

A POPULAÇÃO IDOSA – TRAJETÓRIAS DE SAÚDE

Roberto Carneiro
Fernando Chau
Cândida Soares
José de Sousa Fialho
Maria João Sacadura

1. TRAJETÓRIAS DE SAÚDE

As características mais importantes do envelhecimento humano são, de acordo com os especialistas da saúde, a sua individualidade e diversidade, com claros reflexos no estado de saúde dos idosos. Assim, as modificações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, nomeadamente as interações complexas entre os vários fatores intrínsecos e extrínsecos de cada pessoa, manifestam-se através de mudanças estruturais e funcionais do quotidiano. Muitas vezes, estas mudanças são percebidas negativamente, sendo a pessoa idosa encarada como vulnerável, não só física mas também mental e socialmente, e considerada como dependente. Um dos desafios prementes no processo de envelhecimento é, portanto, a dependência que, como qualquer outro fenómeno desta fase da vida, é visto em primeiro lugar como o resultado de um declínio e uma deterioração, com perda do funcionamento mental e físico.

“Consideram-se em situação de dependência os indivíduos que não possam praticar com autonomia os atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, carecendo da assistência de outrem. Consideram-se atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas, nomeadamente os relativos à realização dos serviços domésticos, à locomoção e cuidados de higiene”. (Decreto-Lei n.º 265/99 de 14 de Julho (prestação pecuniária – Complemento por dependência). O quadro seguinte sintetiza as principais questões ao nível da saúde que podem afetar os idosos.

QUADRO 3.1
Principais problemas de saúde dos idosos

Sistema Nervoso Central	Demências
	Doenças neurológicas
	Padrões de sono
	Delirium
	Depressões
Aparelho Locomotor	Limitações físicas incapacitantes
	Artropatias
	Imobilidade
	Instabilidade postural/quedas
	Reumatismos
Sistema Vascular	Arteriosclerose
	Hipertensão
	Cardiopatias
Sistema Respiratório	Afeções pulmonares
Sistema Urinário	Incontinência
	Perturbações renais

Fonte: Martins (2000)

Ao nível das doenças crónicas e respetiva incidência, os resultados dos vários inquéritos à Saúde promovidos pelo Ministério da Saúde (e pelo INE) têm sido relevantes nesta questão.

QUADRO 3.2
População residente por tipo de doença crónica existente, sexo e grupo etário

	HM				H			M		
	Total	65 a 74 anos	75 a 84 anos	85 anos ou mais	65 a 74 anos	75 a 84 anos	85 anos ou mais	65 a 74 anos	75 a 84 anos	85 anos ou mais
Tensão arterial alta	19,8	51,9	51,3	43,2	46,3	43,2	33,9	56,4	56,6	47,6
Doença reumática	16,0	41,0	47,2	48,2	32,6	40,3	36,8	47,8	51,8	53,7
Dor crónica	8,2	12,0	8,2	6,0	7,1	4,7	1,4	16,0	10,5	8,2
Depressão	8,2	12,0	8,2	6,0	7,1	4,7	1,4	16,0	10,5	8,2
Diabetes	6,5	17,9	17,8	10,2	17,8	17,9	11,9	17,9	17,7	9,4

A população idosa – trajetórias de saúde

	HM				H			M		
	Total	65 a 74 anos	75 a 84 anos	85 anos ou mais	65 a 74 anos	75 a 84 anos	85 anos ou mais	65 a 74 anos	75 a 84 anos	85 anos ou mais
Osteoporose	6,2	18,2	18,0	21,6	3,8	4,0	8,6	29,9	27,1	27,8
Asma	5,5	7,5	7,1	6,9	6,0	6,0	5,9	8,7	7,8	7,3
Pedra nos rins	4,8	12,2	9,7	6,5	12,6	12,0	6,7	11,9	8,3	6,3
Ansiedade crónica	4,5	7,6	7,5	3,9	3,6	4,3	3,4	10,8	9,5	4,2
Obesidade	3,8	6,2	4,2	2,9	4,3	4,0	2,6	7,7	4,3	3,0
Enfisema, Bronquite crónica	3,6	8,1	10,9	10,3	8,4	12,4	9,7	7,8	10,0	10,5
Tumor maligno/ Cancro	1,9	4,4	5,9	5,6	4,0	7,5	4,9	4,7	4,8	6,0
Acidente vascular cerebral	1,6	5,0	7,6	9,9	6,6	10,8	5,6	3,6	5,5	12,0
Insuficiência renal	1,5	3,0	4,2	4,8	3,4	5,0	5,0	2,8	3,7	4,8
Enfarte do miocárdio	1,3	4,0	6,7	4,1	5,4	10,7	5,1	2,8	4,0	3,6
Ferida crónica	0,9	3,4	3,6	2,6	3,1	2,6	2,7	3,5	4,2	2,6
Retinopatia	0,8	1,8	2,9	6,7	1,4	3,7	7,3	2,1	2,4	6,4
Glaucoma	0,7	2,0	2,7	4,1	1,6	2,3	2,0	2,4	3,0	5,0
Outra doença crónica	24,3	35,4	34,5	32,8	34,1	39,7	24,6	36,4	31,1	36,7

Fonte: INE, DGS, 4º INS

O quadro acima contém os principais dados do 4º INS relativos à incidência das principais doenças crónicas que afetam os idosos. Os dados das doenças crónicas investigadas no 4º INS apresentam a população idosa com taxas de incidência bastante superiores para o total da população residente. As doenças crónicas como tensão arterial alta, doença reumática, dor crónica, depressão, etc. afetam significativamente as pessoas mais idosas¹. Para fazer face a tais doenças destas populações, bem como das populações com necessidades em termos de realização das AVD², foi desenvolvido um conjunto de instrumentos e infraestruturas³.

¹ Ver Almeida (2009).

² Os estudos sobre as populações com necessidades de ajuda em AVD estão sumariados na próxima secção.

³ Ver Cap. 6 que aborda a questão das infraestruturas e redes associadas ao envelhecimento ativo.

No domínio da saúde para apoio a idosos os principais instrumentos são:

- Plano Nacional de Saúde para Idosos, integrando a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados.
- A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) tem por objetivo geral a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. A prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por Unidades de internamento e de ambulatório, bem como por equipas hospitalares e domiciliárias.

As necessidades em cuidados continuados dos idosos são influenciadas pelas mudanças físicas, mentais e/ou alterações na funcionalidade das capacidades cognitivas, ao longo da vida de um indivíduo. Uma política de cuidados continuados deve ter em conta estas necessidades, no quadro do respeito dos valores individuais e preferências dos cidadãos. Desta forma, o objetivo dos cuidados continuados é garantir que um indivíduo em situação de dependência pode manter a melhor qualidade de vida possível, com o maior grau de independência, autonomia, participação, auto-realização e dignidade humana possíveis.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os cuidados continuados são as atividades dirigidas para as pessoas que se encontram em situação de incapacidade para o desenvolvimento autónomo de cuidados básicos de saúde, levadas a cabo por cuidadores informais (família e amigos), por cuidadores formais, incluindo profissionais e paraprofissionais de saúde, de apoio social e de outras áreas, por cuidadores tradicionais e voluntários.

De facto, para dar respostas aos desafios do envelhecimento em Portugal, foi criado um novo modelo de prestação de cuidados, inserido no Sistema Nacional de Saúde, que é operacionalizado através de uma Rede nacional e intersectorial, no sentido em que se integraram as políticas do sector da Saúde e da Segurança Social, com parcerias com o sector social e privado. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), iniciada em 2006, corporiza as estratégias e intervenções públicas nas situações de dependência associadas a diferentes patologias e aos efeitos do envelhecimento⁴.

⁴ Idem, ver Cap. 6.

Um importante contributo para o debate das políticas de saúde para séniores é o estudo de Almeida (2009). Na sequência da Carta de Otava, a Promoção da Saúde é entendida como “o processo de capacitar as pessoas para assumirem maior controle sobre, e para melhorarem, a sua saúde” (1986), oferecendo o enquadramento promissor para uma abordagem integrada das estratégias e políticas da saúde, em especial para os séniores. Em particular, “a saúde [é vista como] num *continuum*, incluindo um polo (ou direção) de saúde positiva, que vai além da “ausência de doença” (como explicita a definição da OMS), para abranger as noções de bem-estar e de *wellness* /saúde otimal, no sentido de potencial a almejar”⁵ e uma “conceção dinâmica da saúde a situar num contexto temporal que remete, nomeadamente no plano individual, para a relevância de uma perspetiva de desenvolvimento no curso da vida”, onde o indivíduo é sujeito ativo no contexto da promoção da saúde, i.e., “o papel dos indivíduos/populações face ao próprio processo de desenvolvimento da saúde: se, por um lado, este é inevitavelmente condicionado por determinantes que estão além do seu controle, outros há, da esfera pessoal às condições de vida e fatores estruturais que as influenciam, que são criados e/ou passíveis de ser modificados pela ação ou agência humana, individual ou coletiva” (p. 21).

Um dos resultados deste debate foi o desenvolvimento do conceito “envelhecimento ativo ... como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança visando melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (WHO, 2002, p. 12). Assenta numa conceção de saúde como concretização, ao longo da vida, do potencial de bem-estar (em que as componentes mental e social são tão importantes como a física), acrescentando-lhe outros dois pilares: participação e segurança. Esta última, que engloba também a ideia de proteção, dignidade e cuidados, remete mais particularmente para as necessidades especiais da população idosa. Fá-lo, no entanto, enfatizando, como noutras vertentes, uma perspetiva de direitos e não de assunção das pessoas idosas como recetores passivos de cuidados.” (Almeida, 2009, p. 38). Em conclusão, a autora apresenta as seguintes características duma política de Promoção de Saúde dirigida aos séniores:

- “a saúde deve (também nesta fase da vida) ser entendida na sua multidimensionalidade, envolvendo a interligação de dimensões biológicas, psicológicas, espirituais, sociais, materiais;

⁵ Almeida (2009, p. 19).

- há uma continuidade essencial (ainda que com especificidade) dos processos ao longo do curso da vida;
- embora perdas/ declínio tendam a assumir maior destaque nas idades avançadas, persistem não só possibilidades de regulação e compensação como de manutenção/ recuperação e crescimento;
- neste processo de adaptação face às alterações, o indivíduo é um agente ativo, recorrendo aos recursos disponíveis e podendo adotar quer estratégias de ajustamento interno, quer de ação sobre o meio;
- subjacente a este processo e condicionando o seu resultado, está uma multiplicidade de determinantes individuais e ambientais/ estruturais, interagindo entre si e atuando em vários níveis e esferas, ao longo do tempo;
- o processo e a avaliação do seu “sucesso”, ganham significado no contexto particular de existência e trajetória de vida de cada indivíduo.” (Almeida, 2009, pp. 40-1).

O estudo da OCDE (2009) cita o trabalho da SNIPH (2007) sobre os objetivos e prioridades dos sistemas de saúde para fazer face ao envelhecimento: “Healthy Ageing concerns “the process of optimizing opportunities for physical, social and mental health to enable older people to take an active part in society without discrimination and to enjoy an independent and good quality of life” (SNIPH, 2007). The following elements/objectives of policy appear of greater concern for the authors of that report:

- It presumes that older people are of intrinsic value to society rather than a burden and that their autonomy and sense of personal control are essential for maintaining human dignity and integrity;
- Population-wide healthy ageing requires focusing on health inequalities and the underlying socioeconomic factors. Heterogeneity of needs across individuals must be taken into account;
- Healthy ageing policies rely strongly on prevention and, in this context, “it is never too soon and never too late to promote health” (SNIPH, 2007) (p. 9).

As medidas específicas estão relacionadas com “the growing importance of chronic diseases among the elderly will require more appropriate, via better co-ordinated and more patient-centred care. Key areas where policy needs to focus include:

- More regular follow-up of chronically-ill patients and better co-ordination of care. A growing share of the elderly has chronic conditions – and individuals often cumulate several of them – while medical care systems have become more specialised and fragmented over time.
- Enhanced preventive health services: Primary and secondary prevention are of particular importance. Policies in this area include vaccinations, reducing substance abuse and screening for diseases such as cancer and diabetes and conditions such as high blood pressure. Policies can also include efforts to reduce accidents, for example through the promotion of safe homes of the elderly and their environment or programmes against violence and suicide.
- Greater attention to mental health: Mental illness – which can take on a range of forms from depression to dementia and to psychiatric disorders – is widespread among the elderly in OECD countries and can lead to entry into institutional care. Policies to address wider determinants of mental health as well (social isolation, poverty and discrimination and housing) may also be required.
- Encourage better self-care: Increased health literacy (see definition in section 4.4.6) and access to technology such as ITC and the Internet may provide individuals with the potential for a greater understanding of their condition and how to adapt their lives to deal with it best.” (OCDE, 2009, p. 11).

2. IDOSOS COM NECESSIDADES DE APOIO

As necessidades dos idosos portugueses em apoios na saúde ou sociais resultantes das limitações físicas ou mentais foram aferidas pelos resultados obtidos nos Inquéritos feitos pelo Ministério da Saúde ou académicos na área da Saúde Pública. O INE elaborou também estudos sobre a população portuguesa com dificuldades nas atividades da vida diária.

De acordo com os resultados do Inquérito às Condições de Vida de 2009 do INE, 39,1% da população portuguesa com 65 a 74 anos indica que tinha algumas dificuldades nas atividades da vida diária e 19,8% dessa população tinha dificuldades sérias nessas atividades. Para a população com mais de 75 anos, 38,9% tinha alguma dificuldade e 37,9% dificul-

dades sérias nas atividades da vida diária. Estes resultados da perceção própria dos inquiridos relativamente às limitações nas atividades diárias pelos diferentes países da UE encontram-se no Quadro abaixo (OCDE, 2011a, p. 165).

QUADRO 3.3

Percentagem da população com 65-74 anos e 75 + anos com dificuldades nas atividades da vida diária, 2009

	65-74 anos			75 + anos		
	Alguma limitação	Fortemente limitado	Total	Alguma limitação	Fortemente limitado	Total
Suécia	14,5	7,7	22,2	16,9	17,1	34,0
Dinamarca	19,1	8,2	27,3	28,5	16,0	44,5
Reino Unido	18,9	16,5	35,4	23,0	23,9	46,9
Irlanda	27,5	9,6	37,1	34,8	18,2	53,0
Luxemburgo	24,1	13,3	37,4	33,9	15,1	49,0
Bélgica	25,2	12,3	37,5	34,3	20,0	54,3
Países Baixos	30,2	8,7	38,9	41,9	14,9	56,8
Republica Checa	29,7	10,5	40,2	40,4	22,1	62,5
Eslovénia	21,3	19,4	40,7	26,5	29,2	55,7
França	26,9	15,4	42,3	33,8	32,2	66,0
Finlândia	30,8	11,8	42,6	39,2	27,6	66,8
OCDE	29,1	14,3	43,4	34,0	26,1	60,1
Áustria	30,5	15,8	46,3	34,0	33,6	67,6
Espanha	36,9	9,8	46,7	42,6	21,6	64,2
Polónia	33,8	16,5	50,3	37,0	29,2	66,2
Itália	37,3	14,0	51,3	44,1	29,8	73,9
Grécia	31,4	20,2	51,6	35,5	39,0	74,5
Alemanha	37,5	16,1	53,6	44,5	30,8	75,3
Hungria	39,5	16,8	56,3	42,3	33,2	75,5
Estónia	42,1	15,8	57,9	46,6	32,5	79,1
Portugal	39,1	19,8	58,9	38,9	37,9	76,8
Eslováquia	48,2	26,6	74,8	37,7	49,9	87,6

Fonte: Eurostat, Statistics on Income and Living Conditions 2009.

Estes resultados colocam Portugal no 2º País da UE com as mais elevadas taxas da população idosa com limitações nas atividades da vida diária. Outros estudos sobre esta problemática, apresentados mais abaixo, sugerem uma incidência relativamente inferior aos valores do Inquérito sobre as Condições de Vida.

Por outro lado, os dados da OCDE *Health Data* para 2009 indicam que somente 1,1% da população portuguesa com mais de 65 anos recebia cuidados continuados (5,1% na Espanha, 11,3% em França e 6,7% na Bélgica).

QUADRO 3.4
População com 65 + anos com cuidados continuados (2009, %)

	Instituição	Casa	Total
Austria ¹	23,9		23,9
Países Baixos	6,6	12,8	19,4
Suécia	5,9	11,7	17,6
Dinamarca	4,5	13,0	17,5
República Checa	2,2	10,9	13,1
Luxemburgo	5,4	7,4	12,8
OECD (21)	4,0	8,2	12,2
Finlândia	4,8	7,2	12,0
Alemanha	3,8	7,5	11,3
França	4,3	6,8	11,1
Hungria	3,0	7,0	10,0
Estónia	1,8	6,0	7,8
Bélgica	6,7		6,7
Eslovénia	4,9	1,7	6,6
Espanha	1,3	3,8	5,1
Irlanda	4,0		4,0
Itália		3,7	3,7
Eslováquia	3,2		3,2
Portugal	0,9	0,2	1,1
Polónia	0,9		0,9

¹ Os dados são para o total.

Fonte: OCDE, Health Data 2011

O estudo de Hernández-Quevedo et al. (2007), da Universidade de York, utilizou os dados de painel do *European Community Household Panel Users Database* (ECHP) de 1994 a 2001. A variável dependente investigada é: “Are you hampered in your daily activities by any physical or mental health problem, illness or disability?”, ao qual os respondentes escolhem as respostas “Yes, severely” (sim, muito), “Yes, to some extent” (sim, pouco) e “No” (não). Os resultados das regressões econométricas deste estudo mostram que as limitações nas atividades da vida diária estão altamente correlacionadas com os níveis de rendimento (e do nível de escolaridade). O quadro seguinte contém os resultados dessa questão por quintis de rendimento.

QUADRO 3.5

População com dificuldades por classes de Quintil de rendimento (em %)

País	Algumas dificuldades					Dificuldades severas				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
BE	14,46	10,70	8,94	8,79	8,71	9,53	5,57	3,17	2,18	2,55
DK	20,38	17,54	16,64	13,81	11,23	10,75	7,12	3,43	2,67	2,08
FR	16,69	15,01	12,98	10,18	10,18	14,11	11,90	10,52	5,65	5,65
HE	14,39	11,81	9,73	9,50	6,43	12,26	9,44	7,55	6,51	3,49
IE	17,24	20,35	13,09	10,62	7,98	6,82	6,26	3,26	1,85	1,44
IT	9,18	9,94	9,09	7,91	6,26	5,22	5,22	4,98	3,97	2,72
NL	18,61	17,36	15,93	14,86	13,66	10,25	9,08	6,73	5,55	5,09
PT	19,35	18,53	15,53	14,25	11,14	14,30	15,36	11,34	8,43	5,50
ES	14,71	15,51	13,44	10,49	7,01	7,26	7,36	7,08	5,38	2,59

Fonte: Hernández-Quevedo et al. (2007), Table 3

Assim, o estudo concluiu que “The estimated effects of educational achievement are positive for both definitions of health limitations and for almost all countries (Portugal is an exception for secondary education and severe limitations). The expected negative sign is found for household income, with the few exceptions, for example Belgium, not being statistically significant.

For activity status, compared to the baseline of being employed, the majority of the activity categories have a positive influence on reporting any or severe limitations. The exception is the self-employed, where the majority of effects are negative, suggesting a decreased probability of

reporting any or severe limitations compared to employees. However, a number of these estimates are not statistically significant. Again, these estimates are derived conditional on initial period activity status and are identified through changes in status over the course of the panel survey. The greatest effect on reporting limitations is observed for inactivity status. These results are to be expected as labour market inactivity is likely to be highly correlated with claiming disability benefits. It has also been suggested that since ill-health may represent a legitimate reason for a person of working age to be outside the labour force, respondents who are not working may cite health problems as a way to rationalize behaviour....across all estimates higher levels of income and education decrease the probability of reporting limitations in daily activities. The effect of activity status is larger than the effect of income and education. Inactivity is associated with the largest absolute effect and will reflect, in part, individuals claiming disability allowances due to ill-health.”⁶

O estudo de Frade (2010) analisou os microdados do 4º Inquérito Nacional da Saúde (2005-06), obtendo resultados semelhantes ao estudo de Hernández-Quevedo et al. (2007). Relativamente aos indicadores Qualidade de Vida (QvD), Qualidade de Vida numa perspetiva médica ou de saúde (QdVRS) e atividades da vida diária (AVD), Frade concluiu que a “análise de possíveis indicadores determinantes de qualidade de vida dos portugueses, pudemos concluir que efetivamente a idade, o género, o nível de ensino e o nível de rendimento correlacionam-se significativamente com as variáveis de QdV, QdVRS e AVD. Pudemos observar que quanto mais pobre se é, menos QdV, QdVRS e AVD se tem. Por seu turno, quanto maior nível de ensino, maior nível de QdV, QdVRS e AVD. No que diz respeito à variável género, recodificada em “FEM”, também se pôde verificar que o facto de se ser mulher diminui as diferentes variáveis de qualidade de vida.”⁷

O Ministério da Saúde⁸ produziu um estudo recente para estimar, entre outros objetivos, “a proporção de pessoas com necessidade de cuidados continuados”. O inquérito foi realizado por entrevista telefónica, entre Maio e Junho de 2007 a uma amostra constituída por pessoas de 18 e mais anos, residentes em unidades de alojamento do Continente que integram o painel ECOS- Em Casa Observamos Saúde; trata-se de uma

⁶ Hernández-Quevedo et al. (2007, pp. 19-20 e 23).

⁷ Frade (2010, p. 63).

⁸ Branco e Paixão (2008).

amostra aleatória constituída por **1034 unidades de alojamento (UA)** com **telefone fixo**, estratificada por Região de Saúde do Continente, com alocação homogénea. Estas unidades de alojamento representaram cerca de 30 indivíduos. Foram obtidas respostas de 952 unidades de alojamento (92,1% das 1 034 UA da amostra inicial). Através dos respondentes, um por alojamento, obtiveram-se, ainda, dados sobre 2 785 indivíduos residentes naquelas UA, correspondendo a 92,0% do total de indivíduos existentes nas UA da amostra.

A percentagem da população com necessidades de cuidados continuados é de 2%, com predominância dos casos de dependência física. Uma taxa de prevalência estimada em 2,0% de dependentes com necessidade de cuidados continuados comparada com o estimado no Quarto Inquérito Nacional de Saúde (2005-2006) para o Continente relativamente às pessoas que referiram pelo menos uma incapacidade parcelar que implicasse ter sempre ajuda (4,0%) – ver abaixo.

QUADRO 3.6

População dependente com necessidade de cuidados continuados e por tipo de dependência (%) – 2007

	n	%
Total de dependentes com necessidade de cuidados continuados	2 785	2,0
		(66)
Tipo de dependência	66	
Só física	42	62,2
Só mental	2	3,2
Física e mental	22	34,6

Fonte: Branco e Paixão (2008) Quadro 4

Na maioria dos casos da ajuda para os dependentes, os familiares eram os cuidadores informais (96,3%); os amigos não residentes no domicílio e vizinhos (29,5%) formam o 2º grupo de cuidadores. A ajuda domiciliária por entidade privada (17,9%) era formada por prestação a cargo de empregadas domésticas assalariadas. A ajuda prestada por entidade estatal, que poderia incluir o centro de saúde, nomeadamente uma equipa de cuidados continuados formal, foi responsável em 13,0% das situações de dependência. A ajuda prestada por entidades privadas de solidariedade social só teve expressão em 4,1% das situações.

QUADRO 3.7

Percentagem de respondentes que referiram a necessidade de ajuda para o(s) dependente(s), segundo o agente prestador de cuidados informais/ajuda (%)

	n	%*
Cuidados prestados**	61	
Familiares		96,3
Amigos/Vizinhos		29,5
Entidade privada		17,9
Entidade estatal		13,0
Entidade particular de solidariedade social		4,1

* Resultado ponderado por regiões; ** As respostas não são mutuamente exclusivas.

Fonte: Branco e Paixão (2008), Quadro 10

Relativamente aos familiares diretos dos internados, 4% dos inquiridos indicaram ter um familiar nesse caso. Os principais motivos do internamento estão identificados no quadro a seguir:

QUADRO 3.8

Percentagem de respondentes com um familiar direto “internado” segundo o motivo

	n	%*
Motivo que levou ao “internamento” do familiar **	30	
Falta de disponibilidade, devido à vida que tem		69,2
Não tem ajuda e não consegue cuidar sozinho		59,1
Apesar de ter condições, é a melhor solução para o dependente		57,4
Não tem condições na habitação		39,6
Não tem condições de saúde para ser cuidador		27,0
Não tem disponibilidade económica		25,4
Não sabe prestar os cuidados necessários		23,7

* Resultado ponderado por regiões; ** As respostas não são mutuamente exclusivas.

Fonte: Branco e Paixão (2008), Quadro 12

O motivo mais importante do internamento do familiar invocado pelos respondentes é a falta de disponibilidade relacionada com o padrão de vida existente.

QUADRO 3.9
População residente por auto-apreciação do estado de saúde, sexo e grupo etário (%)

Sexo/ Grupo etário	Auto-apreciação do estado de saúde		
	Muito bom ou bom	Razoável	Mau ou muito mau
Homens e Mulheres	53,4	32,7	13,9
65 a 74 anos	15,7	46,5	37,9
75 a 84 anos	11,1	41,5	47,4
85 anos ou mais	13,3	46,3	40,4
Homens	59,6	30,1	10,3
65 a 74 anos	20,3	49,4	30,3
75 a 84 anos	14,3	44,5	41,2
85 anos ou mais	21,2	42,4	36,4
Mulheres	47,6	35,1	17,2
65 a 74 anos	11,9	44,1	44,0
75 a 84 anos	9,0	39,4	51,6
85 anos ou mais	9,5	48,2	42,3

Fonte: INSA/INE – Quarto Inquérito Nacional de Saúde (2005-2006) – Q 1.1

Os resultados do 4º Inquérito Nacional de Saúde (2005/06) indicam que 15,7% dos idosos com 65 a 74 anos tinham uma percepção Muito bom ou bom do estado de saúde e 37,9% consideravam Mau ou muito mau. Por sexo, as Mulheres tinham uma percepção menos positiva do seu estado de saúde (44% com idade entre 65 a 74 anos fez uma auto-apreciação de Mau ou muito mau).

A população com necessidades de apoio estava estimada nesse inquérito em 3,1% (acamada ou sempre sentada) e 4% (incapacidade física de longa duração, necessitando ajuda para realizar atividades). A população alvo é a que tem mais de 10 anos de idade.

Uma comparação dos resultados deste inquérito com os do estudo anterior não sugere discrepâncias significativas na estimação da população com necessidade de apoio nas atividades da vida diária. De notar que estes resultados são superiores aos obtidos no Inquérito Nacional de Saúde de 1998/99 (2,3% e 3,4%, respetivamente). Os indivíduos do sexo feminino apresentam taxas de incidência mais elevadas em ambos os Inquéritos.

QUADRO 3.10

População residente com 10 e mais anos que declarou estar sempre acamada ou sempre sentada numa cadeira ou limitada à sua casa para se movimentar, e que referiu pelo menos uma incapacidade de longa duração (%)

Sexo	População que declarou estar sempre acamada ou sempre sentada numa cadeira ou limitada à sua casa para se movimentar (a)	População que referiu pelo menos uma incapacidade parcelar	
		de grau 1 (b)	de grau 2 (c)
H e M	3,1	19,6	4,0
Homens	2,3	16,4	3,4
Mulheres	3,8	22,6	4,5

Fonte: INSA/INE – Quarto Inquérito Nacional de Saúde (2005-2006) – Q 9.1

- (a) inclui a população que declarou estar sempre acamada, ou sempre sentada numa cadeira (não cadeira de rodas), todo o dia (excepto noite) ou limitada à sua casa para se movimentar;
- (b) Incapacidade de grau 1: incapacidade física de longa duração (aquela que tem duração, ou que é previsível que tenha duração superior a 6 meses) e para a qual o entrevistado refere ser capaz de a realizar “sozinho mas com dificuldade”.
- (c) Incapacidade de grau 2: incapacidade física de longa duração (aquela que tem duração, ou que é previsível que tenha duração superior a 6 meses) e para a qual o entrevistado refere ser capaz de a realizar “só com ajuda”.

QUADRO 3.11

População residente com 10 e mais anos que declarou estar sempre acamada ou sempre sentada numa cadeira ou limitada à sua casa para se movimentar, e que referiu pelo menos uma incapacidade de longa duração -1998/99 (%)

Sexo	População que declarou estar sempre acamada ou sempre sentada numa cadeira ou limitada à sua casa para se movimentar (a)	População que referiu pelo menos uma incapacidade parcelar	
		de grau 1 (b)	de grau 2 (c)
H e M	2,3	22,3	3,4
Homens	1,6	19,0	2,7
Mulheres	2,9	25,4	4,1

Fonte: INSA – Inquérito Nacional de Saúde (1998-1999) – Q 9.10. Ver notas do quadro anterior.

Relativamente à percepção da qualidade de vida, 35,3% dos inquiridos com idade entre 65 a 74 anos consideram ser muito boa ou boa e 11,6% considerou má ou muito má. Comparados com os resultados da auto-apreciação do estado da saúde, observa-se, como em outros inquéritos, uma significativa discrepância das respostas.

QUADRO 3.12

População residente com 15 ou mais anos de idade, por auto-apreciação da qualidade de vida, sexo e grupo etário – Portugal 2005/2006 (%)

Sexo/ Grupo etário	Auto-apreciação da qualidade de vida		
	Muito boa ou boa	Nem má nem boa	Má ou muito má
Homens e Mulheres	48,6	44,5	6,8
65 a 74 anos	35,3	53,1	11,6
75 anos ou mais	29,8	52,0	18,2
Homens	51,5	42,5	6,0
65 a 74 anos	41,8	50,3	7,9
75 anos ou mais	36,5	46,7	16,8
Mulheres	46,0	46,3	7,7
65 a 74 anos	30,0	55,5	14,5
75 anos ou mais	25,7	55,2	19,1

Fonte: INSA/INE – Quarto Inquérito Nacional de Saúde (2005-2006) – Q 35.1

Cunha (2010) examinou os microdados do Quarto INS, tendo obtido as seguintes estimativas da população dependente com 65 ou mais anos. A autora construiu um índice de independência/ dependência (IID) na base do índice de Barthel, modificado por Granger et al., tendo proposto uma tabela de correspondência entre as questões do Quarto INS e as variáveis do índice de Barthel modificado (ver Tabela 2, p. 63).

De acordo com o referido IID, Cunha obteve a seguinte Tabela 4 (p. 73), com estimativas da população com necessidades de apoio:

QUADRO 3.13

Nº de pessoas independentes/dependentes na realização das AVD e/ ou pelo menos uma doença crónica, resultante da aplicação do índice independência/ dependência (IID)

Níveis de Independência/ dependência	Nº de pessoas	%
Dependência total	102 423	14,1
Dependência Severa	16 279	2,2
Dependência Moderada	35 430	4,9
Dependência Ligeira	186 978	25,7
Independência p/ realizar AVD	386 174	53,1
Total	727 284	100

Fonte: Cunha (2010, p. 73), Tabela 4

A população total estimada com 65 ou mais anos era de 1 737 981 pessoas. Assim, 41,8% desta população (727 284) apresentava algum nível de independência/ dependência e/ou pelo menos uma doença crónica. De acordo com o quadro acima, 53,1% da população IID é independente na realização das AVD, tem ou já teve uma doença crónica. Em termos de dependência, 25,7% dos IID eram dependentes ligeiros; 4,9% eram dependentes moderados; 2,2% eram dependentes severos. Mais de 100 mil idosos não conseguem fazer AVD sozinhos, representando 14,1% dos IID.

O Observatório Nacional de Saúde publicou um estudo em 2001⁹, baseado num Inquérito duma amostra representativa da população idosa (com mais de 65 anos), sobre a saúde dos idosos, em particular as capacidades funcionais e locomotora e a rede social de suporte. Foram selecionados 717 agregados, obtendo-se 464 contatos com sucesso (65,4%) e respostas relativas a 692 indivíduos com idade 65+. As principais características deste estudo são:

QUADRO 3.14
Características da amostra

	%
Homens	46,4
Mulheres	53,6
65-74 anos	64,2
75-84 anos	29,7
85 + anos	6,1
Não sabe ler nem escrever	20,7
Até 1º básico	61,9
Ensino médio	13,3
Ensino superior	4,2

Fonte: ONSA, 2001

Em resumo, a amostra indica que:

- 82,6% têm um nível de instrução baixo, quatro anos de escolaridade ou menos;
- 70,3% dizem-se casados ou reconhecem-se como tal;
- 67,8% são reformados não executando qualquer trabalho extra;

⁹ Branco (2001).

- 76,0% ocupam-se pelo menos com uma das seguintes atividades: ajuda na lida doméstica ou tomam conta das crianças da família ou realiza trabalho de voluntariado;
- 8,3% parecem ser grandes incapacitados;
- 12,0% declaram precisar de ajuda para atividades da vida diária. Destes, 92,5% têm ajuda praticamente diária;
- 8,4% tiveram, no último ano, pelo menos um acidente doméstico ou de lazer;
- 52,4% referem viver com apenas mais uma pessoa no agregado. 11,5% referem viver sozinhos;
- 69,3%, no ano anterior à “observação”, estiveram com familiares ou amigos frequentemente durante a semana mas, no mês anterior, apenas 41,4% receberam visitas de amigos;
- 80,5% têm amigos “chegados” com quem desabafam e 90,4% referem relacionar-se da mesma maneira do que há um ano com as outras pessoas;
- 14,1% referem pertencer a alguma organização estruturada de índole comunitária ou recreativa;
- 52,5% têm uma auto-perceção da vida desfavorável, contudo 64,0% dizem ser felizes.

Em termos de capacidade motora, o quadro seguinte resume os resultados obtidos:

QUADRO 3.15

Indivíduos com 65+ anos com incapacidade de mobilização (%)

Situação	%
Sempre acamados	2,5
Sempre sentados	7,3
Ajuda para AVD	12,0
Dos quais:	
65-74	8,7
75-84	14,7
85+	36,0
Tem ajuda todos os dias	69,3
Tem ajuda quase todos os dias	23,2
Raramente tem ajuda	4,8
Nunca tem ajuda	2,6

Fonte: ONSA (2001), Quadros 5, 6 e 7

Quanto à necessidade de ajuda para as AVD, 36% dos indivíduos com idade superior ou igual a 85 anos necessitam de ajuda; 14,7% dos indivíduos com 75 a 84 anos; e 8,7% dos indivíduos com 65 a 74 anos. Dado que os resultados do 4º Inquérito Nacional de Saúde abrangem uma população diferente (com mais de 10 anos), as estimativas do estudo de 2001 parecem ser mais consistentes nos cálculos da população idosa com necessidade de apoio para a realização de atividade da vida diária. De notar que cerca dos 7% da população com necessidade de ajuda AVD não tem (raramente tem) ajuda.

Na base dos parâmetros obtidos da amostra, o estudo projeta estimativas da população acamada, sempre sentada ou que precisa de ajuda para AVD – ver quadro reproduzido abaixo:

QUADRO 3.16

Estimativas do número de «acamados», «sempre sentados» e «necessitam de ajuda para AVD» existentes na população de idade ≥65 anos, em Portugal Continental e em cada uma das Regiões de Saúde

	População 65 + anos	Acamados	Sempre sentados (não anda)	Necessita ajuda para AVD
Continente	1 472 500	36 813	107 493	176 700
Norte	462 900	11 573	33 792	55 548
Centro	311 400	7 785	22 732	37 368
LVT	523 100	13 078	38 186	62 772
Alentejo	109 900	2 748	8 023	13 188
Algarve	65 100	1 628	4 752	7812

Fonte: ONSA (2001), Quadro 8

Os Censos 2011 apresentam uma População com idade ≥65 anos de 1 949 557 para o Continente, cerca de 32% de aumento face à estimativa para 1999 do quadro acima; na base dos mesmos parâmetros do estudo do ONSA, o nº de idosos com necessidades de apoio social e de saúde deverá ter aumentado significativamente (dado o incremento do peso da população com mais de 85 anos).

O estudo de Sousa, Galante e Figueiredo (2003) tem por base uma amostra de 1 665 idosos em 2000/01 (com idade 75+ anos), uma amostra representativa da população idosa. Dessa amostra 169 apresentavam dificuldades cognitivas e 142 com elevada dependência, inviabilizando a participação dos mesmos no inquérito. O estudo recolheu respostas de 1 354 inquiri-

dos (81,3% da amostra) ao instrumento EASYcare (Sistema de Avaliação dos Idosos) que é considerado um instrumento de avaliação compreensiva das necessidades das pessoas idosas (mais de 64 anos) que fornece um perfil de necessidades e prioridades de cuidados, e é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e validado em Portugal na versão 1999-2002 e na versão 2008 (Sousa e Figueiredo, 2003; Sousa et al., 2008).

QUADRO 3.17

Distribuição da amostra por escalões de idades (%)

Escalão etário (anos)	Amostra total	Diminuídos cognitivamente	Muito dependentes	A analisar
	(N=1665)	(N=169)	(N=142)	(N=1354)
75-79	50,1	42,6	35,2	52,6
80-84	30,9	29,6	31,0	31,1
85-89	13,8	16,6	19,7	12,8
90-94	4,5	9,5	12,0	3,1
95-99	0,7	1,2	2,1	0,4

Fonte: Sousa et al. (2003), Quadro 2

Relativamente à qualificação académica da amostra global, a maioria dos inquiridos tem como habilitações a quarta classe (42%), 12% nunca frequentaram a escola, 9,2% tinham seis anos de escolaridade, 18,8% com nove anos de escolaridade, 15% frequentaram o ensino secundário e 1,8% possuem um curso superior (1,1% não responderam). Quanto às profissões exercidas pelos sujeitos da amostra global, verificou-se que 33,4% eram operários, 33,2% domésticas e 15,4% empregados de escritório, comércio e serviços; todas as outras categorias são residuais. Em termos de isolamento, 65,9% vivem com a família, 21,2% vivem sozinhos, 9,2% em lar de idosos, concentrando-se idosos muito dependentes neste grupo (ver quadro abaixo).

QUADRO 3.18

Idosos, isolamento e lares (%)

Com quem vive?	Amostra total	Diminuídos cognitivamente	Muito dependentes	A analisar
	(N=1665)	(N=169)	(N=142)	(N=1354)
Família	65,9	71,0	56,3	66,3
Sozinho	21,2	16,0	1,4	23,9

Com quem vive?	Amostra total	Diminuídos cognitivamente	Muito dependentes	A analisar
	(N=1665)	(N=169)	(N=142)	(N=1354)
Lar de idosos	9,2	12,4	23,9	7,3
Outras situações	2,3	0,6	4,2	2,3
Não respostas	1,3	1,2	14,2	0,1

Fonte: Sousa et al. (2003), Quadro 3

Os principais resultados do inquérito podem ser assim sintetizados:

- 10,2% (169) de idosos com diminuição cognitiva moderada a grave;
- 8,5% (142) de sujeitos muito dependentes, incapazes de se expressarem;
- 81,3% (1 354) capazes de responder ao questionário e que se agruparam em 4 *clusters*:
 - 62,8% autónomos;
 - 8,5% quase autónomos;
 - 4,3% quase dependentes;
 - 3,2% dependentes.

Os autores do estudo concluem que “Em relação ao género verifica-se que no grupo dos “autónomos” há menos mulheres e mais homens, relativamente ao esperado. Isto pode indicar uma tendência para que as mulheres idosas apresentem um índice superior de limitações. O que é comprovado pelo facto de no grupo dos “quase dependentes” se encontrem mais mulheres e menos homens, em relação ao esperado. Os resultados relativos à idade não apresentam surpresas, apenas se percebe que o grupo dos autónomos predomina no escalão etário mais baixo (75-79 anos). Verifica-se que os idosos que vivem sós ou com a família são, em geral, autónomos; e os que vivem em lar de idosos comportam os elementos mais dependentes.” (Sousa et al., 2003, p. 369).

Por outro lado, os resultados do estudo mostram que um núcleo razoável de idosos é totalmente independente, ao contrário das imagens tradicionais dos idosos: rígidos, senis, aborrecidos, inúteis e dependentes não correspondem à situação real dos idosos. Os resultados obtidos apontam, ainda, a diversidade individual nos idosos, o que contraria outro preconceito social que afirma que os velhos são todos iguais.

De acordo com os autores deste estudo, estar em lar torna os idosos menos capazes de manter a sua autonomia e qualidade de vida. Desta forma, os autores advertem que a intervenção ao nível da autonomia e qualidade de vida são princípios éticos centrais dos cuidados de saúde e ação social aos idosos.

As políticas sociais e os programas de apoio aos idosos, perante o facto de tantos idosos se manterem plenamente capazes, terão de enfatizar não só a vertente assistencial, mas também valorizar a ocupação, o voluntariado, a educação, ou seja, a autonomia.

Os estudos analisados neste capítulo sugerem uma significativa e crescente população idosa com necessidades de apoio para a realização de atividades da vida diária. Tendo em conta as boas práticas experimentadas/adotadas noutros países da UE, a preferência por serviços personalizados e na casa dos idosos sugere que serviços descentralizados e personalizados poderão ser os mais eficazes na melhoria da qualidade de vida dos séniores. Os estudos disponíveis estimam uma população entre 2 a 4% dos idosos (+65 anos) com necessidades de apoio para a realização das atividades quotidianas. A maioria dos serviços é prestada pelos cuidadores familiares.