

Para além dos Serviços de Apoio Domiciliário: O limite do modelo atual e novas estratégias comunitárias de proximidade

Marcelo Mendonça, Márcia Fonseca, Emanuel Diogo, Patrícia Pereira, Vítor Cotovio

Champalimaud Foundation

Sumário executivo

Portugal é o terceiro país mais envelhecido da Europa e o número de pessoas com demência deverá duplicar até 2080 para ~420.000. O sistema actual está inteiramente focado no fim do percurso: na dependência já instalada, e esta abordagem é simultaneamente insuficiente, insustentável, e sistematicamente tardia. A demência não é uma consequência inevitável da idade. Quarenta e cinco por cento dos casos são atribuíveis a factores de risco modificáveis: isolamento social, inactividade física, baixa estimulação cognitiva, risco cardiovascular não controlado. Ensaio clínicos como o FINGER demonstraram que intervenções sobre o estilo de vida em pessoas em risco produzem melhoria cognitiva sustentada. E em pessoas com doença já instalada, a evidência é igualmente clara: estimulação cognitiva, actividade física e social, e suporte estruturado ao cuidador reduzem a progressão e mantêm autonomia por mais tempo. A pergunta deixou de ser se é possível mudar o percurso da demência antes ou depois do diagnóstico. Passou a ser como fazê-lo à escala de uma população. A resposta é estrutural: o ambiente em que as pessoas envelhecem, e a forma como os cuidados são organizados, são em si mesmos a intervenção. Este projecto parte desta premissa para propor uma **reorientação da política pública: de um sistema focado no fim do percurso para um modelo que diversifica e antecipa**. As evidências produzidas pelo projecto confirmam que esta via é praticável em Portugal hoje. O programa Home360 demonstrou que uma intervenção psicossocial domiciliária estruturada para pessoas com demência melhora ou estabiliza qualidade de vida, sobrecarga do cuidador e sintomas comportamentais. A cooperativa A Casa mostrou que a procura por formas colaborativas de envelhecer existe e é articulada e que o principal obstáculo é regulatório, não cultural. A revisão de modelos europeus confirmou que os países com melhores resultados chegaram lá com respostas comunitárias que actuam antes da crise, não apenas depois. A evidência existe, os modelos existem, a procura social existe. O que falta é a decisão política de remover os obstáculos que impedem estas soluções de escalar.

Recomendações

- Criar uma modalidade específica de apoio domiciliário intensivo e integrado para pessoas com demência, com plano de intervenção individual, capacitação do cuidador e articulação efectiva com os cuidados de saúde;
- Inovar em respostas intermédias entre viver sozinho em casa e entrar num lar, designadamente através de programas-piloto de habitação colaborativa e *housing with care*;
- Integrar habitação, urbanismo e ambiente construído na estratégia nacional de prevenção da demência e de promoção do envelhecimento com autonomia, com programa interministerial e critérios de *age-friendly design* no planeamento local;
- Criar financiamento integrado e pagamento orientado por resultados de autonomia, combinando fundos públicos, filantropia e capital privado de impacto social.

Destinatário(s) do policy brief

Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social; Ministério das Infraestruturas e Habitação; Ministério da Saúde; Secretaria de Estado da Ação Social e da Inclusão; Secretaria de Estado da Habitação; SCML e IPSS do sector dos cuidados domiciliários; Autarquias locais.

Introdução e Enquadramento do Problema

Portugal enfrenta uma crise estrutural silenciosa no domínio do envelhecimento. Com 1,57 idosos por cada jovem, é o terceiro país mais envelhecido da Europa, e as projecções apontam para que o número de pessoas com demência duplique até 2080 — de ~200 000 para ~420 000. O impacto é profundo: nas famílias, que absorvem a maior parte dos cuidados informais; no SNS, que suporta internamentos e urgências evitáveis; e na Segurança Social, onde a despesa pública em cuidados de longa duração (0,5% do PIB) representa menos de um terço da média europeia (1,7%). O custo anual de cuidados adequados ronda os 18 000–24 000€ por pessoa, incompatível com o financiamento público disponível (4 000–6 000€/ano nos SAD convencionais). O modelo actual é, simultaneamente, insuficiente e insustentável. A medicina tem procurado intervir cada vez mais cedo na demência, mas os resultados farmacológicos permanecem modestos. A evidência acumulada aponta noutra direcção: 45% dos casos são atribuíveis a factores de risco modificáveis. Ensaio como o FINGER

demonstraram que intervenções multimodais sobre o estilo de vida produzem melhoria cognitiva sustentada. A pergunta relevante passou a ser como implementar prevenção de forma eficaz e sustentável à escala de uma população. O projecto PATEO respondeu a esta pergunta com evidência real: o ambiente em que as pessoas envelhecem é, em si mesmo, a intervenção.

O consórcio PATEO propôs-se demonstrar que alternativas ao modelo actual são praticáveis em Portugal hoje. A evidência ancorou-se em dois estudos de caso concretos: o programa Home360, intervenção psicossocial domiciliária em 237 pessoas com demência e 248 cuidadores nos municípios de Oeiras e Sintra; e a cooperativa A Casa, modelo pioneiro de cohousing sénior autogerido em fase de implementação na região do Montijo. A revisão de modelos europeus completou o enquadramento comparativo, com destaque para o Buurtzorg (Países Baixos) e Trabensol (Espanha)

Análise e Principais Resultados

O Home360 é uma intervenção psicossocial de cinco meses baseada na metodologia do Gestor de Contexto em Demência, estruturada em Planos de Intervenção Individual (PII) que actuam em cinco domínios: apoio emocional à díade, psicoeducação e capacitação, adaptação ambiental, articulação com recursos comunitários, e intervenção cognitiva, motora e sensorial. Trata-se de um projecto-piloto cujos resultados, obtidos numa amostra de aproximadamente 250 díades com comparação pré-pós intervenção, foram positivos nas dimensões avaliadas: qualidade de vida da pessoa com demência (QoL-AD), sintomas comportamentais (NPI) e sobrecarga do cuidador (Zarit Burden Interview). O custo directo estimado foi de 410 €/mês por díade — ou seja, por dois beneficiários simultaneamente (pessoa com demência e cuidador). A título comparativo, o custo médio nacional de um Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) convencional é de 362,49 €/mês (dados de 2025). O Home360 suporta assim dois beneficiários com ganhos clínicos

documentados a um custo unitário equivalente ao do SAD standard para um.

Implicação: a relação custo-benefício desta abordagem é favorável considerando que o SAD convencional não inclui intervenção sistemática sobre o cuidador nem actuação simultânea nas dimensões cognitiva, comportamental e ambiental.

A revisão de modelos europeus comparáveis reforça este quadro. Os países com melhores resultados em cuidados de longa duração alcançaram-nos através de modelos comunitários e preventivos, não da expansão da capacidade institucional. O Buurtzorg, baseado em equipas autónomas de enfermagem comunitária de pequena dimensão (~12 profissionais), documentou melhoria da satisfação dos utentes com redução de custos administrativos. O cohousing sénior autogerido de Trabensol (Espanha) demonstra que modelos de habitação com valências de cuidados são sustentáveis quando o quadro regulatório o permite.

Implicação: os obstáculos à disseminação destes modelos em Portugal não são culturais nem de procura: são regulatórios, financeiros e organizacionais.

O estudo qualitativo da cooperativa A Casa identificou barreiras concretas: três licenciamentos paralelos e independentes sem mecanismo de articulação, impossibilidade de acesso ao crédito bancário para cooperadores com mais de 65 anos, e ausência de um regime jurídico específico para habitação com valências de cuidados. Esta última lacuna é parcialmente endereçada pela Portaria n.º 269/2023, que criou a figura da Habitação Colaborativa. Contudo, a portaria enquadra esta resposta como uma modalidade de apoio social — sujeita a um regime de licenciamento comparável ao dos estabelecimentos residenciais assistidos e dependente de entidade gestora aproximando-a, na prática, do modelo de residência assistida. A portaria não densifica os mecanismos de auto-organização

colectiva, gestão partilhada pelos residentes, nem os critérios de intergeracionalidade que definem o cohousing na literatura europeia. O Trabensol, em Espanha, demonstra que iniciativas de habitação colaborativa genuinamente autogerida são realizáveis mas o seu sucesso assentou num quadro regulatório que permitiu aos residentes ser simultaneamente promotores e gestores do projecto, algo que a portaria portuguesa não prevê. A habitação colaborativa genuína pressupõe um nível significativo de colaboração entre os futuros residentes, desde a concepção até à gestão quotidiana, o que não é operacionalizado no quadro regulatório vigente.

Implicação: o instrumento legal existe, mas a sua arquitectura regulatória replica a lógica do equipamento social em vez de criar um regime habilitante para iniciativas de base comunitária. Isto limita estruturalmente a replicação de modelos como A Casa.

Opções de Política e Recomendações

Com base na evidência produzida e nos modelos internacionais revistos, identificamos 4 eixos de intervenção prioritária para a política pública portuguesa em matéria de envelhecimento, cuidados de longa duração e habitação.

Eixo 1 — Apoio domiciliário intensivo e integrado para pessoas com demência

Portugal não dispõe de uma modalidade de apoio domiciliário desenhada especificamente para pessoas com demência ou dependência elevada e para os seus cuidadores. O que existe é uma oferta de serviços isolados (apoio domiciliário, centros de dia, consultas de neurologia) articulados de forma casuística conforme os recursos locais disponíveis, sem protocolo definido, sem garantia de cobertura uniforme e sem avaliação sistemática de resultados. Esta fragmentação tem consequências directas: a sobrecarga do cuidador não é endereçada de forma estruturada, a deterioração funcional não é travada precocemente, e a institucionalização ocorre frequentemente por colapso do sistema de suporte informal, não por necessidade clínica objectiva.

A evidência produzida pelo projecto-piloto Home360 demonstra que é possível fazer melhor, com os recursos existentes e a um custo comparável. Uma modalidade específica de apoio domiciliário intensivo para demência deve garantir que a resposta actua em simultâneo sobre a pessoa com demência e o cuidador, cobre os domínios cognitivo, comportamental, ambiental e de articulação com saúde, e é suficientemente estruturada para ser replicável independentemente dos recursos locais. O protocolo de avaliação deve incluir indicadores de funcionalidade, sobrecarga do cuidador e utilização evitável de serviços de saúde, permitindo escala progressiva com base nos resultados do piloto.

A alternativa de adaptar incrementalmente o SAD convencional não é suficiente: o modelo existente foi desenhado para necessidades de cuidados básicos, não para a complexidade clínica e relacional da demência. Acrescentar serviços isolados sem integração conceptual e organizacional perpetua exactamente o problema que se pretende resolver.

Recomendação: Criar uma modalidade específica de apoio domiciliário intensivo para demência no âmbito da RNCCI, com

intervenção integrada na dade pessoa-cuidador, protocolo estruturado e replicável, e avaliação sistemática de resultados de funcionalidade, sobrecarga do cuidador e internamentos evitáveis.

Eixo 2 — Respostas intermédias entre o domicílio e a institucionalização

O sistema português de cuidados para pessoas idosas assenta essencialmente em dois pólos: viver de forma autónoma em casa, com ou sem apoio domiciliário, ou entrar num lar. Estas opções são insuficientes para responder à heterogeneidade das trajectórias de envelhecimento (em particular para pessoas com perda parcial de autonomia que não necessitam de institucionalização) mas que beneficiariam de um ambiente mais estruturado, com suporte comunitário e proximidade a cuidados. A ausência de respostas intermédias acelera a institucionalização prematura e sobrecarrega os cuidadores informais.

A evidência internacional é clara quanto ao caminho a seguir: modelos de habitação colaborativa, *housing with care* e outras soluções comunitárias preservam a autonomia, reduzem o isolamento e são sustentáveis quando o enquadramento regulatório o permite. A Trabensol, em Espanha, demonstra que iniciativas genuinamente autogeridas pelos próprios residentes são viáveis. Portugal criou em 2023 a figura da Habitação Colaborativa e Comunitária (Portaria n.º 269/2023), mas o regime vigente enquadra-a como modalidade de apoio social dependente de entidade gestora, replicando a lógica do equipamento residencial assistido e impedindo a auto-organização pelos próprios residentes. A barreira não é de evidência nem de procura — é regulatória.

A alternativa de expandir a capacidade de lares e ERPI para absorver a procura não endereçada é a de maior custo per capita e menor retorno em autonomia. Os países europeus com melhores resultados em cuidados de longa duração chegaram lá por um caminho oposto.

Recomendação: Lançar programas-piloto de habitação colaborativa e *housing with care*, acompanhados de revisão da Portaria n.º 269/2023 para criar um regime habilitante para iniciativas de base cooperativa e comunitária —

incluindo mecanismo único de licenciamento, acesso ao crédito independentemente da idade dos cooperantes, e reconhecimento legal da gestão partilhada pelos residentes.

Eixo 3 — Habitação e urbanismo como instrumentos de prevenção

A prevenção da demência e do envelhecimento com dependência não começa no sistema de saúde — começa no ambiente construído onde as pessoas vivem. A evidência sobre os determinantes ambientais do envelhecimento é robusta: isolamento social, sedentariedade, exposição a poluição, ausência de mobilidade pedonal e dificuldade de acesso a serviços são factores modificáveis com impacto documentado na trajectória cognitiva e funcional. Em Portugal, o planeamento urbano e o licenciamento de construção não incorporam sistematicamente critérios de envelhecimento activo, e a articulação entre habitação, saúde, segurança social e autarquias é fragmentada ou inexistente.

A alternativa de manter o planeamento urbano sem critérios de envelhecimento activo não tem custo político imediato, mas tem um custo social crescente e diferido: ambientes que aceleram o isolamento, a sedentariedade e a deterioração cognitiva traduzem-se, a prazo, em maior dependência, maior utilização de serviços de saúde e maior pressão sobre o sistema de cuidados de longa duração.

Recomendação: Lançar um programa interministerial (Habitação, Saúde, Segurança Social) e autarquias para integrar critérios de ambientes amigos do envelhecimento e da demência no planeamento urbano e no licenciamento: acessibilidade pedonal, proximidade a serviços, espaços verdes, redução do isolamento e da exposição a poluição. Tornar o *age-friendly design* requisito obrigatório no licenciamento de novas construções e em operações de reabilitação urbana com financiamento público.

Eixo 4 — Financiamento integrado e pagamento orientado por resultados de autonomia

O sistema actual de financiamento de cuidados a pessoas idosas é gerido por ministérios e autarquias distintas — com lógicas, instrumentos e indicadores de desempenho que não dialogam entre si. Esta fragmentação tem consequências práticas directas:

duplicação de estruturas, lacunas de cobertura para pessoas com necessidades complexas que atravessam vários sectores, e ausência de responsabilização colectiva por resultados de autonomia e qualidade de vida. O financiamento remunera produção — consultas realizadas, refeições entregues, horas de apoio prestadas — e não valor: ganhos em funcionalidade, redução da sobrecarga do cuidador, ou internamentos evitados.

A alternativa de manter o financiamento sectorial fragmentado não implica ruptura administrativa, mas perpetua um sistema incapaz de responder à complexidade do envelhecimento com dependência, e

crescentemente incapaz de sustentar a pressão demográfica que se avizinha.

Recomendação: Criar um mecanismo de financiamento integrado, com alinhamento de regulação entre Saúde, Segurança Social, Habitação, autarquias e Justiça, orientado por indicadores de valor: funcionalidade, autonomia, qualidade de vida e utilização evitável de serviços. Utilizar financiamento de inovação social para testar e escalar novos modelos antes da sua integração no sistema público. Passar de indicadores de produção para indicadores de valor como critério de contratualização.

Conclusão

O PATEO produziu evidência convergente a partir de três fontes independentes: o programa Home360 demonstrou que uma resposta domiciliária integrada para demência é clinicamente eficaz e economicamente viável; o estudo da cooperativa A Casa identificou com precisão os obstáculos regulatórios, financeiros e organizacionais que impedem a replicação de modelos comunitários; e a revisão de experiências europeias confirmou que os sistemas com melhores resultados em cuidados de longa duração chegaram lá por um caminho comunitário e preventivo, não pela expansão da capacidade institucional. Os três corpos de evidência apontam na mesma direcção e reforçam-se mutuamente.

O que está em causa não é falta de conhecimento nem de modelos — é uma escolha política sobre como alocar os recursos disponíveis e sobre que tipo de envelhecimento queremos tornar possível. A evidência existe, os modelos existem e a procura social existe. O que falta é remover os obstáculos que impedem estas soluções de escalar. Portugal tem a oportunidade de se tornar uma referência europeia em cuidados de longa duração comunitários e preventivos. Manter modelos assistencialistas de apoio domiciliário ou aguardar que haja lares suficientes para todos não é uma resposta — nem para a saúde nem para a coesão social.

Referências

- Alzheimer Europe. (2022). Dementia in Europe Yearbook 2022: Estimating the prevalence of dementia in Europe. Luxembourg: Alzheimer Europe.
- Harper S. Economic and social implications of aging societies. *Science*. 2014;346(6209):587–91.
- European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs. *2024 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU Member States (2022–2070)*. 2024.
- Livingston G, Huntley J, Liu KY, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2024;404(10452):572–628.
- World Health Organization. *World report on ageing and health*. Geneva: WHO; 2015.

- União das Misericórdias Portuguesas. *MA(i)SAD: Modelo Avançado de Serviço de Apoio Domiciliário*. 2021.
- Gil A. *Serviços de apoio domiciliário — oferta e custos no mercado privado*. Instituto da Segurança Social, I.P.; 2009.
- Kreitzer MJ, Monsen KA, Nandram S, de Blok J. Buurtzorg Nederland: a global model of social innovation, change, and whole-systems healing. *Glob Adv Health Med*. 2015;4(1):40–4.
- Sengers F, Peine A. Innovation pathways for age-friendly homes in Europe. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(3):1139.
- Arentshorst ME, Kloet RR, Peine A. Intergenerational housing: the case of Humanitas Netherlands. *J Hous Elderly*. 2019;33(3):244–56.

Santana S, Szczygiel N, Redondo P. Integration of care systems in Portugal: anatomy of recent reforms. *Int J Integr Care*. 2014.

COMO CITAR ESTE DOCUMENTO

Mendonça, M., Fonseca, M., Diogo, E., Pereira, P., & Cotovio, V. (2026). *Para além dos Serviços de Apoio Domiciliário: O limite do modelo atual e novas estratégias comunitárias de proximidade*. S4P-25 Policy Brief 8029/2025. 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](#)



Champalimaud
Foundation



Este *policy brief* foi desenvolvido no âmbito do Science4Policy 2025 (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 colaboração com a Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), financiada pelo Plano de Recuperação e Resiliência de Portugal. Linha temática S4P-25/03 Envelhecimento: estudos de caso para diagnóstico das necessidades de cuidados no domicílio de uma população envelhecida.

O conteúdo é da exclusiva responsabilidade dos seus autores e não vincula nem compromete o PLANAPP nem a FCT.