



Assunto: Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

Nº: 13/DGCG

DATA: 02/07/04

Para: Administrações Regionais de Saúde. Prestadores de Cuidados de Saúde

Contacto na DGS: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas

I - NORMA

A Direcção-Geral da Saúde (DGS), no uso das suas competências técnico-normativas, emite o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, anexo à presente Circular e que dela faz parte integrante, o qual, aprovado por Despacho de Sua Excelência o Senhor Ministro da Saúde de 08 de Junho de 2004, conta com o aval científico da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas destina-se a ser aplicado pelos profissionais da Rede de Centros de Saúde, da Rede Hospitalar e da Rede de Cuidados Continuados de Saúde e será complementado, sempre que oportuno, por orientações técnicas a emitir pela DGS.

II - FUNDAMENTAÇÃO

O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, vêm determinando novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas.

Embora os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade portuguesa fica, ainda, aquém dos padrões médios europeus e mostra que os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionadas com situações susceptíveis de prevenção.

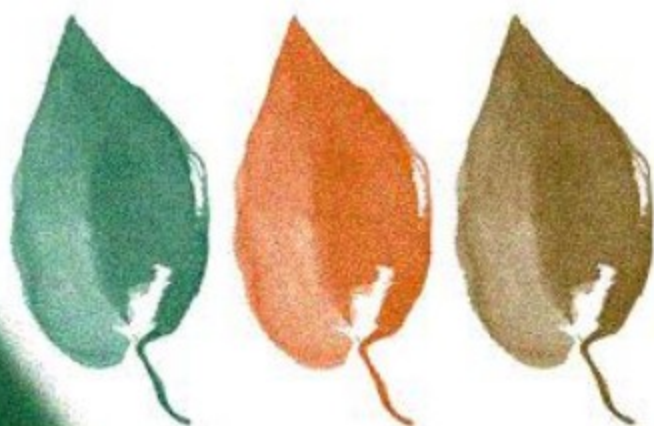
O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, visando a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida, exige uma acção multidisciplinar dos serviços de saúde, em estreita articulação com a Rede de Cuidados Continuados de Saúde criada pela Lei nº. 281/2003 de 8 de Novembro.

Assim, reconhecendo a necessidade de serem criadas condições que concretizem o objectivo fundamental de obter ganhos de saúde, nomeadamente em anos de vida com independência e melhorem as práticas profissionais no âmbito das especificidades do envelhecimento, o Ministério da Saúde aprovou o presente Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, o qual faz parte integrante do Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010.

O Director-Geral e Alto Comissário da Saúde

Prof. Doutor José Pereira Miguel

Despacho Ministerial de 08-06-2004



Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas



Índice

| | |
|--|----|
| Introdução | 3 |
| Enquadramento | 5 |
| I - Apresentação | 12 |
| II – Horizonte temporal | 14 |
| III - Finalidade | 14 |
| IV – População alvo | 14 |
| V – Estratégias de intervenção | 15 |
| 1. <i>Promover um envelhecimento activo</i> | 15 |
| 2. <i>Adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas</i> | 15 |
| 3. <i>Promover o desenvolvimento de ambientes capacitadores</i> | 17 |
| VI – Acompanhamento e avaliação | 17 |
| Referências bibliográficas | 19 |

Introdução

As alterações demográficas do último século, que se traduziram na modificação e por vezes inversão das pirâmides etárias, reflectindo o envelhecimento da população, vieram colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados.

Envelhecer com **saúde**, **autonomia** e **independência**, o mais tempo possível, constitui assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países.

Coloca-se, pois, a questão de pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, de que a prática de actividade física moderada e regular, uma alimentação saudável, o não fumar, o consumo moderado de álcool, a promoção dos factores de segurança e a manutenção da participação social são aspectos indissociáveis. Do mesmo modo, importa reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de acções cada vez mais próximas dos cidadãos.

A promoção de um envelhecimento saudável diz respeito a múltiplos sectores, que envolvem nomeadamente a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspectos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus.

É, assim, que o envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida.

O envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada.

As políticas que permitam desenvolver acções mais próximas dos cidadãos idosos, capacitadoras da sua autonomia e independência, acessíveis e sensíveis às necessidades mais frequentes da população idosa e das suas famílias, permitem minimizar custos, evitar dependências, humanizar os cuidados e ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e o envelhecimento da população.

Numa perspectiva individual, a prestação de cuidados de saúde e de apoio social às pessoas idosas, integrados, centrados em equipas pluridisciplinares e em recursos humanos devidamente formados, com uma componente de recuperação global e de acompanhamento, nomeadamente através de cuidados continuados que integrem cuidados de longa duração, são indispensáveis a um sistema de saúde que se quer adequado para responder às necessidades de uma população que está a envelhecer.

Conseguir viver o mais tempo possível, de forma independente, no seu meio habitual de vida, tem que ser um objectivo individual de vida e uma responsabilidade colectiva para com as pessoas idosas.

Do ponto de vista da colectividade, sendo o envelhecimento um fenómeno que diz respeito a todos os seres humanos, implica necessariamente todos os sectores sociais, exigindo a sua intervenção e corresponsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas e o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados, directos conviventes e profissionais. Tal facto, representa um enorme desafio e responsabilidade para os serviços de saúde, nomeadamente para os cuidados de saúde primários, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas desta população.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, visa contribuir, no sector da Saúde, para atingir estes objectivos.

Este Programa, constitui um complemento às acções desenvolvidas por outros Programas Nacionais de Saúde em vigor, no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010.

Cabe, no entanto, às Administrações Regionais de Saúde, adequar, através dos seus Planos de Acção, as estratégias consignadas no presente Programa, desenvolvendo-as tendo em conta as actividades já existentes, melhorando-as e adequando-as às orientações que oportunamente vierem a ser emitidas pela Direcção Geral da Saúde, numa perspectiva multidisciplinar e integrada e em permanente ligação às avaliações que, entretanto, forem sendo efectuadas.

A implementação do presente Programa requer a participação activa, nos respectivos domínios de acção, não só das instituições centrais do Ministério da Saúde e das Administrações Regionais de Saúde, como de serviços e instituições dependentes de outros Ministérios, organizações não governamentais, associações de cidadãos e sociedades científicas.

Enquadramento

O prolongamento da vida, associado a uma baixa importante da fecundidade, tem conduzido ao envelhecimento da população.

De facto, os progressos conseguidos pelo desenvolvimento em geral e pelas ciências da saúde em particular, contribuíram, de modo decisivo, para um aumento da esperança média de vida, de 30 anos, no decurso do século XX.ⁱ Este aumento da longevidade, ao qual Portugal não se encontra alheio apesar de se encontrar aquém dos padrões de alguns países europeus, causa impacto profundo na saúde pública.

Numa população idosa¹ residente estimada em 1.709.099 pessoasⁱⁱ, que representa 16,5% da população, com uma distribuição geográfica caracterizada por um maior envelhecimento do interior face ao litoral, a esperança de vida à nascença, em Portugal, é de 80,3 anosⁱⁱⁱ para as mulheres e de 73,5 anos para os homens.

O processo de envelhecimento demográfico que estamos a viver, associado às mudanças verificadas na estrutura² e comportamentos sociais e familiares, determinará, nos próximos anos, novas necessidades em saúde, lançando enormes desafios aos sistemas de saúde no que se refere não apenas à garantia de acessibilidade e qualidade dos cuidados, como à sustentabilidade dos próprios sistemas e exigindo que, ao aumento da esperança de vida à nascença, corresponda um aumento da esperança de vida “com saúde” e sem deficiência.

No que se refere à percepção do estado de saúde^{iv} da população idosa portuguesa, 49% das pessoas que integram o grupo etário entre os 65 e os 74 anos e 54% dos que têm 75 ou mais anos, consideram a sua saúde como má ou muito má. Num estudo mais recente^v, das pessoas entrevistadas com 65 e mais anos, 12% declararam precisar de ajuda para o exercício de actividades de vida diária e 8% declararam ter sofrido, no último ano, pelo

¹ Para fins estatísticos, as pessoas idosas são normalmente referenciadas a grupos de idades específicos, por exemplo, pessoas com 60 e mais anos, dependendo de factores culturais e individuais. (Cf. Organização Mundial da Saúde. *A life course perspective of maintaining independence in older age*. WHO's Ageing and Health. Geneva, 1999). Não existe no entanto consenso quanto aos limites de idade dos grandes grupos que devem sustentar a análise do envelhecimento. (Cf. INE. *As Gerações Mais Idosas*. Série de Estudos N.º. 83. Portugal. Lisboa, 1999). Neste documento consideram-se pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos.

² As famílias unipessoais de idosos têm crescido nos últimos anos, principalmente as famílias unipessoais de mulheres. (Cf. INE. *As Gerações Mais Idosas*. Série de Estudos N.º. 83. Portugal. Lisboa, 1999)

menos um acidente doméstico ou de lazer. De notar, ainda, que 52% das pessoas idosas inquiridas referiram viver na companhia de apenas uma pessoa e 12% referiram viver em situação de isolamento.

Relativamente à procura de cuidados de saúde,^{vi} avaliada pelo indicador consultas médicas nos últimos três meses, tem-se verificado um aumento da procura por pessoas de 65 e mais anos, nomeadamente acima dos 85 anos, onde esse aumento corresponde a 22% entre 1987 e 1999, o que justifica e obriga à progressiva adequação da prestação de cuidados de saúde à população mais idosa.

Uma boa saúde³ é essencial para que as pessoas mais idosas possam manter uma qualidade de vida⁴ aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade^{vii}, uma vez que as pessoas idosas activas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias.^{viii}

Na verdade, os domínios da saúde e da qualidade de vida são complementares, sobrepondo-se parcialmente, sendo importante distinguir o envelhecimento normal⁵ do processo de envelhecimento que é fortemente influenciado por factores nocivos, como os efeitos adversos dos ambientes, dos estilos de vida desadequados e dos estados de doença.

O conceito de envelhecimento activo⁶, preconizado pela Organização Mundial da Saúde^{ix} e defendido na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento⁷, depende de uma variedade de influências, ou determinantes, que envolvem não apenas os indivíduos, como as famílias e as próprias nações. A forte evidência sobre o que determina a saúde, sugere que todos estes factores, bem como os que resultam da sua interacção, constituam o referencial dos indicadores da qualidade do envelhecimento das pessoas e das populações.

³ A saúde é um recurso da vida quotidiana e não apenas um objectivo a atingir; trata-se de um conceito positivo que valoriza os recursos sociais e individuais, assim como as capacidades físicas. (Cf. Organization Mondiale de la Santé. *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève, 1999)

⁴ Qualidade de vida é uma percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objectivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjectivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspectos importantes do meio ambiente. (WHO, 1994). (Cf. World Health Organization. *Men, Ageing and Health. Achieving health across the span*. Geneva, 2001)

⁵ “Envelhecimento normal”- representa as alterações biológicas universais que ocorrem com a idade e que não são afectadas pela doença e pelas influências ambientais. (Cf. *Ibidem*)

⁶ Envelhecimento activo é o processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. (Cf. WHO. *Active Ageing, A Policy Framework*. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April, 2002)

⁷ Realizada em Madrid de 8 a 12 de Abril de 2002

Se é verdade que os determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos, contribuem para a forma como envelhecemos e para a ocorrência de doenças ao longo da vida, não podemos esquecer que, em muitas situações, o declínio das funções que se associa ao envelhecimento está intimamente relacionado com factores externos, comportamentais, ambientais e sociais. São importantes exemplos dessas situações, pela sua prevalência, entidades clínicas como a depressão bem como os fenómenos de solidão e de isolamento⁸ de muitas pessoas idosas.

A saúde é, assim, o resultado das experiências passadas em termos de estilos de vida, de exposição aos ambientes onde se vive e dos cuidados de saúde que se recebem^x, sendo a qualidade de vida, nas pessoas idosas, largamente influenciada pela capacidade em manter a autonomia⁹ e a independência¹⁰.

A realidade mostra-nos, no entanto, que os últimos anos de vida são muitas vezes acompanhados, apesar dos enormes progressos da medicina nas últimas décadas, por aumento das situações de doença e de incapacidade, frequentemente relacionadas com situações susceptíveis de prevenção.

A promoção da saúde¹¹ e os cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade.^{xi} Está, de facto, provada a eficácia da prevenção dos factores de risco comuns a várias patologias incapacitantes de evolução prolongada, pelo que é prioritária uma actuação concertada, de todos os actores da sociedade, para melhorar os cuidados com uma boa nutrição, desincentivar o consumo excessivo de álcool, a cessação ou redução do consumo de tabaco, a prática regular de actividade física^{12,13} e o controlo dos factores de *stress*.

⁸ Os idosos a viver sós são os que, de um modo geral, possuem as piores condições de vida e, de entre estes, os homens surgem em posição mais desvantajosa. (Cf. INE. *As Gerações Mais Idosas*. Série de Estudos Nº. 83. Portugal. Lisboa, 1999)

⁹ Autonomia é a capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida do dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências. (Cf. WHO. *Active Ageing, A Policy Framework*. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April, 2002)

¹⁰ A Independência é habitualmente entendida como a capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária – ou seja, a capacidade de viver de forma independente na comunidade, sem ajuda ou com pequena ajuda de outrém. As actividades da vida diária (ADLs) incluem, por exemplo, tomar banho, alimentar-se, utilizar o W.C. e andar pela casa. As actividades instrumentais da vida diária (IADLs), incluem actividades como ir às compras, realizar tarefas domésticas e preparar as refeições. (Cf. *Ibidem*)

¹¹ A promoção da saúde, constituindo um processo para dar às populações os meios de assegurar um maior controle sobre a sua própria saúde e de a melhorar, representa um processo global, que compreende não só as acções que visam reforçar as aptidões e capacidades dos indivíduos, mas também as medidas que visam alterar a situação social, ambiental e económica, de modo a reduzir os seus efeitos negativos sobre a saúde pública e sobre a saúde das pessoas. (Cf. OMS. *Carta de Otawa para a Promoção da Saúde*, Genève, 1986)

¹² Apenas 2,4% dos idosos praticam exercício físico regular. (Cf. INE. *As Gerações Mais Idosas*. Série de Estudos Nº.83. Portugal. Lisboa, 1999)

¹³ “Para os idosos, o exercício dentro dos limites da sua capacidade física e sob controlo médico, reduz a perda de massa óssea e aumenta a força e a massa musculares. Pode também melhorar a saúde mental e contribuir para o estado geral de bem-estar”. (Cf. Ferrinho, Paulo.Bugalho, Margarida. Pereira Miguel, José. *For Better Health in Europe*. Report with the

Tendo em conta os determinantes comportamentais de um envelhecimento activo ao longo da vida, a adopção de estilos de vida mais saudáveis e uma atitude mais participativa na promoção do auto-cuidado serão fundamentais para se viver com mais saúde e por mais anos, contrariando um dos mais frequentes mitos negativos, ligados ao envelhecimento, que considera ser tarde demais, quando se é mais idoso, para se alterar o modo como se vive.

As prevenções primária, secundária e terciária da deficiência, incapacidade, desvantagem e dependência na população idosa constituem assim, tendo em conta as diferenças com a idade e o género, uma abordagem prioritária e indispensável do sector da saúde no quadro da manutenção, o mais tempo possível, da máxima autonomia e independência daquelas pessoas, obrigando, concomitantemente, a uma mudança de mentalidades e de atitudes da população face ao envelhecimento e a uma intervenção intersectorial, em todos os níveis da sociedade, que promova a adaptação e melhoria dos enquadramentos ambientais e de suporte às suas principais necessidades.

Por outro lado, quer do ponto de vista fisiológico quer psicológico, os determinantes da saúde¹⁴, à medida que envelhecemos, também estão ligados ao género^{xii}. Há, pois, que considerar estas especificidades, as quais determinam, por exemplo, que os homens podem esperar viver, em termos relativos e de um modo geral, mais tempo sem incapacidade física de longa duração, apesar da esperança de vida ser superior para as mulheres.^{xiii}

Uma abordagem que respeita as especificidades do género tem em conta não apenas as diferenças biológicas entre homens e mulheres, mas, também, a construção dos papéis sociais que dão forma à identidade, através da vida, de cada um dos sexos. Ou seja, uma abordagem segundo o género permite compreender as diferenças nas necessidades sociais e de saúde entre homens e mulheres, de acordo com os diferentes modos como ambos vivem e envelhecem.^{xiv}

A cultura e o género, sendo determinantes transversais,^{xv} influenciam os outros determinantes de um envelhecimento activo, interferindo não apenas na forma como as gerações se interrelacionam, como nos comportamentos relativamente à saúde e à doença.

Nas sociedades em que culturalmente se associa o envelhecimento à fatalidade das doenças dá-se, geralmente, menos importância e prioridade às medidas de prevenção e detecção precoces, sendo negligenciados os cuidados de saúde adequados a este grupo

support of the European Commission; Lisboa, Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal 2001)

¹⁴ Os determinantes da saúde são os factores pessoais, sociais, económicos e ambientais que influenciam a saúde, determinando o estado de saúde dos indivíduos e das populações. São múltiplos e interagem uns com os outros. (Cf. WHO/HPR/HEP/98.1. *Glossaire de la Promotion de la Santé*. Genève, 1999)

etário e canalizados os recursos, preferencialmente, para a população adulta, considerada produtiva.

O presente Programa pretende reflectir a preocupação do sector da saúde pela necessidade e urgência em serem desmontados os estereótipos negativos ligados ao envelhecimento, assim como mudadas as mentalidades e atitudes que ainda condicionam uma abordagem mais adequada das problemáticas, direitos e necessidades da população idosa.

As doenças não transmissíveis e de evolução prolongada, fruto das suas características insidiosas, incapacitantes e tendentes para a cronicidade, tornam-se as principais causas de morbidade e mortalidade das pessoas idosas, com enormes custos individuais, familiares e sociais. Sabe-se, no entanto, que grande parte das complicações destas doenças, pode não apenas ser retardada no seu aparecimento, como minorada.

No contexto da patologia crónica que, em geral, mais afecta as pessoas idosas, não são, habitualmente, valorizadas as deficiências visuais e auditivas, assim como os problemas de saúde oral, os quais têm importante repercussão negativa, nomeadamente no isolamento e estado de nutrição destas pessoas bem como em todo o seu equilíbrio bio-psico-social¹⁵.

No que se refere à doença de Parkinson, a sua prevalência aumenta de 0,6% aos 65 anos, para 3,5% aos 85 e mais anos, sendo uma das doenças crónicas neurodegenerativas mais comuns na população idosa^{xvi}.

Há que referir que a prevalência da demência^{xvii} aumenta, de 1% aos 65 anos, para 30% aos 85 anos de idade, duplicando, entre os 60 e os 95 anos, em cada cinco anos e sobrevivendo as mulheres com demência mais tempo do que os homens com esta doença, apesar de ser maior a incidência de doença de Alzheimer no sexo feminino.

De igual modo, a prevalência de acidente vascular cerebral aumenta com a idade, de 3% aos 65 anos para 30% aos 85 e mais anos, sendo o AVC uma importante causa de morte e de séria deficiência na União Europeia^{xviii}. Refira-se que as pessoas com doença cardiovascular têm um mais elevado risco, estimado em cerca de 30%, de desenvolverem demência, incluindo a doença de Alzheimer.^{xix}

Em Portugal, as principais causas de mortalidade a partir dos 64 anos, tanto para homens como para mulheres, são as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos, sendo

¹⁵ “A mortalidade por suicídio é frequentemente mais alta acima dos 65 anos de idade, na União Europeia”. (Cf. Ferrinho, Paulo.Bugalho, Margarida. Pereira Miguel, José. *For Better Health in Europe*. Report with the support of the European Commission, Lisboa, Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal 2001)

que estes têm um peso particularmente grave na mortalidade masculina¹⁶, estando a aumentar, o que também se observa, em ambos os sexos, nas doenças do aparelho respiratório^{xx}. É de realçar o facto de Portugal ser o País da União Europeia com a mais elevada mortalidade masculina e feminina, acima dos 65 anos.^{xxi}

Mortalidade acima dos 64 anos

| Causa de morte (por 100 000) | Homens | | Mulheres | |
|---|--------|--------|----------|--------|
| | 1996 | 1999 | 1996 | 1999 |
| Doenças do aparelho circulatório | 2851,3 | 2585,2 | 2629,5 | 2390,7 |
| Tumores malignos | 1330,1 | 1373,9 | 675,8 | 674,8 |
| Sinais, sintomas e afecções mal definidas | 695,8 | 658,3 | 662,9 | 658,3 |
| Doenças do aparelho respiratório | 688,6 | 885,4 | 386,3 | 507,2 |
| Doenças do aparelho digestivo | 284,5 | 249,0 | 145,1 | 137,3 |
| Causas externas | 189,3 | 179,8 | 84,5 | 81,2 |
| Total | 6543,8 | 6524,3 | 5004,8 | 4938,5 |

Fonte: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, Direcção de Serviços de Informação e Análise, Direcção-Geral da Saúde

A patologia crónica múltipla, a polimedicação, os acidentes domésticos e de viação, o luto, os internamentos institucionais, o isolamento social, os fenómenos de desertificação, as fragilidades económicas, as alterações da estrutura familiar e as inadaptações do meio habitacional, são alguns dos factores que, ocorrendo frequentemente na população idosa, condicionam a sua saúde, a sua autonomia e independência e a sua qualidade de vida, obrigando a uma avaliação e actuação multidisciplinares, aos níveis local, regional e nacional, integrada e de trabalho em equipa.

A informação sobre as doenças crónicas mais prevalentes e o modo de as controlar, é fundamental à capacitação das pessoas idosas para lidarem com a sua evolução e para a prevenção do aparecimento das suas complicações. De facto, muitas doenças e acidentes¹⁷ não são fatais, mas podem causar deficiência e incapacidade, com consequências psicológicas não tanto ligadas à idade, mas à fragilidade, insegurança e, portanto, perda de autonomia e independência que acarretam.

Por outro lado, a organização e funcionamento dos serviços de saúde não estão, em muitos casos, adaptados às actuais necessidades da população idosa, decorrentes das novas realidades demográficas e sociais, constituindo muitas vezes barreiras à promoção ou manutenção da qualidade de vida destas pessoas e das suas famílias.

¹⁶ O cancro da próstata é actualmente, na UE, a segunda causa de morte nos homens. (Cf. Ferrinho, Paulo.Bugalho, Margarida. Pereira Miguel, José. *For Better Health in Europe*. Report with the support of the European Commission, Lisboa, Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal 2001)

¹⁷ A maior parte dos acidentes com pessoas idosas, na EU, ocorre em casa. (Cf. Ferrinho, Paulo.Bugalho, Margarida. Pereira Miguel, José. *For Better Health in Europe*. Report with the support of the European Commission, Lisboa, Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal 2001)

Apesar de, como já se referiu, a maioria das pessoas idosas não ser doente nem dependente, há que ter em conta as múltiplas necessidades decorrentes de um contexto específico de patologia crónica múltipla, mais frequente à medida que a idade avança, sendo necessário um modelo coordenado e compreensivo de continuidade de cuidados, que respeite o princípio da proximidade aplicado a uma população a envelhecer rapidamente.^{xxii}

Há, no entanto, que ter em atenção que muitos dos factores determinantes da saúde das pessoas idosas e do impacto sobre as suas famílias, ultrapassam os limites da acção do sector específico da saúde, nomeadamente os relacionados com a segurança e inadaptação dos ambientes urbanos ou rurais e os relacionados com a protecção social, a habitação¹⁸ e os transportes, a educação e o trabalho formal e informal, a violência, a negligência ou os abusos¹⁹ físico, psicológico, sexual ou financeiro. Deste modo, o presente Programa assenta numa visão multidisciplinar e multisectorial de actuação integrada, procurando complementar as acções desenvolvidas pelos diversos sectores, cuja acção influencia a melhoria da saúde e do bem-estar das pessoas idosas.

Embora existam múltiplas iniciativas e medidas dirigidas às pessoas idosas em vários sectores e a vários níveis da sociedade, não existe, ainda, uma estratégia nacional, regional e local, verdadeiramente cimentada, que promova o envolvimento das várias medidas numa perspectiva integrada, ao longo da vida, para um envelhecimento activo.

As pessoas idosas em risco acrescido, ou em situação transitória ou instalada de dependência, requerem uma particular atenção da parte dos serviços de saúde e sociais, em termos de organização de cuidados de controlo e de recuperação global, através de respostas integradas especialmente adequadas, as quais obrigam a uma revisão do paradigma da abordagem curativa dos serviços de saúde e das formas mais tradicionais de apoio social.

O modelo actual de prestação de cuidados de saúde, ainda muitas vezes mais organizado para responder aos episódios agudos de doença, torna-se portanto desadequado, para responder às necessidades de saúde de uma população em envelhecimento. De facto, gerando internamentos evitáveis, com desperdício de recursos, acaba por determinar o aparecimento de dependências e, até, o esgotamento das famílias, cujos recursos e disponibilidade não encontram suporte em serviços de proximidade e de apoio ao domicílio.

¹⁸ Cerca de 11% dos agregados com idosos, em Portugal, não possuem instalações sanitárias. (Cf. INE. *As Gerações Mais Idosas*. Série de Estudos nº. 83. Lisboa, 1999)

¹⁹ Abuso das pessoas idosas é “um acto simples ou repetido, ou ausência de actuação apropriada em qualquer relação em que se tem uma expectativa de confiança, que causa dano ou angústia a uma pessoa idosa”. (De acordo com a rede Internacional para a Prevenção do Abuso das Pessoas Idosas, *Action on Elder Abuse*, 1995)

Estes factos obrigaram à rápida aplicação de um modelo conceptual integrado, consubstanciado na Rede de Cuidados Continuados de Saúde, que se propõe promover a manutenção das pessoas idosas no seu meio habitual de vida e melhorar a equidade do acesso daquelas pessoas a cuidados de qualidade, flexíveis, transitórios ou de longa duração, assegurando a continuidade de cuidados, ou seja, a transição, sem hiatos e ao longo do tempo, das pessoas em situação de dependência entre os diferentes tipos de respostas e níveis de prestação de cuidados de saúde e de apoio social, com ganhos em anos de vida com independência.

Tal modelo tanto mais êxito terá, quanto mais assentar na cooperação, através do estabelecimento de parcerias, que criem sinergias entre experiências, competências e recursos, entre os diferentes sectores da sociedade e com respeito pelos princípios éticos da transparência, responsabilidade e compreensão mútuos^{xiii}.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, que agora se apresenta, para além de se ter inspirado em recomendações sobre política para a população idosa, emanadas por organizações internacionais, nomeadamente no Plano de Acção Internacional para o Envelhecimento 2002^{xiv} e em experiências nacionais com êxito confirmado, como é o caso do Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII²⁰), ouviu o Conselho Nacional para a Política da Terceira Idade e conta com o aval científico da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (Secção da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa).

I - Apresentação

Este Programa pretende, através da operacionalização das suas estratégias, contribuir para a promoção de um envelhecimento activo e saudável ao longo de toda a vida e para a criação de respostas adequadas às novas necessidades da população idosa. Pretende, ainda, que sejam estimuladas as capacidades das pessoas idosas, assim como a sua participação activa na promoção da sua própria saúde, autonomia e independência.

A estimulação da iniciativa pessoal das pessoas idosas para a autonomia e a independência, é um imperativo de natureza ética, revelador da concepção humanista em que assenta uma sociedade, da responsabilidade solidária do Estado e da consciencialização, de cada cidadão, do sentimento de pertença a uma comunidade, através da sua participação e empenhamento generosos a favor da saúde dos mais frágeis.

²⁰ Programa de Apoio Integrado a Idosos – PAII. Criado pelo Despacho Conjunto do Ministro da Saúde e do Ministro do Emprego e da Segurança Social, de 1-7-1994. DR n.º 166, II Série, de 20-7-1994

É este o princípio básico em que assenta este Programa Nacional, o qual visa informar sobre o envelhecimento activo e sobre as situações mais frequentes susceptíveis de influenciar a autonomia e independência das pessoas idosas, orientar, na área da saúde, a organização de todos os intervenientes, profissionais ou utilizadores e contribuir para a promoção de ambientes facilitadores da autonomia e independência, tendo em conta o impacto destas estratégias nos principais determinantes do envelhecimento activo de cada cidadão.

São igualmente observados neste âmbito, os princípios das Nações Unidas a favor das pessoas idosas^{xxv}, nomeadamente da independência, participação, autorealização e dignidade. Observa, ainda, os princípios de que o envelhecimento ocorre ao longo de toda a vida, de que as pessoas idosas são um grupo heterogéneo e de que a diversidade individual, que se acentua com a idade^{xxvi}, deve ser respeitada, assim como preservada a sua intimidade.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, assenta em três pilares fundamentais:

- promoção de um envelhecimento activo, ao longo de toda a vida;
- maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas;
- promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas

Recomenda, igualmente, uma atenção especial às pessoas idosas mais frágeis e vulneráveis²¹, considerando-se como situações de especial vulnerabilidade, a idade avançada, as alterações sensoriais, a desnutrição, o risco de quedas, a incontinência de esfíncteres e a polimedicação. Visa, ainda, contribuir para a consolidação de um pensamento estratégico^{xxvii}, na área da política de saúde para os mais idosos, capaz de induzir mudança e inovação no sistema de saúde, aos vários níveis de intervenção, ser orientador das acções a nível local, incluindo as áreas da informação, formação e boas práticas e ser gerador de sinergias e de metodologias de intervenção noutros sectores, que

²¹ Pessoas idosas “frágeis” - Pessoas idosas com alto risco de descompensação com o aparecimento de uma nova patologia. Os critérios de fragilidade foram descritos por Winograd e são predictivos de hospitalização prolongada, de mortalidade, de institucionalização e de perda de função após uma hospitalização. Compreendem nomeadamente: a idade de 65 e mais anos, AVC, doença crónica ou invalidante, confusão, depressão, demência, perturbação da mobilidade, dependência para a realização das actividades da vida diária, queda nos últimos três meses, acamamento prolongado, escaras, desnutrição, perda de peso ou de apetite, polimedicação, *déficits* sensoriais de visão e audição, problemas socio-económicos e familiares, utilização de contêncões, incontinência e hospitalização não programada nos últimos três meses. (Cf. Winograd, CH, Gerty, Mb et coll. *Targeting the hospitalized elderly for geriatric consultation*. J Am Geriatric Soc 1983)

concorram para a saúde e bem-estar desta população, tendo em conta e potenciando os projectos e programas nacionais já existentes.

As estratégias que agora se enunciam pretendem, assim, influenciar a adequação de respostas às necessidades em saúde das pessoas idosas, numa visão prospectiva capaz de se antecipar às novas realidades sociais que emergem, de forma rápida e progressiva, no País e no contexto europeu.

Este Programa apresenta estratégias e recomendações para a acção em áreas particularmente sensíveis que, directa ou indirectamente, contribuem para o alcance do seu objectivo geral, constituindo vectores para uma mudança consistente mas, também, flexível e ajustável aos diagnósticos de situação e avaliações que forem sendo realizadas.

A Direcção-Geral da Saúde elege, no âmbito do presente Programa, a Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia como seu interlocutor científico permanente, sem prejuízo de recurso às colaborações necessárias, de outras sociedades científicas, instituições e associações de pessoas idosas.

II - Horizonte temporal

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas visa um horizonte temporal até 2010.

III - Finalidade

Pretende contribuir para a generalização e prática do conceito de envelhecimento activo nas pessoas com 65 e mais anos de idade, assim como para a actuação sobre os determinantes da perda de autonomia e de independência, tendo como objectivo geral:

- *obter ganhos em anos de vida com independência*²²

IV - População Alvo

População residente com 65 e mais anos.

²² Considera-se independência como a capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária, isto é, a capacidade de viver com independência na comunidade sem ajuda ou com pequena ajuda de outrém. (Cf. WHO. *Active Ageing, A Policy Framework*. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April, 2002)

V - Estratégias de Intervenção

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas será operacionalizado a nível regional e local pelos serviços dependentes das Administrações Regionais de Saúde que deverão definir Planos de Acção, tendo em conta as orientações deste Programa, as diversidades regionais e locais, fomentando as parcerias e o bom aproveitamento dos recursos existentes.

Chama-se a atenção para a importância do envolvimento da comunicação social, dos professores e de outros grupos profissionais, nomeadamente ligados à segurança e aos transportes, dos responsáveis autárquicos e de todos os parceiros sociais, nas estratégias de intervenção dirigidas à saúde das pessoas idosas.

O presente Programa estabelece três grandes estratégias de intervenção nas áreas do envelhecimento activo, da organização e prestação de cuidados de saúde e da promoção de ambientes facilitadores da autonomia e independência, estabelecendo recomendações para a acção que têm em conta a idade, as especificidades do género, a cultura e a estimulação da participação das pessoas idosas no sistema:

1) Promover um envelhecimento activo

Recomendações para a acção:

- Informar e formar as pessoas idosas sobre:

- a) actividade física moderada e regular e as melhores formas de a praticar;
- b) estimulação das funções cognitivas;
- c) gestão do ritmo sono-vigília;
- d) nutrição, hidratação, alimentação e eliminação;
- e) manutenção de um envelhecimento activo, nomeadamente na fase de reforma.

2) Adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas

Recomendações para a acção:

- Identificar:

- a) os determinantes da saúde da população idosa;

- b) as dificuldades mais frequentes no acesso da população idosa aos serviços e cuidados de saúde;
- Rastrear os critérios de fragilidade²³, através do Exame Periódico de Saúde (EPS);
- Informar a população idosa e famílias sobre:
- a) utilização correcta dos recursos necessários à saúde;
 - b) abordagem das situações mais frequentes de dependência, nomeadamente por *défices* motores, sensoriais, cognitivos, ambientais e socio-familiares;
 - c) abordagem das situações demenciais, nomeadamente da doença de Alzheimer, assim como sobre a prevenção da depressão e do luto patológico;
 - d) abordagem da incontinência;
 - e) promoção e recuperação da saúde oral;
 - f) prevenção dos efeitos adversos da automedicação e polimedicação;
 - g) prestação de cuidados domiciliários a pessoas idosas doentes ou com dependência;
- Orientar tecnicamente os prestadores de cuidados sobre:
- a) tipos e adequação de ajudas técnicas;
 - b) abordagem da patologia incapacitante mais frequente nas pessoas idosas, nomeadamente fracturas, incontinência, perturbações do sono, perturbações ligadas à sexualidade, perturbações da memória, demências, nomeadamente doença de Alzheimer, doença de Parkinson, problemas auditivos, visuais, de comunicação e da fala;
 - c) melhoria da acessibilidade à informação sobre medicamentos;
 - d) adequação da prescrição medicamentosa às pessoas idosas;
 - e) abordagem da fase final de vida;
 - f) abordagem do luto;

²³ Cf. pág. 13

- g) programação, organização, prestação e avaliação de cuidados de saúde no domicílio;
- h) abordagem multidisciplinar e intersectorial da saúde e da independência das pessoas idosas.

3) *Promover o desenvolvimento de ambientes capacitadores*

Recomendações para a acção:

- Informar as pessoas idosas sobre:

- a) detecção e eliminação de barreiras arquitectónicas, assim como sobre tecnologias e serviços disponíveis favorecedores da sua segurança e independência, como, por exemplo, o serviço de telealarme;
- b) prevenção de acidentes domésticos e de lazer;
- c) utilização, em segurança, dos transportes rodoviários;

- Orientar tecnicamente os prestadores de cuidados sobre:

- a) prevenção de acidentes domésticos, de lazer e rodoviários;
- b) detecção e encaminhamento de casos de violência, abuso ou negligência em pessoas idosas.

VI – Acompanhamento e avaliação

O Programa será objecto de acompanhamento nacional por uma comissão a designar pelo Director-Geral da Saúde. O acompanhamento e avaliação regionais serão da competência das Administrações Regionais de Saúde.

Deverá ser feito um diagnóstico inicial, utilizando os indicadores definidos para a avaliação, para se poder fazer o mais correcto acompanhamento do programa e medir as diferenças encontradas com o seu desenvolvimento.

A avaliação global do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas será realizada no final de 2009, sem prejuízo de avaliações intercalares.

A avaliação nacional do Programa basear-se-á nos seguintes indicadores, sem prejuízo dos que vierem a ser incorporados a partir das avaliações intercalares:

1. *proporção de pessoas idosas que:*
 - a) *come sem ajuda ou com pequena ajuda de outrém*
 - b) *toma banho sem ajuda ou com pequena ajuda de outrém*
 - c) *utiliza o WC sem ajuda ou com pequena ajuda de outrém*
 - d) *circula pela casa sem ajuda ou com pequena ajuda de outrém*
 - e) *vai às compras sem ajuda ou com pequena ajuda de outrém*
 - f) *confecciona as suas próprias refeições sem ajuda ou com pequena ajuda de outrém*
 - g) *assegura a limpeza regular da casa sem ajuda ou com pequena ajuda de outrém*
2. *proporção de pessoas idosas que consideram o seu estado de saúde bom ou muito bom*
3. *esperança de vida sem incapacidade²⁴, por sexo, aos 65, 75, 80 e 85 anos*
4. *proporção de pessoas idosas que usufruem de cuidados integrados de saúde e de apoio social no seu domicílio*
5. *proporção de pessoas idosas internadas por acidentes*
6. *proporção de pessoas idosas internadas por acidentes com medicamentos*
7. *proporção de pessoas idosas que vivem sós, com independência*
8. *proporção de pessoas idosas que utiliza o telefone, o Telealarme ou outras tecnologias de comunicação, de segurança e apoio*
9. *proporção de pessoas idosas que mantém contactos sociais, para além dos relacionados com a rotina diária*

²⁴ Esperança de vida sem incapacidade é frequentemente utilizada como sinónimo de esperança de vida com saúde. Enquanto que a esperança de vida à nascença continua a ser um importante indicador do envelhecimento da população, o tempo que a pessoa espera viver sem incapacidades é especialmente importante para uma população a envelhecer. Os conceitos de independência, qualidade de vida e esperança de vida com saúde, foram elaborados para tentar medir o grau de dificuldade que uma pessoa idosa tem em realizar as actividades de vida diária (AVDs; ex: tomar banho, comer, usar o WC e andar no quarto) e as actividades instrumentais de vida diária (AIVDs; ex: ir às compras, tarefas domésticas, preparar refeições). (Cf. *Active Ageing, A Policy Framework*. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April 2002)

Referências bibliográficas

- i OMS; Comunicado 19/99, de 6 de Abril
- ii INE; *Estimativas da população residente, Portugal e NUTS III, 2001*. in Destaque do INE para a comunicação social, Portugal. 27 de Junho de 2002
- iii INE; *Ibidem*
- iv Ministério da Saúde; Direcção-Geral da Saúde. *A Saúde dos Portugueses*, 1997
- v ONSA; MOCECOS-*Uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI*, Janeiro 2001
- vi Cf. Os observações ONSA, nº. 16. *Consumo de cuidados médicos pela população portuguesa segundo os dados obtidos pelos Inquéritos Nacionais de Saúde desde 1987, 1995 e 1999*; Junho 2002.
- vii WHO; *Ageing-exploding the myths. Ageing and Health programme (AHE)*. Geneva: 1999: 1-21; in WHO. Ageing and Life Course. Men, Ageing and Health. Achieving health across the life span. Noncommunicable Diseases and Mental HealthCluster. Noncommunicable Diseases Prevention and Health Promotion Department. Ageing and Life Course Unit.WHO/NMH/NPH/01.2. Geneva.2001
- viii WHO; *Active Ageing. A Policy Framework*. A Contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April 2002
- ix *Ibidem*
- x KALACHE, A.; Lunenfeld, B. WHO and International Society for the Study of the Ageing Male, in WHO/NMH/NPH/01.2. Geneva.2001
- xi EUROLINK AGE; Journal of Health Gain 1997, WHO 1995, US Department of Health and Human Services, 1990
- xii KALACHE, A.; Lunenfeld, B. WHO e International Society for the Study of the Ageing Male,in WHO/NMH/NPH/01.2. Geneva.2001
- xiii INE; INS, ONSA, *Esperanças de vida sem incapacidade física de longa duração*. Portugal Continental, 1995/1996
- xiv WHO; *Ageing and Life Course. Men, Ageing and Health. Achieving health across the life span*. Noncommunicable Diseases and Mental HealthCluster. Noncommunicable Diseases Prevention and Health Promotion Department. Ageing and Life Course Unit.WHO/NMH/NPH/01.2. Geneva.2001
- xv WHO; *Active Ageing. A Policy Framework*, 2002
- xvi FERRINHO, P.; BUGALHO, M.; PEREIRA MIGUEL, J.; *For Better Health in Europe*. Report with the support of the European Commission. (Lisboa, Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Portugal 2001)
- xvii *Ibidem*
- xviii *Ibidem*
- xix harrisonsonline.com. News; *Cardiovascular Disease Leads to Higher Risk of Dementia* (Pittsburgh, May 10, The Macgraw-Hill Companies, 2001- 2002)
- xx MINISTÉRIO DA SAÚDE; *Relatório de 2001 do Director-Geral e Alto Comissário da Saúde; Ganhos de Saúde em Portugal* (Lisboa, Direcção-Geral da Saúde 2002)
- xxi FERRINHO, P.; BUGALHO, M.; PEREIRA MIGUEL, J.; *For Better Health in Europe*. Report with the support of the European Commission. (Lisboa, Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Portugal 2001)
- xxii WHO; *Ageing and Life Course. Men, Ageing and Health. Achieving health across the life span*. Noncommunicable Diseases and Mental HealthCluster. Noncommunicable Diseases Prevention and Health Promotion Department. Ageing and Life Course Unit.WHO/NMH/NPH/01.2. Geneva.2001
- xxiii OMS; Declaração de Jakarta. Quarta Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, 21-25 de Julho de 1997, Jakarta
- xxiv II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. *Plano Internacional de Acção para o Envelhecimento 2002* - documento provisório. Madrid, 12 Abril 2002
- xxv Assembleia Geral das Nações Unidas de 16 de Dezembro de 1991. Resolução 46/91. Princípios das Nações Unidas a favor das Pessoas Idosas
- xxvi WHO; *Active Ageing. A Policy Framework*. A Contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April 2002
- xxvii Relatório Conjunto da Comissão e do Conselho da União Europeia. *Apoio das Estratégias Nacionais para o futuro dos cuidados de saúde e dos cuidados para as pessoas idosas*. Bruxelas, 20 de Fevereiro de 2003



2004