização das metodologias, das dinâmicas de intervenção e da introdução de novas ferramentas de gestão, monitorização e avaliação de SAD.



2 Saiba mais informações no website da Fundação Calouste Gulbenkian.

# Uma iniciativa pioneira

O Gulbenkian Home Care ofereceu um modelo de apoio financeiro e não financeiro inovador para o contexto fundacional português<sup>3</sup>, que teve em vista a capacitação de profissionais e das organizações sociais, além da sustentabilidade dos projetos. O apoio não financeiro garantiu, para além de um acompanhamento técnico-científico assegurado pela Fundação, uma consultoria especializada e uma avaliação de impacto por entidades externas. A consultoria especializada assegurou, para além de formações temáticas relevantes para a totalidade das equipas de projeto, um apoio individualizado, adaptado às necessidades e aos contextos, visando a transformação das próprias organizações sociais.

A Fundação Calouste Gulbenkian apoiou ainda a divulgação dos projetos através da produção de videostories e da organização da Conferência Gulbenkian Home Care: Inovação no Serviço de Apoio Domiciliário para Pessoas Idosas, realizada a 10 de dezembro de 2024, onde se apresentaram os principais resultados da iniciativa e para a qual se mobilizaram stakeholders dos diferentes setores da sociedade.



# Apoiar pessoas mais velhas e cuidadores informais

Quem beneficiou e que atividades foram desenvolvidas?

Pessoas idosas cuidadas

1065

Cuidadores informais

196

Projetos

15

As atividades desenvolvidas pelos 15 projetos beneficiaram diretamente 1065 pessoas idosas cuidadas e 196 cuidadores informais. O perfil sociodemográfico, de saúde e social dos participantes foi avaliado na fase de admissão nos diferentes projetos.

Perfil das pessoas idosas cuidadas

INFORMAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA

62% mulheres

80,4 anos, em média

63% casados(as)/ em união de facto

50,4% completaram o 4º ano, 9% nunca frequentaram a escola

39% viviam sozinhos(as)

SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

66% tinham problemas de saúde

37% estavam insatisfeitos(as) com a sua saúde

45% sentiam que as dores físicas os impediam de fazer o que precisavam

30% não viam ou viam com dificuldade, mesmo usando óculos

36% não ouviam ou ouviam com dificuldade, mesmo com próteses auditivas

40% não conseguiam andar a pé pelo menos 10 minutos por dia

63% apresentavam queixas de memória

35% reportaram ter sentimentos negativos frequentemente

80% dos homens e

72% das mulheres apresentavam fraqueza muscular

29% reportaram precisar de ajuda para organizar ou tomar a medicação

65% não beneficiavam de nenhuma terapia até participarem nestes projetos

RELAÇÕES SOCIAIS

29% sentiam-se muitas vezes sozinhos(as)

56% participavam poucas vezes em atividades com outras pessoas

Embora já beneficiassem de apoio domiciliário, a maioria das pessoas mais velhas participantes não tinha acesso a cuidados especializados no domicílio.



Perfil dos cuidadores informais

INFORMAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA

70% mulheres

67 anos, em média, 25% entre 76 e 85 anos

76% casados(as)/ em união de facto

23% completaram o 12º ano, 21% o ensino superior

37% com atividade profissional

48% aposentados

49% cônjuges/companheiros e 39% filhos da pessoa cuidada

CUIDADOS PRESTADOS

74% viviam com a pessoa cuidada

45H/semana despendidos a cuidar (mediana)

45% não tinham apoio para cuidar

51% sentiam-se inseguros sobre os cuidados

80% não mostravam desejo de institucionalizar a pessoa cuidada

SAÚDE E BEM-ESTAR

36% reportaram elevados níveis de sobrecarga

33% estavam insatisfeitos(as) com o seu sono

31% estavam insatisfeitos(as) com a sua saúde

82% não utilizavam nenhum serviço de apoio até à participação nestes projetos

RELAÇÕES SOCIAIS

31% sentiam-se muitas vezes sozinhos(as)

56% sentiam que tinham poucas oportunidades de lazer

Cerca de ¼ dos cuidadores tinha idade avançada e prováveis necessidades de cuidados para si próprios. Apesar da elevada sobrecarga sentida, a maioria mostrou vontade de que a pessoa cuidada se mantivesse na sua casa. A maioria dos cuidadores não utilizava nenhum serviço de apoio até à participação nestes projetos e em 84% dos casos a pessoa cuidada também beneficiou dos projetos GHC.



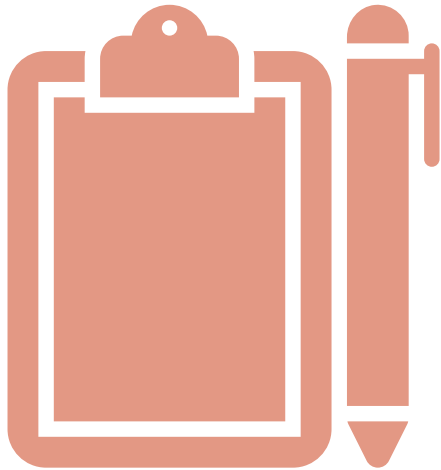
Principais atividades realizadas

Entre as atividades realizadas pelos projetos, destacam-se as diversas intervenções de saúde, com predominância da fisioterapia, terapia ocupacional e psicomotricidade, bem como da intervenção psicológica individual ou em grupo, dirigida a pessoas mais velhas cuidadas e cuidadores informais. São ainda de realçar as ações destinadas à animação, ocupação e combate ao isolamento de pessoas mais velhas. Fazem também parte do portfólio de atividades dos projetos, iniciativas de formação ou de consciencialização dirigidas a pessoas mais velhas, cuidadores e comunidade em geral.

Globalmente, as intervenções planeadas e implementadas pelos projetos mostram alinhamento com o perfil de saúde e social das pessoas mais velhas cuidadas e cuidadores informais, o qual evidencia a necessidade de respostas inovadoras, integradas e multidisciplinares, que tenham em conta os diferentes atores do ecossistema de cuidados domiciliários.

- 4.598 sessões de fisioterapia, terapia ocupacional e psicomotoras
- 3.139 sessões de intervenção psicológica individual ou em grupo
- 1.234 sessões de outras terapias individuais ou em grupo
- 645 atendimentos de enfermagem
- 535 apoios para realização de exames médicos e acesso a cuidados de saúde
- 3.139 chamadas de teleassistência (recebidas e efetuadas)
- 1.125 sessões individuais de animação e ocupação
- 1.365 atendimentos de acompanhamento social
- 692 sessões de atividades culturais, de participação e socialização

- 197 ações de formação para pessoas idosas, cuidadores e comunidade
- 109 conteúdos multimédia educativos criados
- 131 ajudas técnicas adquiridas



# Qualificação e otimização do Serviço de Apoio Domiciliário

Que atividades foram desenvolvidas?



Para além da contratação de recursos especializados, foram promovidas atividades destinadas à qualificação dos profissionais de SAD tanto pelos projetos apoiados como pela MAZE, enquanto parceira da Fundação Calouste Gulbenkian para a capacitação e consultoria especializada às equipas, feita mediante diagnóstico de necessidades, tendo em conta o nível de maturidade digital e organizacional das instituições.

Qualificação dos serviços

**227**  
profissionais beneficiaram de formação e supervisão promovida pelos projetos

**138**  
ações de formação para os profissionais (técnicos e auxiliares de ação direta) promovidas pelos projetos

**75**  
sessões individuais de consultoria especializada (apoio Fundação Calouste Gulbenkian), 5 a 6 com cada equipa

**8**  
sessões de formação temática sobre temas fundamentais para o sucesso dos projetos (apoio Fundação Calouste Gulbenkian)<sup>4</sup>

**12**  
organizações contrataram recursos especializados para os projetos<sup>5</sup>

**77**  
voluntários integraram os projetos

<sup>4</sup> Sete sessões temáticas promovidas pela MAZE sobre gestão de projeto, gestão da mudança, ferramentas de gestão de caso, estruturação de dados e utilização de ferramentas digitais e sustentabilidade financeira. Uma sessão promovida pelo CINTESIS/ICBAS.UP sobre o tema da avaliação de resultados.  
<sup>5</sup> Incluindo fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicomotricistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, animadores socioculturais, entre outros profissionais especializados.

Transformação digital

**14**  
projetos introduziram *softwares* de gestão de SAD e/ou soluções tecnológicas para intervenção com pessoas mais velhas

**112**  
soluções tecnológicas de monitorização de saúde e de teleassistência adquiridas

O GHC estimulou o investimento em ferramentas digitais de gestão e comunicação em SAD, bem como em dispositivos tecnológicos úteis à monitorização e intervenção com pessoas mais velhas, como dispositivos de teleassistência. O recurso a estas soluções visava, simultaneamente, a modernização dos processos organizacionais, o aumento da eficiência dos serviços e o reforço da qualidade do acompanhamento às pessoas mais velhas no domicílio.

Como resultado, entre os 15 projetos apoiados, a maioria introduziu ou reforçou o uso de *softwares* de gestão de SAD e/ou de dispositivos tecnológicos para a intervenção com pessoas mais velhas.

Profissionais envolvidos na implementação dos projetos

INFORMAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA

**97%**  
mulheres

**43**  
anos, em média

**39%**  
com o ensino superior; 12% das ajudantes de ação direta com o 2.º ciclo ou menos

**57%**  
com funções de ajudante de ação direta; 35% com funções técnicas

**79%**  
com contrato sem termo

BEM-ESTAR LABORAL

**85%**  
mostravam-se frequentemente satisfeitos(as) com o trabalho

**92%**  
sentiam-se competentes no exercício das suas funções

**90%**  
consideravam o seu trabalho importante

**24%**  
reportaram sentimentos frequentes de ansiedade face ao trabalho

**27%**  
entendiam que o seu trabalho era pouco reconhecido

No início dos projetos, os profissionais sinalizaram várias dificuldades nos seus contextos profissionais incluindo, entre outras, a elevada rotatividade dos auxiliares de ação direta, o que agrava a pressão, a sobrecarga e a desmotivação; as dificuldades de gestão de tempo e recursos; o cansaço físico e exaustão emocional decorrentes do excesso de tarefas, horários prolongados e a exposição continuada à vulnerabilidade das pessoas cuidadas; e a falta de formação contínua. As dificuldades sinalizadas alinham-se com as atividades promovidas no âmbito do GHC para a qualificação e otimização da gestão de SAD.



Que resultados e impactos  
foram alcançados?

# Para as pessoas mais velhas cuidadas e cuidadores informais

No conjunto dos projetos, observaram-se mudanças positivas e relevantes em indicadores de saúde e sociais das pessoas mais velhas cuidadas, bem como dos cuidadores informais, após a participação nestes projetos<sup>6</sup>. Destaca-se o incremento da qualidade de vida geral e física, da mobilidade, bem como a minimização de sentimentos negativos entre pessoas mais velhas cuidadas. O aumento de oportunidades de lazer e da participação social foram ganhos observados tanto entre pessoas mais velhas cuidadas como entre cuidadores informais.

Entre pessoas mais velhas cuidadas, a diminuição do isolamento e da solidão indesejada foi um dos ganhos mais destacados.<sup>7</sup>

Os participantes mostraram-se satisfeitos com as intervenções e expressaram desejo de continuar a beneficiar das atividades dos projetos.

<sup>6</sup> A avaliação de resultados em indicadores de saúde e sociais foi realizada com recurso a protocolos especificamente desenvolvidos para o GHC. Foi adotado um desenho de estudo *quasi-experimental* com a administração dos protocolos à admissão dos beneficiários nos projetos e após o usufruto das intervenções. Resultados com base na avaliação de 310 pessoas mais velhas cuidadas e 57 cuidadores informais.  
<sup>7</sup> Com base em entrevistas telefónicas a uma amostra de beneficiários dos projetos.

## Mudanças em indicadores de saúde e sociais

**40%**

das pessoas mais velhas avaliaram melhor a sua qualidade de vida geral

**53%**

das pessoas mais velhas avaliaram melhor a sua qualidade de vida física

**27%**

das pessoas mais velhas reportaram andar mais a pé (pelo menos 10 min.)

**51%**

das pessoas mais velhas tiveram melhor desempenho respiratório<sup>8</sup>

**30%**

das pessoas mais velhas mostraram maior satisfação com o seu sono

**30%**

das pessoas mais velhas reportaram ter sentimentos negativos com menos frequência

**32%**

das pessoas mais velhas e 27% dos cuidadores informais reportaram ter mais oportunidades de lazer e socialização

**58%**

das pessoas mais velhas consideraram que o seu bem-estar melhorou<sup>9</sup>

### SATISFAÇÃO

**97%**

das pessoas mais velhas estavam satisfeitas com os projetos

**88%**

das pessoas mais velhas gostariam de continuar a beneficiar das atividades dos projetos



<sup>8</sup> Avaliado com o teste do pico de fluxo expiratório.  
<sup>9</sup> Avaliado por inquérito telefónico a amostra aleatória de participantes.

## O que disseram as pessoas mais velhas

“Eu não andava. Mas agora com o andarilho consigo andar um pouquinho”

“A fisioterapia é excecional. Agora que tenho a fisioterapia estou a sentir melhorias diariamente.”

“Não sei o que será de mim se perder este apoio (...) sem isto mudava tudo, sinto que eu voltava tudo para trás (...) ia voltar para o andarilho e voltar a cair”

“Ele [Psicólogo] faz um trabalho excelente (...). Já estou muito melhor, que eu antes não aguentava...”

“Gosto de tudo! Eu nunca andava a passear e agora... Há dias fomos fazer um piquenique. Há 50 anos que eu não ia à minha terra. E no meu dia de aniversário levaram-me.

Eu nunca ia a passeios e agora tenho imensos, até tenho aqui fotografias.”

## Perspetiva dos profissionais sobre os impactos das atividades nas pessoas cuidadas

“Uma intervenção que supera o tradicional SAD permite-nos perceber que uma presença assídua e multidisciplinar nos domicílios dos utentes gera benefícios diretos na qualidade de vida, saúde física e mental.”

Opinião de um técnico, num relatório de execução técnica e financeira de um projeto.

Que resultados e impactos foram alcançados?

**Redução da solidão indesejada e do isolamento social**, reforçando os laços sociais e a integração na comunidade;

**Melhoria do bem-estar emocional e da saúde mental**, com redução de sentimentos negativos como ansiedade ou tristeza, e melhor adaptação a situações adversas;

**Manutenção, e nalguns casos, melhoria das funções cognitivas, motoras e comunicativas** e prevenção do declínio associado ao envelhecimento, sobretudo devido às atividades estruturadas como a terapia ocupacional e estimulação psicomotora;

**Melhoria da qualidade de vida e autonomia** pelo reforço da participação ativa na comunidade. As ajudas técnicas e as estratégias de reabilitação contribuíram para um maior envolvimento social;

**Relação de proximidade e sentimento de segurança.**

Tal como as pessoas idosas, também as equipas consideraram que a boa relação de proximidade entre as equipas técnicas, os voluntários e os beneficiários, promoveu um sentimento de segurança, conforto e antecipação positiva das visitas e atividades, fortalecendo a confiança nos serviços prestados;

**Prevenção da agudização de problemas de saúde.**

A prestação de serviços de enfermagem ao domicílio, o acompanhamento clínico contínuo e o recurso a teleassistência, permitiram a monitorização do estado de saúde, a resposta rápida a urgências e a prevenção da agudização de condições de saúde, em alguns casos evitando o recurso a serviços de urgência hospitalar;

**Redução da sobrecarga, aumento do descanso e alívio do stress dos cuidadores informais.**

A capacitação dos cuidadores para lidarem com os desafios relacionados com a demência e outras condições, terá contribuído para o seu sentido de competência. As intervenções psicossociais terão contribuído para reduzir a sobrecarga e o *stress* e aumentar o descanso do cuidador. A ampliação da rede de apoio foi também um fator determinante na melhoria das dinâmicas familiares e na promoção de estratégias de *coping* entre os cuidadores.

# Para as equipas e organizações sociais

Que resultados e impactos foram alcançados?

A iniciativa teve também resultados positivos nas equipas de profissionais, segundo a perspetiva dos próprios, bem como na mudança organizacional das entidades envolvidas. Contribuiu para o reforço das equipas, com a integração de recursos humanos mais especializados. Garantiu formação, capacitação e supervisão, o que terá promovido maior coesão entre as equipas, motivação e satisfação profissional. Promoveu a ampliação do portfólio de serviços das organizações, estimulou a mudança de práticas de cuidados e reforçou a sua humanização.

A adoção de novas metodologias e ferramentas digitais, quer para a intervenção junto das pessoas mais velhas (como sistemas de teleassistência), quer para a gestão de SAD, terá contribuído para a modernização dos serviços, otimização da eficiência operacional e resposta mais adequada às necessidades dos beneficiários.

Muitas destas mudanças permaneceram nas equipas e nas organizações após a conclusão dos projetos<sup>10</sup>, sugerindo que o GHC contribuiu para deixar capacidade instalada no setor prestador de cuidados domiciliários. A tendência foi para a manutenção de atividades iniciadas no GHC após o término do financiamento, com destaque para as intervenções na área da saúde e de carácter especializado (enfermagem, terapia ocupacional, entre outros), com a contratação dos profissionais que as desenvolvem.

A capacitação assegurada pela MAZE, com uma abordagem personalizada e ajustada às necessidades de cada equipa, e a avaliação e validação científica conduzida pelo CINTESIS/ICBAS.UP, analisando resultados e produzindo recomendações, foram tidos pelas equipas apoiadas como elementos estruturantes para consolidar e orientar a melhoria das práticas.

<sup>10</sup> Conclusão com base numa avaliação de follow-up pela equipa de avaliação externa do CINTESIS, conduzida 6 meses após a conclusão dos projetos.

Benefícios para as equipas e para as organizações

Digitalização e eficiência operacional

Com a adoção de plataformas digitais em SAD terá sido otimizada a produtividade e a gestão do tempo, com melhorias na comunicação interna, bem como na identificação e resposta eficiente às necessidades dos beneficiários.

Reforço de recursos humanos

A implementação dos projetos viabilizou a contratação de profissionais identificados previamente como essenciais para a qualidade dos serviços a prestar. Este reforço contribuiu para a qualificação dos SAD e para a melhoria das respostas das organizações.

Formação contínua e qualificação profissional

A capacitação das equipas foi reforçada através de formações, discussões com especialistas e supervisão. Segundo os profissionais, estas ações tiveram impacto na qualidade dos serviços prestados e na adoção de práticas baseadas na evidência.

Coesão, motivação e satisfação profissional

O ambiente de trabalho tornou-se mais colaborativo, interdisciplinar e motivador. As equipas reportaram maior satisfação laboral devido à melhoria dos processos de comunicação e gestão, à diversificação da rotina de cuidados, à melhoria percebida nos cuidados prestados e ao fortalecimento de relações interpessoais.

Humanização e qualidade dos cuidados prestados

Os projetos fomentaram cuidados mais humanizados e fortaleceram os vínculos afetivos entre as equipas de profissionais e as pessoas cuidadas. O suporte técnico e a supervisão externa foram essenciais para este resultado.

Expansão da rede e da reputação das organizações

Os projetos permitiram o reforço das redes de parceria e o posicionamento das organizações no setor social. As organizações sociais ganharam mais visibilidade e reconhecimento, o que nalguns casos se traduziu numa maior procura dos SAD.

Sustentabilidade e crescimento das organizações

Nalguns casos, as atividades dos projetos passaram a serviços instituídos, fomentando o crescimento das organizações, do seu portfólio de serviços, bem como o seu posicionamento na prestação de cuidados em contexto domiciliário.

O que aconteceu após o término do financiamento?

13/15

organizações mantiveram as atividades/serviços diferenciados

> 50%

retiveram profissionais contratados para o projeto

10

organizações mantiveram o uso de softwares de gestão e outras tecnologias

15

equipas entenderam ter adquirido ou robustecido competências

# Novo modelo de Serviço de Apoio Domiciliário

Com base em evidência e nos resultados alcançados

“O foco na experimentação de soluções inovadoras e integradas em SAD, com monitorização rigorosa dos seus resultados, capacitação e promoção da transformação digital nas organizações sociais, posiciona o Gulbenkian Home Care como uma iniciativa de vanguarda, em prol da mudança de paradigma nos cuidados à população mais velha.”<sup>11</sup>

11 CINTESIS/ICBAS.UP em Relatório final de avaliação externa da iniciativa GHC (2025).

A fase-piloto da iniciativa GHC representou um impulso decisivo para a modernização do Serviço de Apoio Domiciliário destinado à população mais velha em Portugal. Destacou-se pela experimentação de respostas inovadoras, pelo reforço de competências das equipas e pela aceleração da transição digital nas organizações sociais, com benefícios ao nível da eficiência, sustentabilidade e impacto.

O GHC evidenciou ainda a eficácia de um modelo “*Funder Plus*”, que alia financiamento a acompanhamento técnico-científico, consultoria especializada, ações de capacitação e uma avaliação externa e sistemática dos resultados. Esta combinação ajudou a elevar a qualidade da intervenção social e a promover uma cultura de melhoria contínua sustentada em evidência.

As lições desta fase reforçam a importância de cuidados domiciliários mais multidisciplinares e centrados na pessoa, ajustados às necessidades e expectativas reais (sejam elas físicas, emocionais e/ou socio-recreativas), favorecendo a funcionalidade, o bem-estar psicológico, a autodeterminação e a participação social. Salienta-se também a necessidade de proteger o bem-estar dos profissionais que asseguram os cuidados (prevenção de riscos psicossociais, reconhecimento e desenvolvimento de competências), bem como dos cuidadores informais (gestão da sobrecarga, autocuidado, acesso a descanso e apoio psicológico).

Para fortalecer as respostas no domicílio, é essencial aprofundar a articulação entre setor social, saúde e poder local, e diversificar serviços para cobrir necessidades ainda pouco contempladas. A transformação digital, apesar das exigências técnicas e humanas, é estratégica para melhorar a qualidade e a eficiência das intervenções.

Consolidar os ganhos implica validar e transferir o conhecimento gerado, disseminar boas práticas e investir na sustentabilidade, escalabilidade e replicabilidade das soluções.

Em suma, apostar no apoio domiciliário é uma resposta humanizada e eficaz ao envelhecimento, determinante para assegurar um envelhecimento digno e ativo, permitindo que mais pessoas permaneçam em casa com o apoio adequado.

# GULBENKIAN HOME CARE 2.0

O sucesso da fase piloto do GHC determinou a implementação de uma segunda fase, na qual as recomendações dos avaliadores e lições aprendidas foram introduzidas. Mantém-se a opção por uma estratégia baseada nas redes locais e na diferenciação da oferta em função das necessidades das pessoas e dos seus territórios.

Atualmente, decorre o Gulbenkian Home Care 2.0, que está a apoiar 17 projetos<sup>12</sup> promovidos por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e Unidades Locais de Saúde. Pela proximidade que têm às populações, estas entidades conhecem as suas necessidades e podem desenhar projetos que deem respostas específicas aos diagnósticos realizados. A filosofia subjacente a uma nova abordagem aos cuidados prestados em contexto domiciliário deverá radicar na criação e/ou reforço de redes locais, com o intuito de se articularem esforços entre os agentes sociais ativos de vários setores – público, privado, social –, promovendo parcerias alargadas entre instituições, otimizando recursos e uma maior eficácia na sua gestão, e implementando as melhores práticas nas intervenções centradas nas pessoas.

O Gulbenkian Home Care 2.0 visa testar e validar novas soluções para a personalização de intervenções no domicílio. Dá um particular foco às assimetrias no acesso a cuidados em diferentes regiões do país e assegura que é possível uma maior equidade no acesso a esses cuidados por parte das pessoas mais velhas que residem nas suas casas, seja qual for o local onde vivem, independentemente de serem meios urbanos ou rurais, no litoral ou no interior, com maior ou menor densidade populacional. As soluções encontradas para cada território evidenciarão quais as estratégias que melhor resultam nuns contextos e menos noutros, reconhecendo que diferentes perfis de pessoas idosas a viver em diferentes locais precisam de cuidados diferenciados, não só devido às necessidades pessoais mas também atendendo às oportunidades que os territórios onde vivem lhes oferecem.

Nesta segunda fase da iniciativa, a celebração de acordos de colaboração e formalização de parcerias interinstitucionais diversas, designadamente com autarquias e organismos da área da saúde (como Unidades Locais de Saúde, Unidades de Cuidados Continuados Integrados, Unidades de Saúde Familiar, Centros de Saúde), procura proporcionar melhores condições tanto para a prestação de cuidados multidisciplinares integrados, como para assegurar a sustentabilidade dos projetos. O papel das autarquias pode ter grande relevância ao nível da prestação de cuidados em contexto domiciliário, numa lógica de cofinanciamento e complementaridade de recursos partilhados com as IPSS e na sustentabilidade futura destas intervenções. Também as entidades públicas com responsabilidade na área da saúde podem assegurar um tipo de cuidados que as IPSS dificilmente conseguem prestar e que são essenciais para cuidar de pessoas com comorbilidades e doenças crónicas complexas, as quais exigem cuidados especializados e um acompanhamento regular.

Finalmente, constata-se uma maior especialização num número significativo de projetos para dar resposta à crescente prevalência de pessoas com demência e défice cognitivo. O isolamento social associado à dispersão geográfica e à baixa densidade populacional continua muito presente nesta nova fase da iniciativa, que se irá prolongar até outubro de 2027, altura em que se fará o balanço dos cinco anos de implementação da iniciativa Gulbenkian Home Care.



Projeto “Home 360”. © Absolutauge

Ficha Técnica

*Gulbenkian Home Care. Resultados e impactos da fase piloto*

Coordenação editorial  
Anabela Salgueiro

Seleção e sistematização de conteúdos  
Anabela Salgueiro, António Fonseca, Oscar Ribeiro e Soraia Teles

Revisão técnica  
António Fonseca e Soraia Teles

Revisão e divulgação  
Patrícia Fernandes

Coordenação gráfica  
Ana Lopes

Conceção gráfica e design  
Inês von Hafe Pérez

ISBN  
978-989-8380-52-4

Fundação Calouste Gulbenkian

Lisboa, junho 2026

