



**Luis Jacob,  
Eduardo Santos,  
Ricardo Pocinho  
e Helder Fernandes**

prefácio de LUIS JACOB

**ENVELHECIMENTO  
E ECONOMIA SOCIAL  
PERSPETIVAS  
ATUAIS**

EDUCAÇÃO

“A economia só será viável se for humana,  
para o homem e pelo homem.”

(Papa João Paulo II)

---

**TÍTULO** Envelhecimento e Economia Social: perspetivas atuais  
**AUTORES** Luís Jacob, Eduardo Santos, Ricardo Pocinho e Helder Fernandes  
**COPYRIGHT** 2013, PsicoSoma  
**PAGINAÇÃO** Studiobox  
**CAPA** Studiobox  
**IMPRESSÃO E ACABAMENTO** Sá Pinto Encadernadores - Viseu

**ISBN:** 978-972-8994-46-4

**DEPÓSITO LEGAL Nº:** 359126/13

1ª Edição, Maio de 2013

Apoios  
Programa Operacional Ciência e Inovação 2010 e Instituto de Psicologia Cognitiva,  
Desenvolvimento Vocacional e Social da Faculdade de Psicologia das Ciências da  
Educação da Universidade de Coimbra

**RESERVADOS TODOS OS DIREITOS PARA**

**psicosoma**  
Applied Cognitive Neuroscience ©

Psico & Soma - Livraria, Editora, Formação e Empresas, Lda.  
Rua Miguel Bombarda nº36 | 3510-089 Viseu | Portugal  
Telefone: +351 232 431 060  
FAX: +351 232 431 059

[www.psicosoma.pt](http://www.psicosoma.pt) | [editora@psicosoma.pt](mailto:editora@psicosoma.pt) | [info@psicosoma.pt](mailto:info@psicosoma.pt)

Esta obra é um livro técnico e destina-se ao ensino.  
Nenhuma parte deste livro pode ser reproduzida por qualquer processo (incluindo a  
fotocópia), transmitida ou traduzida em linguagem máquina sem a autorização por  
escrito do editor.

## ENVELHECIMENTO E ECONOMIA SOCIAL: PERSPETIVAS ATUAIS

		ÍNDICE
	Prefácio	7
A ECONOMIA SOCIAL por Luís Jacob e Eduardo Santos	<b>1.</b>	9
A Importância Económica da Economia Social	1.1.	18
As Instituições Particulares de Solidariedade Social	1.2.	22
Outras Organizações de Economia Social	1.3.	28
Cooperativas	1.3.1.	28
Mutualidades ou Associações de Socorros Mútuos	1.3.2.	33
Organizações Não-Governamentais para o Desenvolvimento (ONGD)	1.3.3.	35
Cruz Vermelha Portuguesa	1.3.4.	38
Cáritas	1.3.5.	40
O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO por Luís Jacob	<b>2.</b>	43
RESPOSTAS SOCIAIS PARA OS IDOSOS	<b>3.</b>	50
ERPI, Centro de Dia, SAD e UTI	3.1.	58
Evolução das Respostas Sociais	3.2.	63
GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS NAS IPSS: Dois estudos de caso	<b>4.</b>	66
Estudo de Caso: as Ajudantes de Lar e	4.1.	71
Centro de Dia/Auxiliares de Ação Direta		
O Diretor Técnico	4.2.	74
O PAPEL DO GERONTÓLOGO NA ECONOMIA SOCIAL	<b>5.</b>	77
por Ricardo Pocinho e Tércia Rocha		
QUALIDADE DE CUIDADOS E SERVIÇOS NAS RESPOSTAS SOCIAIS	<b>6.</b>	83
por Helder Fernandes		
Bibliografia sugerida		93
Referências bibliográficas		93
Webgrafia		95
Autores		95
ANEXOS		
Perfil profissional das Auxiliares de Ação Direta .....	I	97
Lei de Bases da Economia Social .....	II	101
Perguntas e respostas sobre as Misericórdias .....	III	105

## 6. QUALIDADE DE CUIDADOS E SERVIÇOS NAS RESPOSTAS SOCIAIS PARA IDOSOS.

---

Por Helder Fernandes  
(Professor na Escola Superior de Saúde de Bragança)

Assegurar a qualidade e sustentabilidade financeira das instituições que prestam apoio social e cuidados de saúde a idosos numa sociedade cada vez mais envelhecida é um grande desafio.

Muito se tem falado atualmente sobre a qualidade, a implementação de medidas de qualidade, sobre qualificação. Proponho neste capítulo uma viagem pela desconstrução dos conceitos, para uma posterior reconstrução, de forma a passar por um processo pensante sobre as questões da qualidade nos cuidados e serviços para pessoas idosas.

A qualidade é um constructo subjetivo, o que cria algumas dificuldades na sua medição e avaliação. Por exemplo, o termo qualidade é utilizado quando se fala da qualidade de vida das pessoas de uma instituição ou de uma comunidade, quando se fala da qualidade da alimentação ou do ar que se respira, e mesmo quando se fala da qualidade do serviço prestado ou de um produto de uma determinada empresa. Como o termo tem diversas utilizações, o seu significado nem sempre é de definição clara e objetiva. Tem havido uma preocupação em operacionalizar este constructo, nomeadamente no que se refere a instituições de apoio social e cuidados de saúde a pessoas idosas. Encontramos facilmente nas bases de dados bibliográficas científicas diversos estudos sobre indicadores de qualidade relacionados com a institucionalização dos idosos.

Vejam agora um exemplo do que pode ser errado ao falar de qualidade: numa fábrica de chocolates, no sentido de implementar qualidade, foram definidos vários processos e normas (controlo da temperatura do chocolate durante o processo de fabrico, uso de luvas e toucas pelos funcionários, utilização de embalagens esterilizadas, pesagem dos ingredientes em miligramas, registo e comunicação de qualquer incidente crítico, etc...). A verdade é que os chocolates desta fábrica continuam a não ser os preferidos no mercado, e o sabor destes deixa muito a desejar! Afinal onde está a qualidade?

Quando se fala da qualidade de serviços para pessoas idosas em contexto residencial, referindo-se os lares de idosos, agora denominados estruturas residenciais para pessoas idosas, surge a ideia de uma casa grande, vistosa, com um design atrativo, bem decorada interiormente

---

---

e exteriormente. Imaginamos no exterior um jardim com largo passeio onde a sombra das árvores dão conforto no verão e embelezam o inverno, e no interior amplos espaços decorados com longos cortinados nas grandes janelas e quadros de pintores reconhecidos, nem que sejam apenas réplicas. Apesar de estes aspetos terem efetivamente a sua importância no que concerne à qualidade, os indicadores de qualidade dos serviços e cuidados prestados estão muito distantes. Por serem tão diferentes do que se pode ver numa primeira visita, no primeiro impacto da instituição, podem passar facilmente despercebidos para quem não trabalha neste área, nomeadamente para os que pretendem vir a utilizar estes serviços e para os seus familiares. É por estes motivos, não só mas também, que a questão dos lares de idosos serem legais ou ilegais passam tão facilmente despercebidos ao comum cidadão.

Enquanto esta área de negócio tiver mais procura que oferta, continuará a ser tentadora para o mercado privado. E obviamente a procura continuará a ser muita, pois todos os dados demográficos indicam um envelhecimento da população, um aumento do número de idosos, e as projeções indicam uma continuidade desta realidade.

A Carta Social refere que, em dezembro de 2011, estavam registados 1912 lares de idosos (mais 135 do que em 2009) com capacidade total de 73595 lugares (mais 4869 relativamente a 2009). A Associação de Apoio Domiciliário de Lares e Casas de Repouso de Idosos referiu no final de 2012, aquando das notícias acerca do encerramento de lares de idosos ilegais, que poderá haver cerca de 3000 lares de idosos ilegais, ou seja, mais que legais. Mas efetivamente, e porque são ilegais, ninguém sabe ao certo o seu número.

Também em 2012, a Associação Amigos da Grande Idade, apresentou publicamente o Plano nacional de legalização de lares de idosos e casas de repouso. Esta associação afirma no seu site o seguinte: “Mantemos lares e casas de repouso, sem o mínimo de condições, cheios de pessoas e vazios de condições que permitam uma autonomia sustentada. Entendemos ser chocante esta oferta, com base num modelo asilar, sem soluções diferenciadas e personalizadas, fruto do pouco desenvolvimento legislativo nesta área. Deparamos com centenas de iniciativas sociais, religiosas, públicas e privadas que envolvem milhares de profissionais de diversas áreas, dirigidas aos Idosos, muitas vezes com duplicação de ofertas, completamente dispersas com um desperdício

---

extraordinário de meios, sem programas integrados bem definidos e destituídas de objetivos comuns e nacionais. Temos uma sociedade civil gerida por líderes que não abordam esta problemática do envelhecimento de forma coerente e sistemática. Continuamos fundamentalmente preocupados com a prevenção na infância, adolescência e vida ativa mas sem qualquer programa integrado para a grande idade. Deste modo, aumentam os custos com os recursos hospitalares, descriminando negativamente os cidadãos que se encontram em lares e casas de repouso com um sistema de participações sociais errado, com modelos de prestação e oferta de serviços desadequados. Assim, encontramos atualmente num vazio de soluções, num vazio de ideias e de playmakers nesta área que reforcem a discussão na fase do diagnóstico da situação e no desenvolvimento de conceitos sobre a gestão sustentada e integrada do envelhecimento. As respostas continuam a ser pontuais e conjecturais e não estruturais.”

Muito se tem feito nos últimos anos para a melhoria do apoio social aos idosos, principalmente aos mais pobres e carenciados. As últimas décadas têm sido abundantes em legislação e regulamentação para este setor, fruto do aumento do número de instituições que vem no sentido de dar resposta ao aumento do número de idosos, e conseqüentemente aumento do número de casos de dependência e abandono. Tenha-se como referência alguma desta legislação, como por ex. o Decreto-Lei nº 133-A/97, de 30 de Maio, que estabeleceu o regime de licenciamento e de fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos de apoio social, entretanto revogado pelo Decreto-Lei nº 64/2007, de 14 de Março; o Despacho Normativo nº 12/98, que foi alterado pelo Despacho Normativo nº 30/2006, agora revogado pela portaria 67/2012 de 21 de Março, que define as Condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos.

Apesar de toda esta legislação, que inicialmente parecia enquadradora e normalizadora, continua-se a assistir à existência de lares ilegais. E pode ser verdade que a existência dos lares ilegais seja mesmo necessária! Se fechassem hoje todos os lares ilegais, e pelo que se prevê são muitos, para onde iriam os idosos que lá residem? Estaria o país preparado para assegurar os cuidados necessários e o apoio social a estes idosos? Será que é por este motivo que as entidades fiscalizadoras se mantêm passivamente a ver o desenvolver desta realidade? Muitas são as questões que se podem levantar. O principal motivo para não

---

se conseguirem respostas para estas questões poderá estar relacionado com o facto de se conhecer muito pouco esta realidade, tanto dos lares de idosos ilegais como dos lares de idosos legais.

As instituições que prestam apoio social e cuidados de saúde têm efetivamente uma conotação negativa na comunidade em geral, sendo comum quando se aborda a questão dos lares de idosos ouvir a expressão “lar de idosos! Deus me livre...”. Esta conotação negativa poderá estar relacionada com as origens deste tipo de instituições, que advêm dos asilos, dos hospitais menores, e outras instituições de caridade social, portanto desenvolvidas para os pobres e doentes. Nem todos os idosos são pobres e doentes. Nem todos os idosos vivem em lar de idosos. Os dados conhecidos dos últimos anos indicam-nos que do total da população idosa apenas 3% a 5% reside num lar de idosos. Efetivamente não está nos objetivos de vida de jovens e adultos, ou até de idosos, passar os últimos dias da vida num estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem. Estas instituições, para o seu bom funcionamento, têm a necessidade de implementar horários e rotinas, que podem ser mais ou menos rígidos. A implementação destas rotinas permite reduzir custos, criando um serviço mecanizado e standard, o que reduz os erros na prestação de apoio e cuidados, principalmente quando é fornecido por colaboradores que baixos níveis de formação.

A formação dos profissionais que trabalham neste tipo de instituições tem sido um ponto crítico e gerador de discussão. A legislação, apesar de ter sofrido várias alterações nos últimos anos, continua a ser omissa relativamente à formação necessária para prestar apoio social e cuidados a idosos nestes contextos institucionais. Ou será que não é preciso ter nenhuma formação específica, e a expressão “quem é boa esposa e boa mãe tem tudo para cuidar bem dos idosos” é totalmente verdade? Será que os idosos querem ser cuidados por pessoas que fundamentam o seu conhecimento e as suas atitudes na sua experiência de vida, ou em conhecimento científico? Existem várias ofertas formativas na área do envelhecimento, da geriatria e da gerontologia, desde cursos de formação pontuais, cursos profissionais, cursos de especialização tecnológica (CET), licenciaturas, mestrados e doutoramentos. Há efetivamente um grande leque de oferta formativa relacionada com os cuidados às pessoas idosos, onde se fala e faz parte dos programas da

---

formação o contexto dos lares de idosos. No entanto, esta oferta formativa ainda não desmistificou o constructo negativo que reside no termo lar de idosos.

Para além de todo o processo de desvinculação associado a institucionalização, os utentes passam a ter regras para cumprir, regras estas que derivam do facto de viver numa coletividade. A institucionalização está também associada à degradação do estado de saúde, ou a desajustamentos na rede de apoio familiar, e são estes os dois grandes fatores que levam à procura destes serviços e destas empresas. Assim a institucionalização é conectada com a doença e a solidão.

Em Portugal, no que se refere a cuidados de longa duração para pessoas idosas temos duas realidades, que concorrem entre si: a rede nacional de cuidados continuados e os lares de idosos. Apesar de terem denominações diferentes e fontes de financiamento também diferentes, acolhem o mesmo tipo de utentes e com as mesmas características, principalmente na Unidade de Longa Duração e Manutenção. Assistimos noutros países à diferenciação das valências, encontrando na literatura referente a cuidados de longa duração para idosos as seguintes tipologias: Nursing Home, Assisted Home Living, Community Care, Retirement Communities. É relativamente fácil verificar as diferenças entre estas tipologias, seja pela equipa que está preconizado ter em cada uma delas, pela formação que estas equipas devem ter, e pelas características dos utentes que são admitidos em cada uma delas. Em Portugal, seguimos um caminho contrário, admitindo utentes com as mesmas características em instituições diferentes. Não seria tempo de repensar estas respostas sociais? Até porque chamamos a quase tudo lar de idosos, seja uma instituição que admite apenas idosos independentes (que são uma minoria), seja a uma instituição que se destina a pessoas com demência (que quase não existem), seja a complexos habitacionais luxuosos com serviços acima da média. Em Portugal são todos lares de idosos. Alguns equipamentos, na tentativa de diferenciarem positivamente a sua posição no mercado e a sua oferta de serviços auto-entitulam-se hotéis geriátricos ou residência assistida.

A qualidade é já uma filosofia de atuação nas empresas modernas e competitivas, tornando-se cada vez mais numa questão de acesso a mercados mais exigentes, pois o aumento da escolaridade da população, assim como as mudanças culturais apontam para um público idoso no

---

---

futuro próximo mais exigente. Assim, a qualidade é vista como uma estratégia para a competitividade. Sabemos que os idosos serão cada vez mais letrados, e se o conhecimento é poder e liberdade, serão com certeza mais exigentes.

A primeira etapa de qualquer processo de tomada de decisão é o levantamento das necessidades e a correta exploração da realidade a que diz respeito. Para isso é necessário ter instrumentos de medida fidedignos e transversais. É preciso conhecer os lares de idosos. Não apenas nos dados que são publicados na carta social. Precisamos de saber quanto custa cuidar de cada idoso, para podermos perceber como cuidar melhor sem desperdício. Precisamos de saber qual a diferença na utilização de recursos entre os utentes. Será que os idosos dementes institucionalizados utilizam mais recursos que idosos independentes institucionalizados? Quanto se gasta para manter um idoso no domicílio? E num lar de idosos? Quem são afinal as pessoas que trabalham neste tipo de instituições e equipamentos? Que formações têm estes profissionais? Faz sentido os lares de idosos terem horário de visitas? Será justificável do ponto de vista financeiro as instituições com 30 ou 40 utentes terem cozinha lavandaria própria, ou devemos optar nas instituições mais pequenas por partilha de serviços? Faz sentido continuar a projetar instituições para acolher 12 ou 15 idosos? Estamos num momento de refletir muito sobre toda esta realidade, pois nos últimos anos construíram-se edifícios imponentes onde hoje funcionam IPSS e Centros Sociais e Paroquiais, muitos deles através do Programa de Alargamento da Rede de Equipamento Social (PARES I, II e III), que visou um aumento da resposta social, e implicou uma participação financeira das instituições sociais superior a 223 milhões de euros. Estes são dinheiros públicos de todos os contribuintes, e é por ser nosso que devemos pensar em todas estas questões. Muito empreendedorismo pago por todos nós se tem feito nos últimos anos.

Estamos num momento em que se torna pertinente desenvolver a normalização das respostas sociais para pessoas idosas. Nunca como agora se fala da certificação de qualidade, de indicadores de qualidade, que melhorem o funcionamento deste tipo de instituições.

Um bom sistema de apoio social e de cuidados de saúde só será possível se baseado num sistema de financiamento adequado. Importa saber que apoio e cuidados necessita cada utente, e quanto custa o apoio e os cuidados que são fornecidos. Este é efetivamente um grande desafio,

---

pois determinar o custo dos cuidados e apoios inerentes às necessidades do indivíduo idoso torna-se complexo.

Um modelo de financiamento que calcula a mensalidade do utente baseado nos rendimentos do agregado familiar pode ser catastrófico. O rendimento do agregado familiar das pessoas idosas está relacionado, na maioria dos casos, às suas reformas, que por sua vez advêm das profissões que exerceram durante a vida. Os idosos com melhores rendimentos são aqueles que tiveram profissões melhor remuneradas, e por isso têm melhores reformas atualmente. São pessoas idosas que tiveram durante a sua vida boas condições habitacionais, boas condições de trabalho, acesso a cuidados de saúde e vigilância do estado de saúde, possibilidade de fazer uma boa alimentação. Todo este envolvimento ambiental propicia um envelhecimento com menor dependência, com melhor saúde. Se estes idosos forem institucionalizados poderão ser os que menos recursos utilizam dentro da instituição. No entanto, devido aos seus rendimentos, poderão ser os que mais pagam, num modelo de financiamento que calcula a comparticipação mensal segundo os rendimentos.

Por outro lado, idosos que nunca descontaram porque nunca tiveram um salário, e trabalharam a vida toda por conta própria em profissões de elevado risco e/ou que exigem elevado esforço físico, como por exemplo a agricultura, sempre tiveram fracas condições habitacionais e nem sempre acesso a cuidados de saúde, são os idosos que agora têm menores reformas, e por consequência, menores rendimentos. No contexto institucional estes são os utentes que mais recursos gastam, pois carregam toda uma vida de sacrifício, que se traduz em múltiplas patologias, e por isso mais dependentes. Se a sua contribuição para a instituição, mensalidade, for calculado mediante os rendimentos, reforma, estes utentes são os que menos contribuem, que menos pagam.

Este modelo de financiamento até poderia funcionar bem, e faria sentido na base da solidariedade social, se houvesse tantos idosos com elevados rendimentos como idosos com fracos rendimentos, e a gestão feita pela própria instituição equilibrasse a utilização de recursos feita por ambos os utentes. Seria um sistema onde os mais ricos ajudam os mais pobres, sendo a própria instituição mediadora deste equilíbrio. No entanto, torna-se perverso porque este tipo de instituições acolhe na maioria pessoas com dependência, e com múltiplas patologias, que são os principais motivos que levam a recorrer à institucionalização. Assim sendo,

---

---

o número de utentes/clientes com bons rendimentos que poderão contribuir financeiramente para o equilíbrio económico da instituição são reduzidos, colocando em causa a sustentabilidade financeira das instituições que prestam apoio social e cuidados de saúde a idosos, e por sua vez a qualidade dos cuidados.

Para colmatar estas falhas, o modelo de financiamento que calcula a mensalidade do utente baseado nos rendimentos do agregado familiar introduziu um novo elemento: o nível de dependência. Assim, o cálculo da mensalidade baseado nos rendimentos sofre uma ponderação de acordo com o nível de dependência do utente.

Foram já anteriormente desenvolvidos sistemas que permitem aferir um custo dos cuidados. Um dos sistemas mais relevantes no âmbito do apoio social e cuidados de saúde a pessoas idosas institucionalizadas é o RUG (Resource Utilization Groups), grupos de utilização de recursos, que foi desenvolvido na década de 80 nos EUA. Desde então este sistema foi desenvolvido, sendo que a versão atualmente utilizada é a 4ª versão deste sistema (RUG-IV). Este sistema despertou interesse na comunidade científica internacional, tendo sido adaptado para a sua utilização em outros países. Esta adaptação foi desenvolvida tendo como ponto de partida a 3ª versão deste sistema.

Torna-se pertinente compreender o modelo de funcionamento do sistema de classificação RUG-III (Resource Utilization Groups, versão 3), com vista à sua potencial utilização no contexto português.

O RUG-III é um método de agrupamento utilizado para categorizar utentes em grupos baseados em características clínicas e na utilização de recursos similares entre indivíduos, utilizando o RAI-MDS 3.0 (Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set 3.0) como instrumento de avaliação (1-2). Este método de classificação de utentes explica 55% da variância na utilização de recursos (3).

O CMI (índice “case-mix”) é a medida de utilização de recursos. O CMI é o peso relativo da utilização de recursos de um grupo em relação ao nível de utilização de recursos base.

Assim, o CMI para um grupo representa o custo médio desse grupo, em comparação com o custo médio da população (3-4).

---

Para a correta utilização do RUG-III deve utilizar-se a informação clínica e administrativa recolhida com o RAI-MDS para identificar o grupo major da hierarquia clínica e calcular os indicadores de recursos utilizados. Um dos indicadores que melhor explica a utilização de recursos é a dependência nas AVD's (atividades de vida diária). Os benefícios da utilização sistemática do RUG-III são: ajuda a perceber as características e necessidades dos utentes, providencia informação baseada na evidência para gestores das instituições e decisores políticos, melhora o planeamento estratégico das instituições, melhora a qualidade de cuidados e serviços, ajuda a justificar a afetação de recursos, permite calcular rácios de pessoal, permite calcular o custo diário do utente na instituição.

Este sistema de classificação de utentes tem já demonstrado bons níveis de validade e fiabilidade. A sua implementação em diversos países (Inglaterra, Finlândia, Itália, China, República Checa) mostrou-se útil para o financiamento das instituições, cálculo de rácios de pessoal, melhoria da qualidade das instituições, tomada de decisão política. O RUG-III poderá ajudar na sustentabilidade e melhoria das instituições que prestam apoio social e cuidados de saúde a idosos.

Não quer dizer que a solução esteja na implementação deste modelo em Portugal, fazendo como habitual, copiando o que se faz fora do país. Mas podemos analisar o caminho percorrido, que resultados foram obtidos, e tentar perceber que caminho se deve seguir. Como é habitual, a implementação de modelos e protocolos trazidos do estrangeiro corre mal, pois a verdade é que temos um contexto cultural, económico e social diferente, e é nessa diferença que não se adaptam. Mas estamos sempre a tempo de começar a fazer o estudo dos equipamentos que prestam apoio social e cuidados de saúde aos idosos, aquilo que se fez há cerca de 30 anos atrás nos EUA, para podermos tomar decisões baseadas na evidência para o futuro, e deixar de implementar modelos no método de tentativa e erro.

---

## BIBLIOGRAFIA

1. Carpenter GI, Ikegami N, Ljunggren G, Carrillo E, Fries BE. RUG-III and resource allocation: comparing the relationship of direct care time with patient characteristics in five countries. *Age and Ageing*. 1997 Sep;26:61-5.
  2. Cooney LM, Jr., Fries BE. Validation and use of resource utilization groups as a case-mix measure for long-term care. *Med Care*. 1985 Feb;23(2):123-32.
  3. Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). *Med Care*. 1994 Jul;32(7):668-85.
  4. Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Dowling M. Case-mix classification of Medicare residents in skilled nursing facilities: resource utilization groups (RUG-T18). *Med Care*. 1989 Sep;27(9):843-58.
- 

## ALGUMAS ABREVIATURAS UTILIZADAS:

ADI – Apoio Domiciliário Integrado  
CC – Centro de Convívio  
CCT – Contrato Coletivo de Trabalho  
CD – Centro de Dia  
CIREC - Centro Internacional de Pesquisa e Informação sobre Economia  
CNIS – Confederação Nacional de Instituições Sociais  
DT – Diretor Técnico  
ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas  
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social  
PIB – Produto Interno Bruto  
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados  
RUTIS – Associação Rede de Universidades da Terceira Idade  
SAD – Serviço de Apoio Domiciliário  
SCM – Santa Casa da Misericórdia  
UE – União Europeia  
UTI – Universidades da Terceira Idade ou Universidade Sénior  
VAB – Valor Acrescentado Bruto