



Portugal

FINANCIAMENTO DE SERVIÇOS DE CUIDADOS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Redigido por Teresa Janela Pinto, Observatório de Deficiência e Direitos Humanos (ODDH), Instituto de Estudos Sociais e Políticos (ISCSP/ULisboa), Universidade de Lisboa

Coordenação e Edição do Policy Impact Lab

Copyright © EASPD 2021 Todos os direitos reservados.

Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida, armazenada ou introduzida num sistema de recolha sem a prévia autorização dos proprietários dos direitos de autor.



Esta publicação foi produzida com o apoio financeiro do Programa da União Europeia para Emprego e Inovação Social "EaSI" (2014-2020). As informações contidas nesta publicação não refletem, necessariamente, a posição oficial da Comissão Europeia.

Tabela de conteúdos

Resumo Executivo	2
Introdução	4
Modelos de financiamento.....	5
Impactos dos modelos de financiamento nos prestadores e nos serviços.....	7
Cuidados de Dia	9
Vida com Apoio/Independente	12
Long Term Institutional Care	15
Respite care	17
Interviews	18
References	18

Resumo Executivo

Os serviços de cuidados de deficiência, em Portugal, assentam principalmente em iniciativas privadas em fins lucrativos com financiamento público. Os serviços foram primeiramente desenvolvidos através de caridades e outras organizações sem fins lucrativos, com cobertura territorial desigual. A relevância estratégica do setor social foi reconhecida no “*Pacto de Cooperação para a Solidariedade Social*” assinado em 1996. O Estado e os representantes do setor social atualizam, com regularidade, este modelo de cooperação, através de protocolos de compromisso bienais.

O Estado regula, coordena e financia serviços de cuidados para pessoas com deficiência. A maioria destes serviços está incluída na “*Rede de Serviços e Unidades Sociais*”¹ - RSES, coordenado pela Segurança Social. Em tempo, espera-se que todos os serviços de apoio a pessoas com deficiência psicossocial transitem para a coordenação conjunta da Saúde e da Segurança Social, com base na “*Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*”² (RNCCI), mas alguns serviços para pessoas com incapacidades psicossociais mantêm-se sob a alçada da RSES. Estas redes incluem cuidados diários, institucionais a longo prazo, e serviços de cuidados no domicílio para pessoas com deficiência, financiados principalmente através de **acordos de serviços dentro de um mercado reservado**. Os acordos de serviços são estabelecidos entre as estruturas de coordenação e os prestadores de serviços por um período de dois anos, renováveis após uma avaliação positiva. Os serviços de cuidados de deficiência podem ser padronizados (“típicos”), através dos quais os prestadores de serviços recebem um pagamento mensal fixo por utilizador (consultar as subsecções para financiar montantes por serviço), ou não padronizados (“atípicos”), nos quais o financiamento varia dependendo do contexto e das atividades desenvolvidas, e são definidos no acordo de serviço. A maioria dos serviços de cuidados para pessoas com deficiência são “serviços típicos”, com financiamento padronizado, incluídos na rede RSES, e fornecidos por organizações sem fins lucrativos.

As **taxas de utilizador** constituem outra fonte de financiamento. As taxas de utilizador são definidas numa base de meios testados, tendo em conta o rendimento per

capita do agregado familiar. As fórmulas para o cálculos dos copagamentos do utilizador são estabelecidas nos diplomas que regulam estes serviços (consultar a Introdução e subsecções para mais informações). No caso de serviços RNCCI, o financiamento público através de acordos de serviços cobrem a diferença entre os copagamentos e o custo real do serviço.

O apoio à vida independente, mais especificamente, serviços de assistência pessoal, é fornecido através de um programa piloto (Modelo de Apoio à Vida Independente - MAVI³), que combina características de diferentes modelos de financiamento. O MAVI é um programa piloto, financiado através dos **Fundos Sociais Europeus** (ESF) e fundos públicos nacionais, inicialmente definido por um período de três anos, com um anúncio recente de uma extensão de seis meses. O programa inclui uma rede de CAVI (Centros de Apoio à Vida Independente). A seleção de CAVI integrada no programa piloto foi realizada através de um **procedimento competitivo tipo aquisição pública dentro de um mercado reservado**, aberta apenas a organizações sem fins lucrativos reconhecidas como Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)⁴ ou organizações equivalentes. Um “plano de assistência pessoal” deverá ser redigido pelos prestadores de serviços e utilizadores, detalhando e justificando o número de horas de assistência pessoal necessária por utilizador. No entanto, não existem orçamentos pessoais, uma vez que o financiamento ainda é pago às organizações, ao invés de aos próprios utilizadores. Estas organizações são, por sua vez, responsáveis por contratar e pagar aos assistentes pessoais. Foram levantadas várias questões relativamente ao impacto deste modelo de financiamento. Em primeiro lugar, uma vez que o financiamento é tido como insuficiente para cobrir as necessidades de assistência pessoal, as pessoas com deficiência poderão ter de continuar a apoiar-se em membros da família e outras redes de apoio. Neste sentido, apesar de ser reconhecida como uma alteração política importante, o modelo de financiamento do MAVI e o funcionamento poderão limitar este impacto, funcionando como um “serviços de apoio domiciliário melhorados”, que permite uma maior autonomia a pessoas com deficiência, mas não permite uma vida totalmente independente. O facto

1 “Rede de Equipamentos e Serviços Sociais” – RSES.

2 “Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados” (RNCCI).

3 “Modelo de Apoio à Vida Independente” - MAVI.

4 “Instituições Particulares de Solidariedade Social” – IPSS.

de este modelo de financiamento não prever orçamentos pessoais geridos pelos próprios utilizadores do serviço, ou pelo menos um sistema híbrido que inclua tal opção, é criticado pelas organizações, uma vez que compromete um dos principais princípios chave da vida independente, nomeadamente, “o exercício de liberdade de escolha e controlo sobre decisões que afetem a vida de uma pessoa com um nível máximo de autodeterminação” (Comentário Geral núm.5 UNCRPD). A ausência de orçamentos pessoais tem sido justificada pelas autoridades públicas com restrições relacionadas com as regras de gestão de ESF e de aquisição pública. A incerteza respeitante à continuidade destes serviços é igualmente uma limitação importante do modelo de financiamento atual (ou seja, programa piloto temporário).

Outros modelos de financiamento, mas menos relevantes no caso de serviços de cuidados de deficiência, incluem investimento privado, subsídios de prestadores de serviços sem fins lucrativos e atividades económico-sociais.

Principais conclusões

★ **Modelos de financiamento:** A maioria dos serviços de cuidados para pessoas com deficiência (cuidados diários, cuidados institucionais a longo prazo e serviços de apoio domiciliário) são fornecidos por organizações sem fins lucrativos com financiamento público através de *acordos de serviços dentro de um mercado reservado*⁵, incluindo acordos de serviços “típicos” (pagamento fixo por serviço/utilizador), ou serviços “atípicos” (montantes variáveis definidos nos acordos de nível de serviço). O financiamento para estes acordos de serviços advém, principalmente, do orçamento do Estado, com uma pequena parte a ser suportada pelos lucros dos jogos sociais⁶. Este financiamento é suplementado por copagamentos de utilizador (taxas de utilizador) e, em alguns casos, por outras *atividades de geração de rendimentos* desenvolvidas pelos prestadores de serviços. Os

Centros de Apoio à Vida Independente integrados no MAVI (um projeto piloto) são financiados pelos *Fundos Sociais Europeus* e por fundos públicos nacionais, e os prestadores de serviços foram selecionados através de um *procedimento de concurso público de aquisição*. Dentro dos limites definidos pelo diploma que regula o MAVI, os prestadores de serviços e os utilizadores estabelecem um plano que detalha o número de horas de assistência pessoal, mas não existem orçamentos pessoais, uma vez que todos os pagamentos são geridos pelas organizações. Outras fontes de financiamento menos significativas para serviços de cuidados de deficiência incluem subsídios para prestadores de serviços em fins lucrativos e investimento privado.

- ★ Tipos de prestadores de serviços: Seguindo o princípio da subsidiariedade estabelecido pela Lei da Segurança Social (ver Introdução), a maioria dos serviços de cuidados sociais em Portugal são geridos por *organizações sem fins lucrativos*. Por exemplo, no caso de serviços incluídos na rede RSES, 71% dos prestadores de serviços eram sem fins lucrativos (públicos e privados), com uma maioria de organizações privadas sem fins lucrativos (61% de todos os prestadores de serviços) (GEP-MTSSS, 2019). As organizações sem fins lucrativos (públicas e privadas) geriam 83% dos serviços de cuidados em 2018⁷ (GEP-MTSSS, 2019). No caso de vida independente (MAVI), todos os CAVI são geridos por organizações privadas sem fins lucrativos.
- ★ As taxas de utilizador podem variar muito, dependendo do tipo de serviço e de rendimento do agregado, mas tendem a ser baixas.
- ★ Serviços com financiamento padrão por utilizador acabam por não ter em conta, de uma forma mais completa, o perfil dos utilizadores (por exemplo, percentagem de utilizadores em risco de pobreza ou exclusão social, pagando taxas de utilizador baixas ou não pagando de todo; complexidade

5 Os acordos de serviços assumem a maior quota dos gastos públicos totais com a ação social (que inclui outros serviços de cuidados de adultos, serviços de cuidados da comunidade e da família em geral, e serviços para crianças e jovens). Em 2018, os gastos com estes acordos de serviços ascenderam a 1.451.217.360€, 76,2% do investimento público geral em medidas de ação social. Comparativamente, os subsídios para organizações sem fins lucrativos (IPSS) ascenderam a apenas 0,4% dos gastos com ação social (IGFSS, 2018).

6 Em 2018, as transferências do orçamento do Estado ascenderam a 94,2% (1.367.233.019€) de financiamento de acordos de serviços no setor social (todos os grupos considerados), enquanto que os jogos sociais foram responsáveis pelos remanescentes 5,8% (83.984.341€) (IGFSS, 2018).

7 Isto inclui todos os serviços integrados no RSES, não apenas serviços de cuidados de deficiência, uma vez que não estão disponíveis dados específicos de tais serviços. Ainda assim, retirando outros serviços, nomeadamente unidades residenciais para pessoas idosas, espera-se que este rácio seja ainda maior.

das necessidades dos utilizadores que poderá ter consequências financeiras importantes, por exemplo, relativamente aos rácios de utilizador/pessoal e outros requisitos técnicos; o tipo de atividades desenvolvido e as atividades de criação de capacidade podem ser intervenções mais intensas em termos de recursos do que mais passivas).

- ★ O financiamento pode ser insuficiente para cobrir os custos operacionais. A sustentabilidade financeira dos prestadores de serviços foi ainda desafiada pela pandemia da COVID-19, devido a um aumento dos custos operacionais (por exemplo, pessoal, equipamento) e a uma diminuição dos lucros.
- ★ O financiamento do Modelo de Apoio à Vida Independente (MAVI) poderá ser insuficiente para cobrir as necessidades de assistência pessoal, fazendo com que as pessoas com deficiência tenham de se continuar a apoiar em membros da família e outras redes de apoio. Além disso, o facto de este serviço ser financiado através de um projeto piloto levanta preocupações quanto à sua continuidade e quanto ao

impacto nos utilizadores, organizações e assistentes pessoais. A falta de orçamentos personalizados com pagamentos diretos aos utilizadores de assistente pessoais, justificada pelas autoridades públicas com restrições relacionadas com as regras de gestão de ESF e de aquisição pública, também compromete o seu potencial de permitir uma vida independente.

- ★ Várias medidas foram introduzidas para ajudar os prestadores de serviços (e outras organizações) a lidar com problemas levantados pela pandemia (por exemplo, apoio à recuperação lay-off e pós-lay-off; programa de emprego para reforçar o pessoal em setores estratégicos - MARESS; fornecimento de equipamento de proteção individual; programa de financiamento para extensão de capacidade de serviço social - (PARES 3.0.).
- ★ Mesmo sem um sistema integrado para monitorizar, de forma regular e adequada, utilizadores futuros e atuais, foram reportadas listas de espera para todos os tipos de serviços.

Introdução

A **Lei da Segurança Social** de 2007 (Lei 4/2007⁸) reconhece a responsabilidade coletiva de assegurar uma segurança social para todos, nomeadamente através de mecanismos de redistribuição (art. 8). De acordo com o princípio de **responsabilidade pública** (art. 14), o Estado deve assegurar as condições necessárias para o cumprimento do direito à segurança social, incluindo a organização, coordenação e financiamento do sistema de segurança social. No entanto, o sistema assenta em grande medida na **subsidiariedade** (art. 11) e na complementaridade (art. 15), através de uma articulação entre várias formas de fornecimento de proteção social (pública, social, cooperativa, mútua, privada) para assegurar a cobertura.

A importância estratégica do setor social e de solidariedade foi reconhecida no **“Pacto de Cooperação para a Solidariedade Social”**, estabelecido em 1996, através do qual o Estado, e os representantes das organizações do setor social definiram a cooperação no desenvolvimento de uma “rede de apoio social integrado contribuindo, assim, a uma cobertura equitativa no país de unidades e serviços sociais”, e fazer um bom uso

de recursos disponíveis, de modo a fornecer melhores serviços, tendo em conta a análise de “custo/benefício/qualidade”. Este acordo de cooperação entre o Estado e as instituições sociais é revisto com regularidade, através de protocolos de compromisso bienais.

O modelo de proteção social criado pela Lei da Segurança Social inclui os subsistemas de ação social, solidariedade e proteção da família. O subsistema da ação social tem como objetivo evitar e compensar situações de vulnerabilidade económica ou social, promovendo a inclusão na comunidade, desenvolvimento de aptidões e proteção de grupos vulneráveis, incluindo pessoas com deficiência, nomeadamente através de serviços de apoio e cuidados sociais.

A maioria destes serviços é fornecida por organizações sem fins lucrativos e financiados através de **acordos de serviços** (IGFSS, 2018; GEP-MTSSS, 2019). Para se elegível para financiamento através dos acordos de serviços, os prestadores de serviços deverão seguir determinadas condições (por exemplo, conformidade para com as normas relativas a rácios de unidades,

8 Lei 4/2007 de 16 de janeiro “Lei de Bases da Segurança Social”. Disponível para consulta em: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/66798712/view?consolidacaoTag=Seguran%C3%A7a+Social>

funcionamento, pessoal e utilizador/pessoal; fornecer relatórios de assiduidade mensais; avaliação bienal; requisitos éticos).

A maioria dos serviços de cuidados de deficiência estão incluídos na **Rede de Serviços e Unidades Sociais**⁹ - **RSES**, coordenada pela Ministra do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social¹⁰ - MTSSS (GEP-MTSSS, 2019). Os serviços para apoiar pessoas com incapacidades psicossociais podem ser incluídos na RSES, ou na **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 11 - RNCCI**. Ambas as redes seguem modelos similares e, com o tempo, espera-se que todos os serviços para pessoas com incapacidades psicossociais transitem para a rede RNCCI, sob a gestão conjunta dos Ministérios da Saúde (MS) e da Segurança Social (MTSSS)¹².

Modelos de financiamento

Em Portugal, os serviços de cuidados de deficiência neste estudo (cuidados de dia, vida independente, cuidados institucionais a longo prazo e cuidados de descanso) são financiados utilizando os seguintes modelos¹³:

- ★ Os acordos de serviços entre o Estado e os prestadores de serviços (maioritariamente sem fins lucrativos).
- ★ Procedimento de concurso público de aquisição dentro de um mercado reservado
- ★ Fundos ESF
- ★ Taxas do utilizador
- ★ Subvenções e subsídios
- ★ Atividades de economia social de prestadores de serviços
- ★ Investimento privado

Acordos de serviços dentro de um mercado reservado

A maioria dos serviços de cuidados sociais para pessoas com deficiência (particularmente cuidados de dia, cuidados institucionais a longo prazo e serviços de apoio domiciliário) são financiados através de **acordos de serviços** entre o Estado e prestadores de serviços sem fins lucrativos. Estes acordos são estabelecidos por um período de dois anos, renovável após uma avaliação positiva, com base num relatório apresentado aos serviços de segurança social. Os acordos definem o tipo de serviço, número máximo de utilizadores e requisitos de pessoal. Os montantes de financiamento por utilizador/mês são ainda incluídos nos acordos. A maioria dos serviços é padrão ou “típica”, significando que o financiamento por utilizador/mês é fixo e igual para cada prestador (consultar as subsecções para valores específicos). Alguns serviços (por exemplo, centros de apoio a cuidados de dia, reabilitação social e cuidados para pessoas com deficiência”, ou casas residenciais a longo prazo para pessoas com deficiência grave), no entanto, são considerados “atípicos” nos quais os montantes de financiamento de caso variam com base numa avaliação caso a caso de fatores contextuais e as atividades e serviços a serem fornecidos. Os acordos de serviços aplicam-se a serviços típicos e atípicos.

Procedimentos de concurso público de aquisição

O procedimento de seleção para o Modelo de Apoio à Vida Independente¹⁴ (MAVI) poderia ser tido como se apoiando em procedimentos de concurso público de aquisição. Dentro do âmbito deste programa, foram estabelecidos contratos de curta duração com organizações privadas sem fins lucrativos, que se candidataram a um procedimento de licitação aberta para serem reconhecidos como CAVI (Centros de Apoio à Vida Independente) e receberam financiamento para

9 “Rede de Equipamentos e Serviços Sociais” – RSES.

10 “Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social” – MTSSS.

11 “Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados” (RNCCI).

12 Algumas destas unidades são similares a instituições para pessoas com incapacidades psicossociais integradas na RSES (apoiada pelos serviços da Segurança Social). Com tempo espera-se que, a maioria, se não a totalidade, dos serviços de apoio e de cuidados sociais para pessoas com incapacidades psicossociais transite para a RNCCI - Rede de Saúde Mental.

13 Listados do mais ao menos utilizado com base numa avaliação qualitativa uma vez que não estão disponíveis valores comparativos.

14 “Modelo de Apoio à Vida Independente” - MAVI.

fornecimento de serviços de assistente pessoal (através da subcontratação de assistentes pessoais). Para a candidatura a este programa, as organizações tinham de estar registadas como IPSS ou organizações equivalentes (mercado reservado). Para mais informações, consultar a subsecção de Vida com Apoio/Independente.

Fundos EU

Os Fundos Sociais Europeus poderão ser utilizados em vários programas sociais. No caso de serviços de cuidados para pessoas com deficiência, o projeto piloto de apoio à vida independente (MAVI; ver outras secções para mais informações) é amplamente apoiado por fundos da UE.

Taxas do utilizador

No caso de serviços de cuidados sujeitos a acordos sociais, espera-se que os utilizadores façam um copagamento (taxa de utilizador ou “copagamento de família”), de acordo com as regras estabelecidas nos diplomas que regulam estes serviços¹⁵. Ao contrário das Estruturas de Cuidados Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), onde a unidade considerada para calcular esta contribuição é apenas o próprio utilizador¹⁶, a maioria dos serviços, incluindo serviços de apoio e cuidados sociais para pessoas com incapacidades integradas nas redes RSES e RNCCI, considere o rendimento per capita do agregado familiar. A fórmula para calcular o rendimento per capita tem em conta o rendimento do agregado familiar e as despesas fixas (por exemplo, impostos, renda ou hipoteca, transporte, despesas de saúde, e custos com medicamentos para doenças crónicas). Os prestadores de serviços podem estabelecer um limite para tais despesas, desde que não seja inferior à Remuneração Mensal Mínima Garantida (RMMG)¹⁷. As

taxas de utilização não podem exceder o custo efetivo médio por utilizador (no caso de RSES, calculado com base nos custos incorridos no ano anterior e ajustados de acordo com a inflação, ou no caso de novos serviços, tendo em conta os utilizadores/despesas projetadas). Quando um utilizador está ausente durante mais de 15 dias seguidos, as taxas de utilizador podem ser reduzidas em 10%. As taxas de utilizador podem ser revistas com base em alterações no rendimento do agregado familiar. Para detalhes sobre taxas de utilizador por tipo de serviço, consultar as subsecções específicas.

Subvenções e subsídios

Os prestadores de serviços sem fins lucrativos poderão candidatar-se a subsídios e subvenções dentro de programas específicos, mesmo se o financiamento pago através deste modelo for menos significativo, particularmente quando comparado com acordos de serviços. Não existem dados específicos para o setor da deficiência, mas a análise dos gastos globais nos programas de ação social, em 2018, mostram que o financiamento de acordos de serviços ascendeu a 76,2% das despesas de ação social, contrastando com os 4,2% para programas e projetos, 6,6% para cofinanciamento de projetos sociais, e 0,4% para subsídios a organizações sem fins lucrativos (IGFSS, 2018). No seio destes programas está o PARES - Programa de Extensão da Rede de Instituições Sociais¹⁸, financiado por lucros de jogos sociais, gerido através do MTSS¹⁹. No último trimestre de 2020, foi lançada uma nova edição deste programa (PARES 3.0)²⁰, incluída nas medidas para abordar a situação de emergência social devido à COVID-19, de acordo com o Programa de Estabilização Económica e Social (PEES)²¹, com um orçamento de €110.000.000²².

15 Decreto 196-A/2015 (rede RSES) e Portaria 14-A/2015 (rede RNCCI).

16 Cláusula 3.2 do Anexo ao Decreto 196-A/2015.

17 “Remuneração Mensal Mínima Garantida” (RMMG). A partir de 1 de janeiro de 2021, este valor foi definido para € 665,00, um aumento de 4,7% em comparação com o ano anterior. Estabelecido pelo Decreto-Lei 109-A/2020 de 31 de dezembro. Para consultar em: <https://www.dgert.gov.pt/wp-content/uploads/2021/01/Decreto-Lei-n.o-109-A-2020.pdf>.

18 Estabelecido pelo Decreto 426/2006, de 2 de maio. Para consulta em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/659940/details/maximized>

19 De acordo com o número 6 do artigo 3 do Decreto-Lei 56/2006, de 15 de março, e com o Decreto 1057/2005, de 10 de novembro.

20 Estabelecido pelo Decreto 201-A/2020 de 19 de agosto, disponível para consulta em: <https://dre.pt/home/-/dre/140631220/details/maximized>.

21 “Programa de Estabilização Económica e Financeira” aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros 41/2020. Disponível para consulta em: <https://dre.pt/home/-/dre/135391594/details/maximized>.

22 De acordo com o Decreto 9952/2020 do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, disponível para consulta em: <https://dre.pt/home/-/dre/145438892/details/maximized>.

Atividades geradoras de rendimento/ atividades económico-sociais das organizações

Alguns prestadores de serviços, particularmente os maiores e/ou quem desenvolva formação profissional e atividades de apoio ao desemprego, mencionam apoiar-se em algumas atividades de geração de rendimento/ atividades económico-sociais (por exemplo, rendimentos da venda de produtos ou serviços produzidos por pessoas com deficiência em emprego protegido ou em outros ambientes produtivos) como apoio ao financiamento dos serviços de cuidados sociais.

Investimento privado

Os serviços de cuidados poder-se-ão ainda apoiar em investimento privado, apesar de não estarem disponíveis informações sobre o peso e o tipo de investimento privado em serviços de cuidados de deficiência em Portugal.

Impactos dos modelos de financiamento nos prestadores e nos serviços

- ★ Nas últimas décadas (1998-2018), os serviços de cuidados para pessoas com deficiência duplicou de tamanho (+116%), apresentando o maior aumento em todos os setores de serviços de cuidados (GEP-MTSSS, 2019). Em 2018, houve cerca de 1000 serviços para pessoas com deficiência em Portugal (GEP-MTSSS, 2019). Este **reforço de cobertura foi amplamente ancorado a acordos de serviços**. Considerando a totalidade do setor de cuidados sociais em Portugal, existem aproximadamente 6500 prestadores de serviços de cuidados, 71,3% dos quais sem fins lucrativos, sendo na maioria organizações privadas sem fins lucrativos (61,3% de todos os prestadores de serviços) (GEP-MTSSS, 2019). O financiamento público através de acordos de serviços assume a quota maior dos gastos da ação social: 1.451.217.360€, mais de três quartos (76,2%) do investimento público global em ação social, em 2018 (IGFSS, 2018).
- ★ Os acordos de serviços preveem copagamento e estas taxas de utilizador podem variar de forma ampla, dependendo do rendimento familiar. Ainda assim, uma vez que as pessoas com deficiência e as suas famílias enfrentam importantes desafios financeiros

em Portugal, as **taxas de utilizador tendem a ser baixas**. Em alguns contextos (por exemplo, áreas rurais, com uma grande proporção de trabalhadores do setor primário de baixos rendimentos), este efeito pode ser composto, criando desafios de financiamento adicionais a prestadores de serviços. As famílias poderão ainda mostrar resistência a pagar as taxas de utilizador para serviços de cuidados sociais, uma vez que sentem que já têm sobre si um fardo emocional e financeiro considerável e que estes serviços devem ser oferecidos de forma gratuita.

- ★ Outros impactos do financiamento com base em acordos de serviços, particularmente no caso de serviços “típicos” (ou seja, padronizados), que seguem uma taxa fixa por utilizador, é aí que há a falha de ter em conta a **diversidade de perfis de utilizador e as suas implicações financeiras**. Em primeiro lugar, não considera de forma ampla a complexidade das necessidades: mesmo em serviços criados para pessoas com deficiências graves, poderão existir diferentes significativas de acordo com o perfil dos utilizadores (por exemplo, utilizadores com várias deficiências poderão necessitar de maiores rácios de pessoal/utilizador e equipamento mais dispendioso). O financiamento público não compensa serviços com um rácio grande de utilizadores em risco de pobreza, ou sem apoio familiar, onde as taxas de utilizador são extremamente baixas. Adicionalmente, uma vez que o financiamento para a maioria dos serviços é ajustado com base nos registos de assiduidade mensal, quando os utilizadores estão ausentes durante longos períodos, tal como é o caso de hospitalização, o pagamento poderá ser reduzido em conformidade, apesar dos custos fixos (por exemplo, pessoal).
- ★ Outra questão que afeta os prestadores de serviços, particularmente no âmbito de acordos de serviços, são os requisitos crescentes relativamente a instalações e fornecimento de serviços (por exemplo, medidas de saúde e segurança, equipamento, salários), não compensados na totalidade por um aumento equivalente em financiamento que, durante alguns anos, aumentou abaixo do nível da inflação.
- ★ Em resultado de todos estes fatores, o **financiamento para prestadores de serviços sem fins lucrativos pode ser insuficiente para cobrir os custos operacionais**, particularmente no caso de serviços com uma grande proporção de utilizadores com necessidades graves e complexas. Um estudo recente abordou este défice no financiamento público para

serviços de apoio e cuidados sociais²³ (Carvalho & Oliveira, 2020).

- ★ Os prestadores de serviços tentam lidar com isto através de uma gestão financeira integrada (por exemplo, baseando-se em outras fontes de financiamento como, por exemplo, atividades económico-sociais, ou otimizando recursos técnicos e financeiros de outros serviços para apoiar serviços de cuidados que não sejam lucrativos).
- ★ Várias questões foram levantadas relativamente ao modelo de financiamento adotado para o Modelo de Apoio à Vida Independente (MAVI). O facto de este serviço ser financiado através de um projeto piloto de duração limitada levanta **questões relativamente à sua continuidade** e como tal afeta os utilizadores. Foram igualmente mencionadas questões relativamente às implicações financeiras para as organizações que gerem estes serviços. Por exemplo, custos relacionados com o término de contratos com assistentes pessoais devido a despedimento, ou quando o programa termina, não são elegíveis e devem ser suportados pelas próprias organizações. Considerando o elevado número de contratos de trabalho envolvidos, esta é uma causa importante de preocupação para as organizações.
- ★ Apesar de saudada como uma alteração política importante²⁴ o orçamento e modelo de financiamento MAVI cria constrangimentos ao número de horas de assistente social por utilizador. Uma vez que muitos utilizadores não têm acesso às horas diárias de assistência de que necessitam, continuam a ter de depender de membros da família e outros cuidados informais para obter apoio, comprometendo o impacto do MAVI na criação de uma vida independente.
- ★ A **falta de orçamentos personalizados com pagamentos geridos utilizadores de assistente pessoais**, justificada pelas autoridades públicas com restrições relacionadas com as regras de gestão de ESF e de aquisição pública, também compromete o seu potencial de permitir uma vida independente. Vários DPO e prestadores de serviços defendem que após o programa piloto, uma legislação futura sobre

a vida independente em Portugal deverá ultrapassar esta questões e introduzir pagamentos diretos, por exemplo, através de um sistema híbrido, onde os utilizadores com maiores níveis de autonomia podem ter acesso a pagamentos diretos e contratar as suas próprias assistentes pessoais, sendo que no caso de utilizadores com níveis de autonomia mais reduzidos e/ou que não desejem assumir esta responsabilidade, isto poderá ser assegurado através de uma organização/prestador de serviços.

- ★ Algumas questões **não estão relacionadas com um modelo de financiamento específico, mas com um sistema como um todo**. Várias partes interessadas (utilizadores, prestadores de serviços, DPO e especialistas) abordaram os desafios da transição no sentido de **serviços de cuidados mais em conformidade com uma perspetiva à base de direitos**. Esta mudança parece estar em andamento, pelo menos no que concerne as intenções formais por trás das recentes alterações de política como, por exemplo, a introdução de apoio à vida independente ou o anúncio de alterações nos serviços de cuidados de dia, mas continua a levantar questões sobre qual a melhor abordagem para apoiar esta mudança (por exemplo, reforço de financiamento para vida independente vs. Aumento na capacidade geral do serviço). Além disso, os serviços de cuidados normalmente operam de forma compartimentada devido à forma como o sistema está estruturado e é financiado, e os utilizadores normalmente têm de se ajustar a tipos de serviços específicos, ao invés de fazerem uma utilização total de uma infinidade de serviços baseados na comunidade para melhorar colmatar as suas necessidades. Como tal, alguns DPO e prestadores públicos sugerem que os serviços devem fazer uma transição progressiva no sentido de um **modelo de governação e financiamento centrado na pessoa** mais flexível. Isto implicaria critérios de financiamento mais flexíveis, melhor coordenação de serviços, e fornecimento de formação a trabalhadores, famílias e outros grupos-alvo, para ajudar no apoio a esta transição.

23 O objetivo definido no "Pacto de Cooperação para a Solidariedade Social" de 1996 era de um financiamento público não inferior a 50% dos custos dos prestadores de serviços. Atualmente, este valor é de 38% (Carvalho & Oliveira, 2020).

24 O apoio à vida independente é uma conquista recente em Portugal. Uma série de protestos por parte de pessoas com deficiência ajudaram a chamar a atenção para os pedidos para uma vida independente. Através de negociações e reuniões abertas à comunidade, surgiu um projeto de assistência pessoal local em 2015 financiado pelo Município de Lisboa e gerido por um DPO ("Centro de Vida Independente" - CVI). Um programa piloto nacional (MAVI) foi criado em 2017, pelo governo socialista recentemente indicado que, pela primeira vez, incluiu uma Secretaria de Estado para a Inclusão de Pessoas com Deficiências, que definem o MAVI como um dos principais objetivos do novo governo indicado.

★ Outra questão que foi levantada no seio de diferentes modelos de financiamento diz respeito às **estruturas de coordenação**. Os procedimentos e atrasos de pagamento poderão variar de acordo com quem suporta a responsabilidade pela coordenação e gestão do financiamento. Os entrevistados indicaram que a Segurança Social tendem a realizar atempada e regularmente os pagamentos aos prestadores de serviços, facto que é avaliado de forma positiva pelos mesmos. Foram reportados atrasos noutros setores (saúde, emprego e formação profissional).

★ A sustentabilidade financeira foi ainda mais desafiada pela COVID-19 devido a um aumento dos custos operacionais (por exemplo, aumento de pessoal devido a uma higienização mais frequente, abarcando trabalhadores de baixa médica ou isolamento profilático, ou dividindo equipas e ajustando turnos para reduzir as hipóteses de contaminação; investimento em equipamento de proteção individual e materiais de higienização), e aumento de lucros (por exemplo, redução nos lucros da economia social, prestação de serviços e outras atividades; diminuição no pagamento de serviços sociais durante o primeiro período de confinamento, no caso de utilizadores CAO²⁵). Os prestadores de serviços indicaram que lidam com estes desafios através da gestão integrada, empréstimos e utilização de medidas públicas de apoio.

★ Várias **medidas** foram introduzidas para ajudar os prestadores de serviços e lidar com os problemas levantados pela **pandemia da COVID-19**. Por exemplo: mantendo o pagamento de serviços residenciais durante o período de confinamento tendo em conta as tabelas de assiduidade dos meses anteriores; fornecimento regular de algum equipamento de proteção individual; brigadas de emergência da segurança social para apoiar unidades residenciais no caso de surtos de COVID-19; programa de emprego para reforçar o pessoal em setores estratégicos,

incluindo serviços sociais (MARESS); programa de financiamento para extensão da capacidade de serviço social (PARES 3.0). Os prestadores de serviços poderão ainda candidatar-se a outros programas de apoio, abertos a todos os setores, por exemplo, apoio a lay-off e a recuperação pós-lay-off.

★ Outra questão transversal diz respeito às condições de trabalho do pessoal nestes serviços. A maioria dos serviços de cuidados para pessoas com deficiência são fornecidos por organizações sem fins lucrativos. Como tal, aplica-se uma tabela de **vencimentos** estabelecida no contrato coletivo para trabalhadores no **setor social e de solidariedade** que está **abaixo do pagamento para funções equivalentes no setor público**. Vários fatores históricos e culturais poderão desempenhar um papel na subvalorização deste setor, mas um aumento significativo dos vencimentos pode ser difícil, uma vez que muitas organizações lutam pela sustentabilidade financeiras, e/ou têm estruturas pequenas. Ao mesmo tempo, este trabalho é cada vez mais exigente, e os profissionais normalmente enfrentam uma elevada pressão e estão em risco de burnout.

Cuidados de Dia

Em Portugal, os serviços de cuidados de dia para adultos com deficiência apoiam-se em grande medida em acordos de serviços com prestadores de serviços privados sem fins lucrativos, complementados por taxas de utilizador (copagamentos). A maioria destes serviços está incluída na rede RSES. Em 2018, havia 492 acordos de serviços de cuidados de dia ativos, apoiando 14676 adultos com deficiência através de Centros de Atividades Ocupacionais (CAO) e Fóruns Socioculturais. Os gastos públicos com estes serviços atingiram 89 861 930,97€ no mesmo período, a maior soma de todos os subsectores considerados neste relatório (ver Tabela 1).

25 No primeiro nível de gestão da pandemia (a partir de março de 2020), o país impôs um confinamento a nível nacional. Alguns serviços (por exemplo, Casas Residenciais Autónomas, e serviços de apoio domiciliário), continuaram a funcionar, mesmo com as restrições, no entanto, a maioria dos serviços de cuidados de dia para pessoas com deficiência (por exemplo, Centros de Atividades Ocupacionais - CAO) foram fechados, criando desafios significativos para pessoas com deficiência e para as suas famílias (Pinto & Neca, 2020). Num segundo nível, de reabertura progressiva das atividades económicas e de serviços privados e públicos, o Instituto da Segurança Social (ISS) emitiu linhas orientadoras para uma reabertura segura de CAO (ISS & DGS, 2020), e estes serviços têm voltado ao funcionamento regular desde então, com ajustes por parte dos prestadores de serviços.

TABELA 1 | Gastos, número de acordos de serviços e número de utilizadores, por tipo de serviço de cuidados de dia (rede RSES), 2018

	Gastos em €	Núm. De Acordos de Serviços	Núm. De Utilizadores
Centros de Atividades Ocupacionais	86 986 896,84	463	13 964
Fóruns Sócio Ocupacionais	2 875 034,13	29	712
Serviços de Cuidados de Dia (RSES) - Total	89 861 930,97	492	14 676

Fonte: IGFSS (2018)

Os **Centros de Atividades Ocupacionais**²⁶ (CAO) tinham como objetivo chegar apenas a pessoas com deficiência grave, com 16 anos ou mais, mas são o serviço de cuidados de dia mais frequente para pessoas com deficiência, com 13964 utilizadores em 2018 (ver Tabela 1). O Governo anunciou, recentemente, que os CAO serão substituídos por Centros de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI), serviços com base na comunidade com o objetivo de promover a autonomia, a qualidade de vida, a inclusão social, e as aptidões pessoais e profissionais de pessoas com deficiência²⁷, mas não existem ainda detalhes disponíveis relativamente ao seu grupo alvo, funcionamento e como decorrerá a transição dos CAO para os CACI.

Adultos com incapacidades psicossociais podem aceder a serviços similares aos CAO, também designados como atividades de cuidados diários que promovem a autonomia, a estabilidade emocional e a participação social de pessoas com deficiência que estão desempregadas. Estes incluem os **Fóruns Sócio Ocupacionais**²⁸ integrados na rede RSES (segurança social), e as **Unidades Sócio Ocupacionais**²⁹, que já estão sob a coordenação conjunta de saúde/segurança social, através da rede RNCCI. Os gastos públicos com as Unidades Sócio Ocupacionais integradas na rede RNCCI são apresentados em Tabela 2.

TABELA 2 | Gastos com serviços de cuidados de dia, por tipo de serviço e fonte de financiamento (rede RNCCI), 2019

Serviços de Cuidados de Dia (RNCCI)	Financiamento da Saúde em €	Financiamento da Segurança Social em €	Total
Unidades Sócio Ocupacionais	205 742,60 €	107 887,72 €	313 630,32 €

Fonte: ACSS (2019)

Os CAO são considerados serviços “típicos” com financiamento padrão por utilizador. Além destes serviços, os serviços de cuidados de dia para pessoas com deficiência incluídos na rede RSES incluem ainda serviços “atípicos” (ou seja, não padronizados e com financiamento variável) como, por exemplo, como

centros de apoio, reabilitação de cuidados e social para pessoas com deficiência. O financiamento público para serviços incluídos na rede RNCCI é variável. Os montantes de financiamento por utilizador e por mês para cada tipo de serviço de cuidados de dia são apresentados em Tabela 3.

26 “Centros de Atividades Ocupacionais” – CAO.

27 Comunicado de imprensa do Conselho de Ministros de 4 de janeiro de 2020. Disponível para consulta em: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc22/governo/comunicado-de-conselho-de-ministros?i=387>.

28 “Fóruns sócio ocupacionais”.

29 “Unidade Sócio Ocupacional” – USO.

TABELA 3 | Montante pago pelos serviços da segurança social por utilizador e por mês, 2019-2020.

Tipo de serviço	Valor (por utilizador/mês)
Centros de Atividades Ocupacionais	€538,35
Unidades Sócio Ocupacionais (RNCCI)	Variável. Diferença entre custo por utilizador e taxa de utilizador.

Fonte: Compromisso de Compromisso de Cooperação para o Sector Social e Solidário: Protocolo para o biénio 2019-2020 (“Compromisso de Cooperação para o Sector Social e Solidário: Protocolo para o Biénio 2019-2020”).

Taxas de utilizador para serviços “típicos” dependem do tipo de serviço. Tabela 4 Apresenta o copagamento máximo como uma percentagem de rendimento per capita, para os principais serviços de cuidados de dia

para pessoas com deficiência. Note que as taxas de utilizador não podem exceder os custos efetivos do serviço (consultar Introdução).

TABELA 4 | Taxas de utilizador dos serviços de cuidados de dia para pessoas com deficiência como percentagem do rendimento per capita do agregado familiar, por tipo de serviço

Tipo de serviço	Taxas do utilizador (percentagem do rendimento per capita)
Centro de Atividades Ocupacionais - utilizadores que não estão em casas residenciais	65%
Centro de Atividades Ocupacionais - utilizadores em casas residenciais	Variable. Cannot exceed 100%
Unidades Sócio Ocupacionais	15% (min.) – 50% (max.)

Fonte: Decreto 196-A/2015; Portaria 14-A/2015.

Foram levantadas algumas questões relativamente ao **impacto** deste modelo de financiamento. Uma vez que o financiamento para serviços de cuidados de dia é pago através de *acordos de serviços* específicos para cada tipo de serviço, ao invés de ser resultado de uma avaliação integrada das necessidades e do perfil dos utilizadores, os prestadores de serviços poderão enfrentar desafios relacionados com o financiamento. Por exemplo, no caso de um prestador de serviços sem fins lucrativos, os utilizadores com um determinado grau de autonomia, mas não conseguem ter uma atividade a tempo inteiro, são “atividades socialmente úteis” de desenvolvimento a tempo parcial numa unidade produtiva, e tempo parcial em serviços de cuidados de dia (CAO). Neste caso, recebem um subsídios do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) pelo tempo passado na unidade produtiva, mas não pagam uma taxa de utilizador para o CAO, portanto, os prestadores de serviços têm de subsidiar, parcialmente, o acesso a este serviço. No caso deste prestador de serviços, quase um terço dos utilizadores CAO estavam nesta situação.

Outra questão ligada a este modelo de financiamento que poderá criar desafios de sustentabilidade aos prestadores de serviços de cuidados de dia é o *pagamento fixo* para utilizadores CAO. Os requisitos financeiros para o desenvolvimento destes serviços poderá variar muito, dependendo das atividades que são desenvolvidas e do perfil dos utilizadores. A oferta de serviços com o objetivo de promover o desenvolvimento de aptidões, bem-estar e autonomia dos utilizadores, pode ser um enorme consumo de recursos (por exemplo, tempo, rácios de pessoal/utilizador), particularmente no caso de utilizadores com deficiências graves e múltiplas. No entanto, o financiamento público é igual, independentemente destes fatores. Como tal, *o financiamento para serviços para utilizadores com necessidades complexas tende a ser insuficiente*.

Outra questões diz respeito às limitações das *taxas do utilizador* como fonte de financiamento para serviços de cuidados de deficiência. Estes copagamentos poderão variar muito, e uma vez que são calculados tendo por

base o rendimento do agregado familiar, tendem a ser baixos³⁰.

Alguns prestadores de serviços sem fins lucrativos mencionam que lidam com estes desafios financeiros através de uma *gestão financeira integrada*, através da qual o financiamento da economia social e das atividades de geração de rendimento (por exemplo, vendendo produtos realizados por unidades produtivas que empregam pessoas com deficiência) e outros serviços, ajuda a subsidiar serviços que têm financiamento insuficiente.

A *pandemia da COVID-19* criou entraves financeiros adicionais aos prestadores de serviços, que viram os seus custos operacionais aumentar (por exemplo, equipamento de proteção social individual, pessoal), enquanto que os lucros diminuíram (por exemplo, utilizadores que não frequentavam serviços de cuidados de dia para pessoas com deficiência devido à emergência de saúde pública, menos lucros de unidades produtivas e outras fontes), levando-os, por vezes, a pedir empréstimos.

Os prestadores de serviços, DPO e utilizadores indicam que houve listas de espera significativas para serviços de cuidados de dia para pessoas com deficiência (por

exemplo, CAO), mas uma vez que não havia qualquer sistema integrado para monitorizar tais pedidos, estes foram apoiados apenas por evidências qualitativas e as listas informais criadas pelos prestadores de serviços.

Vida com Apoio/ Independente

O apoio à vida independente, mais especificamente, serviços de assistência pessoal, é fornecido através de um programa piloto (Modelo de Apoio à Vida Independente - MAVI³¹), criado em 2017³². O MAVI é um programa a curto prazo, inicialmente definido por um período de três anos, com um anúncio recente de uma extensão de seis meses (no total, um máximo de 42 meses), financiado através dos Fundos Sociais Europeus (ESF) e cofinanciamento nacional. Na maioria dos casos, o Instituto Nacional de Reabilitação (INR) age como Entidade Intermediária na gestão ESF, com exceção da área de Lisboa, onde a Área Metropolitana de Lisboa (AML) age como Entidade Intermediária. Os fundos estruturais advêm de diferentes programas operacionais ESF (consultar Tabela 5).

TABELA 5 | Financiamento e projetos MAVI, por região

Região	Núm. CAVI	Financiamento
Norte	13	PO ISE – PO de Emprego e Inclusão Social
Centro	9	
Alentejo	5	
Lisboa	6	POR Lisboa – PO Regional de Lisboa
Algarve	2	CRESC Algarve – PO Regional do Algarve

* Note: OP - Operational Programme

O MAVI opera através de uma rede de CAVI (Centros de Apoio à Vida Independente³³), gerida por **organizações privadas sem fins lucrativos**, que são consideradas, para o propósito deste programa, como beneficiárias do programa. O financiamento é pago a estas organizações

que são responsáveis pela seleção de utilizadores de assistência pessoal (grupo alvo), para contratação e formação de assistentes pessoais, e gestão de todas as atividades operacionais. Estas organizações foram selecionadas através de um **procedimento**

30 Por exemplo, no caso de um dos prestadores de serviços, para apoio total em CAO, incluindo transporte, alimentação, atividades e terapias, as taxas do utilizador vão de 15€ por mês quase até 500€, mas apenas 3% dos utilizadores pagam o montante máximo.

31 "Modelo de Apoio à Vida Independente" - MAVI.

32 Decreto-Lei 129/2017 ("Modelo de Apoio à Vida Independente"). Disponível para consulta em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/108265124/details/maximized>.

33 "Centros de Apoio à Vida Independente" (CAVI).

de concurso público de aquisição dentro de um mercado reservado, lançado a nível regional, aberto a organizações sem fins lucrativos reconhecidas como IPSS ou organização equivalente. O projeto financia 35 CAVI em Portugal, fornecendo assistência pessoal a 884 pessoas com deficiência - 395 no Norte, 177 no Centro, 102 no Alentejo, 39 no Algarve e 171 na área de Lisboa, com idades entre os 16 e os 97 anos (a média de idade dos utilizadores foi de 44). Desde o início, o MAVI forneceu mais de 1.048.034 horas de assistência pessoal (INR, 2020). É redigido um “plano de assistência pessoal individualizado” (PIAP) de um para um por parte dos prestadores de serviços e utilizadores de assistente pessoal, detalhando e justificando o número de horas de assistência pessoal, necessária por utilizador, proporcionando um orçamento semi-personalizado, mas sem pagamentos diretos geridos pelos próprios utilizadores de serviço, que são uma característica chave do modelo de orçamento personalizado.

Foram reportadas várias questões relacionadas com o **impacto** deste modelo de financiamento. Apesar de ser tido como uma mudança política importante, o modelo de financiamento do MAVI pode limitar, em grande medida, o seu impacto no apoio à vida independente. Inicialmente, o MAVI pressupunha-se que incluísse cerca de 200 a 300 pessoas. Este objetivo foi alargado e, atualmente, o programa apoia 884 utilizadores. O regulamento do programa estabeleceu limites para as horas de assistência (PA) por centro (ou seja, cada CAVI não poderia ter mais do que 30% dos seus utilizadores com mais de 40 horas de PA por semana). Mas mesmo se este limite tiver sido considerado, o orçamento alocado seria insuficiente para cobrir o número máximo de utilizadores e horas de apoio estabelecido pelo MAVI³⁴. Foram realizados, recentemente, ajustes ao programa, com um reforço de financiamento (de um máximo de 1 400 000,00€ por CAVI para 1 750 000,00€) e revisão de alguns limites de despesas, mas estas mudanças ainda são tidas como insuficientes para permitir uma extensão do projeto e um reforço de horas de assistência pessoal, para responder melhor às necessidades dos utilizadores. Apesar de ser um serviço novo, valorizado por utilizadores e DPO, o número médio de horas de assistência pessoal por utilizador é algo baixo, por exemplo, a partir de dezembro de 2020, a média foi de 2,2 horas de assistência pessoal por utilizador, e por dia. Como tal, pessoas com deficiência poderão ter de continuar a esperar apoio de membros da família e outras redes de apoio, que levaram a que algumas DPO se caracterizassem como um “serviços

de apoio domiciliário melhorado”, que permite uma maior autonomia aos utilizadores de assistência pessoal, mas não permite, de forma ampla, uma vida independente.

Outras questões levantadas disseram respeito à ausência de orçamentos personalizados com pagamentos diretos aos utilizadores de assistente pessoais, justificada pelas autoridades públicas com restrições relacionadas com as regras de gestão de ESF, ou a incerteza relativamente à continuidade do programa. Esta questão continua a levantar alguma discussão e vários DPO e prestadores de serviços indicam que após o programa piloto, uma futura lei sobre a vida independente em Portugal deverá considerar a introdução de pagamentos diretos, por exemplo, através de um sistema híbrido, através do qual os utilizadores possam escolher pagamentos diretos, e contratar e pagar às suas assistentes pessoais, enquanto que no caso de utilizadores com níveis de autonomia reduzida e/ou que não desejem assumir esta responsabilidade, isto poderia ser assegurado através de uma organização/prestador de serviços (como acontece agora). Outra questão que foi levantada relativamente à ligação entre os pagamentos diretos e as relações laborais - o facto de o pagamento de assistentes pessoais ser mediado pelas organizações poderá levar a que algumas assistentes pessoais reconheçam estas organizações como suas entidades empregadoras (por exemplo, situações em que férias ou ausências sejam comunicadas à organização, ao invés de ao próprio utilizador).

O MAVI foi criado como programa piloto, com duração limitada (agora 42 meses), sujeito a um tipo de procedimento público de aquisição, após o qual será avaliado com vista a ajustar o modelo e a expandi-lo a nível nacional. No entanto, este modelo cria alguma incerteza para os prestadores de serviços/DPO que gerem os CAVI, para os utilizadores de assistência pessoal e para as assistentes pessoais. Por exemplo, custos relacionados com o término de contratos com assistentes pessoais (ou seja, devido a despedimento, ou quando o programa termina), não serem elegíveis e devem ser suportados pelas próprias organizações. Considerando o elevado número de contratos de trabalho envolvidos, esta é uma causa importante de preocupação para as organizações. Existem ainda amplas preocupações relativamente à sustentabilidade destes serviços. O apoio à vida independente espera-se que continue, sob uma forma ou outra, após o programa piloto, mas existe um elevado grau de incerteza relativamente a quando tal irá ocorrer, o que irá acontecer aos prestadores de serviços

34 O financiamento máximo por CAVI foi definido para €1.400.000, durante um período de três anos.

MAVI atuais, aos utilizadores e às assistentes pessoais, e se e como o programa será alargado a outras regiões e beneficiários.

Outras questões foram levantadas relativamente às *condições de trabalho* das assistentes pessoais. Este tipo de serviço cria desafios específicos que não são encontrados em serviços mais convencionais. Por exemplo, uma assistente pessoal poderá ter de apoiar vários utilizadores, e este facto poderá criar limitações para encontrar agendas compatíveis com cada utilizador, e que não criem constrangimentos significativos à autonomia do utilizador. Por outro lado, o código de trabalho também define limitações claras à quantidade de horas de trabalho diárias (8h) e semanais (40h), o que cria desafios adicionais a esta gestão. Estes são desafios comuns no seio dos programas de assistência pessoal, que são intensificados por constrangimentos financeiros.

Uma vez que a vida independente é um conceito relativamente novo em Portugal e, inicialmente, muitos prestadores de serviços e pessoas com deficiência não estavam familiarizados com os procedimentos e assunções base (por exemplo, como estimar o número de horas de assistência de que necessitariam), tem havido uma consciência crescente e interesse neste serviço. No entanto, devido ao financiamento limitado e às restrições de um programa piloto, os CAVI não podem alargar o número de participantes, assim, as *listas de espera* para este serviço estão a crescer.

Pessoas com deficiência a viver em ambientes não residenciais que não beneficiam de MAVI poderão receber apoio de **serviços de apoio domiciliário** específicos³⁵ incluídos no RSES, incluindo cuidados e higiene pessoal, serviços de refeições, assistência em casa, e outras formas de apoio à vida. Consultar Tabela 6 para informações sobre financiamento e cobertura destes serviços.

TABELA 6 | Expenditure, number of service agreements and number of users of home care services (RSES network), 2018

Type of service	Expenditure €	No. service agreements	No. Users
Home Care Services – Disability (RSES)	1.502.485,65	21	486

Source: IGFSS (2018).

The RNCCI network also includes home care services for persons with psychosocial disabilities. For information on expenditure with these services per funding source, see Table 7.

TABELA 7 | Expenditure with home care services (RNCCI network), per funding source, 2019

Long-term institutional care services (RNCCI)	Health funding €	Social Security funding €	Total
Home care services	140 368,32 €	24 678,13 €	165 046,45 €

Source: ACSS (2019)

Funding amounts for home care services included in the RSES and RNCCI networks are presented in Table 8.

TABELA 8 | Table 8: Amount paid by social security services per user and per month, 2019-2020

Type of service	Value (per user/month)
Home Care Services – Disability (RSES)	€269,63
Home Care Services (RNCCI)	Variable. Difference between cost per user and the user fee.

Source: Commitment of Cooperation for the Social and Solidarity Sector: Protocol for the 2019-2020 biennium ('Compromisso de Cooperação para o Sector Social e Solidário: Protocolo para o Biénio 2019-2020').

35 "Serviços de Apoio Domiciliário".

Table 9 presents user fees for home care services. As noted before, these cannot exceed the effective cost of the service.

TABELA 9 | Table 9: User fees of home care services as percentage of household's per capita income, per type of service

Type of service	User fee (percentage of per capita income)
Home Care Services (RSES)	65% (max.)
Home Care Services (RNCCI)	5% (min.) – 35% (max.)

Source: Ordinance 196-A/2015; Order 14-A/2015.

Long Term Institutional Care

As in the case of day care services, funding for long-term institutional care is strongly reliant on service agreements with private non-profit organisations, supplemented by user fees (co-payments).

The majority of these services are included in the RSES network. In 2018, there were 393 long-term residential care agreements for adults with disabilities, supporting 6402 users, and public expenditure with these services reached 76 563 094,73€ (see Table 10).

TABELA 10 | Expenditure, number of service agreements and number of users, per type of long-term institutional care services (RSES network), 2018

	Expenditure €	No. service agreements	No. users
Residential Home	71 365 857,39	300	5857
Autonomous Home	3 907 010,82	70	369
Supported Life Units	443 040,96	3	61
Protected Life Units	808 956,94	17	98
Autonomous Life Units	38 228,62	3	17
Long-term institutional care services (RSES) - Total	76 563 094,73	393	6402

Source: IGFSS (2018)

Adults with disabilities can access long-term institutional care facilities included in the RSES network, such as **Residential Homes**³⁶, units of up to 30 people, targeted at persons with disabilities aged 16 or older, and **Autonomous Homes**³⁷, units of up to five people, targeted at persons with disabilities aged 18 or older that, with adequate support, can live an autonomous life³⁸. Persons with psychosocial disabilities can access three

types of long-care institutional care facilities integrated in RSES: **Protected Life Units**³⁹, aimed at adults with severe psychosocial disabilities, clinically stable, and in need of autonomy training; **Autonomous Life Units**⁴⁰, targeted at adults with severe psychosocial disabilities, clinically stable, without other satisfactory residential options, but autonomous and capable of integrating vocational training, employment in the labour market or

36 'Lares Residenciais'- LR.

37 'Residências Autónomas'- RA/RSES.

38 Ordinance no. 59/2015 from March 2nd.

39 'Unidades de Vida Protegida' - UVP.

40 'Unidades de Vida Autónoma' - UVAu.

sheltered employment; **Supported Life Units**⁴¹, aimed at adults with severe and chronic psychosocial disabilities, considered unable to organize their daily tasks without support, but with no need of frequent medical care.

Other long-term institutional care facilities for persons with psychosocial disabilities are integrated in RNCCI. These include: **Autonomy Training Homes (RTA)**⁴², to support the acquisition of autonomy and other basic skills for persons with mild to moderate psychosocial disabilities,

for a period no longer than 12 months; **Autonomous Homes (RA)**⁴³ targeted at adults with mild psychosocial disabilities, without adequate family support and in need of supervision in daily activities, but capable of interacting and living in close proximity to the community; **Moderate Support Homes**⁴⁴ (RAMo) for adults with moderate disabilities; and **Maximum Support Homes**⁴⁵ (RAMa) for adults with severe disabilities. For information on expenditure with these services, per funding source, check Table 11.

TABELA 11 | Expenditure with long-term institutional care services, per type of service and funding source (RNCCI network), 2019

	Health funding €	Social Security funding €	Total
RA	48 610,90 €	33 256,32 €	81 867,22 €
RAMa	562 974,00 €	235 240,57 €	798 214,57 €
RAMo	114 554,64 €	143 509,41 €	258 064,05 €
RTA	182 173,08 €	115 716,11 €	297 889,19 €
Long-term institutional care services (RNCCI) - Total	908 312,62 €	527 722,41 €	1 436 035,03 €

Source: ACSS (2019)

Funding amounts for residential services integrated in the RSES and RNCCI networks are presented in Table 12.

TABELA 12 | Amount paid by social security services per user and per month, 2019-2020

Type of service	Value (per user/month)
Residential Home (RSES)	1062,98€
Residential services included in RNCCI	Variable. Difference between cost per user and the user fee.

Source: Commitment of Cooperation for the Social and Solidarity Sector: Protocol for the 2019-2020 biennium ('Compromisso de Cooperação para o Sector Social e Solidário: Protocolo para o Biénio 2019-2020').

41 'Unidades de Vida Apoiada' - UVAp.

42 'Residências de Treino de Autonomia' – RTA.

43 'Residências Autónomas' – RA/RNCCI.

44 'Residências de Apoio Moderado' – RAMo.

45 'Residências de Apoio Máximo' – RAMa.

User fees for residential services, as a percentage of the household's per capita income, are presented in Table 13.

TABELA 13 | User fees of residential care services for persons with disabilities as percentage of household's per capita income, per type of service

Type of service	User fee (percentage of per capita income)
Autonomous Home (RSES)	40%
Residential Home (without attending CAO)	90%
Residential Home (attending CAO)	65%
Autonomous Home (RNCCI)	50%
All other residential units (except AH/RNCCI)	30% (min.) – 60% (max.)

Source: Ordinance 196-A/2015 and Order 14-A/2015.

Concerning the **impact** of the funding model for long-term institutional care services, many cross-cutting issues regarding service agreements and user fees apply (e.g. see Day care services subsection). Funding for residential facilities can be insufficient, particularly in the case of users with severe disabilities and/or complex needs. Moreover, public funding fails to take fully into account persons with disabilities with low revenues and no family support, which as users age, becomes an increasingly frequent issue. Since their revenues tend to be very low (e.g. often only the Social Inclusion Subsidy), and must cover all basic needs, and since funding per user is fixed, service providers may have to support the difference themselves.

Service providers report having *waiting lists* for residential homes for persons with disabilities, but since there is no integrated system to monitor these requests, this is supported only by anecdotal evidence and the internal lists assembled by service providers.

Respite care

There are no specific respite care services to support persons with disabilities in Portugal, though the possibility of short-term institutionalization in residential care facilities during holidays or rest of the caregiver is foreseen. Respite care for persons with psychosocial disabilities may be provided by RAMo and RAMa facilities included in the RNCCI network for up to 45 days a year. Since services tend to be stretched to the limit of their capacity, there is still a general lack of awareness and use of respite care in Portugal, nor data available on availability or uptake of the service.

Interviews

- ★ Carina Metelo, Regulator, Strategic Planning and Prospective Studies Department at the Cabinet for Strategy and Planning of the Ministry of Labour, Solidarity and Social Security (GEP-MTSSS), Interview on 4th of February, 2021
- ★ Paula Campos Pinto, Expert, President of the National CRPD Monitoring Mechanism, Coordinator of the Disability and Human Rights Observatory (ODDH, ISCSP/ULisboa), Interview on 31st of December, 2020
- ★ Cristina Silva, Provider and Employee, Director of ARCIL, Interview on 22nd of December, 2020
- ★ Rogério Cação, Provider and Umbrella Organization, President of the Portuguese Cooperatives' Confederation (CONFECOOP), Vice-President of FENACERCI, Interview on 30th of December, 2020
- ★ José Falcato, Provider and DPO, President of the Centre for Independent Living (Associação CVI), Interview on 21st of December, 2020
- ★ Mário Gonçalves, Employee and DPO, Coordinator of CVI's CAVI in the North region, Vice-President of the Centre for Independent Living (Associação CVI), Interview on 21st of December, 2020
- ★ Diana Santos, User and DPO, User of CVI's CAVI in Lisbon, Vice-President of the Centre for Independent Living (Associação CVI), Interview on 22nd of December, 2020
- ★ Joaquina Castelão, DPO/Family Member's Association, President of FamiliarMente, Member of the Workgroup revising Mental Health Law in Portugal, Interview on 11th of January, 2021

References

- ACSS (2019). Relatório de Monitorização da Rede Nacional da Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) — 2019. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde — ACSS. Available at: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_-_Monitorizacao_RNCCI-2019.pdf
- Carvalho, A.M.S., & Oliveira, R.E.M. (2020). *Importância Económica e Social das IPSS em Portugal: Central de Balanços* (2016, 2017 e 2018). Lisbon: CNIS. Available at: <http://rotass.cnis.pt/wp-content/uploads/2020/09/CNIS-Livro-Central-de-Balan%C3%A7os-julho-2020-AF-digital-dupla-pagina.pdf>
- GEP-MTSSS (2019). *Carta Social: Rede de Serviços e Equipamentos Sociais 2018*. Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS). Available at: www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2018.pdf
- IGFSS (2018). *Conta da Segurança Social 2018 – Parte II*. Lisbon: Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social. Available at: <http://www.seg-social.pt/documents/10152/17390417/Conta%20da%20Seguran%C3%A7a%20Social%20de%202018%20-%20Parte%20II/f53d6c22-03c6-427f-a1a0-4012edb78bfb>
- INR (2020). *Relatório Mensal MAVI — Novembro 2020* ('MAVI Monthly Report – November 2020', updated on 13/01/2021). Lisbon: Instituto Nacional para a Reabilitação – INR. Available at: https://www.inr.pt/noticias/-/journal_content/56/11309/468579
- Neca, P., & Pinto, P.C. (2020). *Pessoas com Deficiência em Portugal: Indicadores de Direitos Humanos 2020 — Dossier Especial: Deficiência e COVID-19 em Portugal*. Lisbon: ISCSP. Available at: http://oddh.iscsp.ulisboa.pt/index.php/pt/2013-04-24-18-50-23/publicacoes-dos-investigadores-oddh/item/download/461_14392e7410654827f8e879c3abf86d1b
- ISS & DGS (2020). *COVID-19: Guião Orientador da Resposta Social Centros de Atividades Ocupacionais (CAO)*. Lisbon: Instituto de Segurança Social e Direção Geral da Saúde. Available at: <http://www.seg-social.pt/documents/10152/17033048/Gui%C3%A3o+Orientador+para+a+Reabertura+do+CAO.pdf/584b7b6a-40e6-44be-81cd-b867ed6b343b>

Law 4/2007 from January 16th. Available at: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/66798712/view?consolidacaoTag=Seguran%C3%A7a+Social>

Decree-Law 109-A/2020 from December 31st. Available at: <https://www.dgert.gov.pt/wp-content/uploads/2021/01/Decreto-Lei-n.o-109-A-2020.pdf>

Decree-Law 129/2017 ('Modelo de Apoio à Vida Independente'). Available at: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/108265124/details/maximized>

Decree-Law 56/2006, from March 15th

Ordinance 201-A/2020 from August 19th, available at: <https://dre.pt/home/-/dre/140631220/details/maximized>

Ordinance 196-A/2015 from July 1st, available at: <https://dre.pt/application/conteudo/67666075>.

Ordinance 426/2006, from May 2nd. Available at: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/659940/details/maximized>

Ordinance 1057/2005, from November 10th.

Order 9952/2020 from the Ministry of Labour, Solidarity, and Social Security, available at: <https://dre.pt/home/-/dre/145438892/details/maximized>

Order 8297-D/2019 from the Ministry of Labour, Solidarity, and Social Security, available at: <https://dre.pt/application/conteudo/124831320>.

Order 14-A/2015, from July 29th, available at: <https://dre.pt/home/-/dre/69905647/details/maximized>.

Council of Ministers' Resolution 41/2020. Available at: <https://dre.pt/home/-/dre/135391594/details/maximized>.

Council of Ministers' press release from January 4th 2020. Available at: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc22/governo/comunicado-de-conselho-de-ministros?i=387>

A EASPD é a Associação Europeia de Prestadores de Serviços para Pessoas Com Deficiência. Somos uma organização europeia sem fins lucrativos que representa mais de 17 000 serviços sociais e organizações para deficientes na Europa. O principal objetivo da EASPD é promover igualdade de oportunidades para pessoas com deficiência através de sistemas de serviços eficientes e de alta qualidade.



European Association of Service providers for Persons with Disabilities
Handelstraat 72 Rue du Commerce, B-1040 Brussels
+32 2 233 77 20 | info@easpd.eu | www.easpd.eu

Follow our work on

