

Envelhecimento e Saúde

Caracterização da saúde da população idosa em Portugal



Catálogo na publicação:

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP
Envelhecimento e Saúde: caracterização da saúde da população idosa em Portugal / Ana João Santos, Paula Braz, Verónica Gomez, Teresa Folha, Tatiana Alves, Carlos Matias Dias. - Lisboa : Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, 2022. - 74 p. : il.
ISBN: 978-989-8794-80-2 (*online*)

© Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP 2022

Título: Envelhecimento e Saúde: caracterização da saúde da população idosa em Portugal

Autores: Ana João Santos, Paula Braz, Verónica Gomez, Teresa Folha, Tatiana Alves, Carlos Matias Dias
(Departamento de Epidemiologia)

Editor: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP)

Coordenação técnica editorial: Elvira Silvestre

Composição gráfica: Francisco Tellechea

Lisboa, janeiro de 2022

(Relatório elaborado em dezembro de 2020 e revisto em janeiro de 2022)

Reprodução autorizada desde que a fonte seja citada, exceto para fins comerciais.



→ Instituto Nacional de Saúde
Doutor Ricardo Jorge

_Av. Padre Cruz 1649-016 Lisboa
t: 217 519 200 @: info@insa.min-saude.pt

Envelhecimento e Saúde

Caracterização da saúde da
população idosa em Portugal

Índice

Lista de figuras e quadros	4
Lista de siglas e abreviaturas	7
Introdução	9
Nota metodológica	13
1. Demografia e sociologia do envelhecimento	15
1.1. Estrutura populacional	16
1.2. Perfil socioeconómico e familiar	19
2. Desafios do envelhecimento	21
2.1. Envelhecimento ativo	22
2.2. Atividade social e recreativa	23
2.3. Qualidade de vida	25
2.3.1. Estilos de vida e consumos	25
2.3.2. Auto percepção do estado de saúde	27
2.3.3. Dor	27
2.3.4. Suporte e rede social	28
2.3.5. Violência contra a pessoa idosa	30
3. Processos de envelhecimento e saúde: condições associadas	31
3.1. Nutrição	32
3.2. Saúde oral	34
3.3. Défices associados: visão e audição	36
3.4. Capacidade e funcionalidade	38
3.5. Lesões e acidentes	39
4. Estado de saúde	41
4.1. Saúde mental e deterioração cognitiva	42
4.2. Sintomas depressivos e bem-estar psicológico	43
4.3. Doenças crónicas	44
4.4. Mortalidade	46
4.5. Carga da doença (DALYS)	49
5. Serviços e cuidados de saúde	50
5.1. Comportamentos preventivos	52
5.2. Cuidados continuados e paliativos	57
5.3. Cuidados de saúde secundários	59
Considerações finais	61
Referências bibliográficas	66

Lista de figuras e quadros

- Figura 1. Distribuição percentual da população portuguesa por grupos etários, em 2021.
- Figura 2. Estimativa do índice de envelhecimento e de dependência da população portuguesa, entre 2011 e 2020.
- Figura 3. Estimativa, do índice de envelhecimento e de dependência da população por NUTSII, em 2020.
- Figura 4. Estimativa da pirâmide etária da população portuguesa, em 2020.
- Figura 5. Percentagem da estrutura etária da população portuguesa com 65 e mais anos, nos homens e nas mulheres, em 2021.
- Figura 6. Distribuição percentual dos níveis de escolaridade da população portuguesa com 65 e mais anos, em 2020.
- Figura 7. Distribuição percentual das pensões de velhice, de invalidez, de sobrevivência e do complemento solidário para idosos pela população portuguesa, por sexo, em 2021
- Figura 8. Percentagem de população portuguesa com 65 e mais anos que vivia sozinha ou acompanhada de indivíduos com 65 e mais anos, em Portugal e pelas diferentes regiões geográficas, em 2011.
- Figura 9. Índice de Envelhecimento Activo Global para Portugal em 2010, 2012, 2014 e 2016.
- Figura 10. Percentagem de população entre os 65 e os 74 anos de idade que se mantinha economicamente ativa, que viajava e que utilizava a internet pelo menos uma vez por semana, em Portugal e na União Europeia (UE28), em 2015.
- Figura 11. Percentagem da população portuguesa com 65 e mais anos que participou em, pelo menos, uma atividade cultural e desportiva, por sexo e grupo etário, em 2015-2016.
- Figura 12. Percentagem de população portuguesa com 65 e mais anos fisicamente ativa, por sexo, em 2015-2016.
- Figura 13. Percentagem da frequência semanal de prática regular de atividade física desportiva e/ou de lazer programada, na população portuguesa entre os 64 e os 84 anos, por sexo, em 2015-2016.
- Figura 14. Distribuição percentual da necessidade de ajuda para a realização das atividades de vida diárias na população residente em Portugal com 55 ou mais anos, por grupo etário, em 2019.
- Figura 15. Média do número de cigarros consumidos por dia pelos fumadores diários na população portuguesa com 65 e mais anos, por sexo e grupo etário, em 2014.
- Figura 16. Percentagem do consumo de bebidas alcoólicas nos 12 meses anteriores à entrevista, na população portuguesa com 65 e mais anos, por grupo etário, em 2019.
- Figura 17. Percentagem do consumo diário de álcool na população portuguesa com 65 e mais anos, por grupo etário e sexo, em 2019.
- Figura 18. Distribuição percentual do consumo moderado, elevado e excessivo de álcool por total nacional (15 e mais anos) e na população com 65 e mais anos, por sexo.
- Figura 19. Distribuição percentual da autoapreciação do estado de saúde ponderada para a população portuguesa com 65 ou mais anos, por sexo, em 2020.
- Figura 20. Distribuição percentual do grau de intensidade de dor física, reportada pela população portuguesa do sexo masculino com 65 ou mais anos, por grupo etário, em 2019.
- Figura 21. Distribuição percentual do grau de intensidade de dor física, reportada pela população portuguesa do sexo feminino com 65 ou mais anos, por grupo etário, em 2019.
- Figura 22. Distribuição percentual da frequência da percepção de solidão reportada pela população portuguesa com mais de 50 anos, por sexo, tipo de família e coabitação, em 2012.
- Figura 23. Distribuição percentual da percepção de forte suporte social, reportado pela população portuguesa com 65 ou mais anos, por sexo e grupo etário, em 2019.
- Figura 24. Percentagem de população portuguesa com 65 e mais anos que referiu dificuldades em preparar refeições ou a ir às compras, em 2019.

- Figura 25. Percentagem de alimentos consumidos nas principais refeições do dia anterior à entrevista, distribuídos de acordo com a sua tipologia, na população portuguesa com 65 e mais anos, em 2019.
- Figura 26. Distribuição percentual do número de porções de frutas e vegetais consumidos diariamente pela população portuguesa com 65 e mais anos em Portugal e na União Europeia (UE27), em 2019.
- Figura 27. Distribuição percentual da população com 65 e mais anos em Portugal e na União Europeia (UE27), por categorias de peso (baixo peso, normal, excesso de peso, pré-obesidade e obesidade), em 2019.
- Figura 28. Distribuição percentual do estado de saúde oral (livres de cáries, gengivas saudáveis, 20 ou mais dentes naturais, índice CPOD e desdentados totais) da população portuguesa entre os 65 e os 74 anos, em 2013/2014.
- Figura 29. Distribuição percentual da população portuguesa entre os 65 e os 74 anos pela frequência de dores de dentes, gengivas ou feridas na boca, segundo o sexo e a região, em 2013/2014.
- Figura 30. Distribuição da população portuguesa entre 65 e 74 anos, pela utilização da prótese dentária amovível, segundo o sexo e a região, em 2013-2014.
- Figura 31. Distribuição percentual do grau de dificuldade na visão, na população portuguesa com 65 e mais anos, por grupo etário e sexo, em 2014.
- Figura 32. Distribuição percentual do grau da dificuldade em ouvir num ambiente silencioso, na população portuguesa com 65 e mais anos, por grupo etário e sexo, em 2014.
- Figura 33. Distribuição percentual do grau da dificuldade em ouvir num ambiente ruidoso, na população portuguesa com 65 e mais anos, por grupo etário e sexo, em 2014.
- Figura 34. Percentagem do grau das dificuldades auditivas e visuais reportadas pela população com 65 e mais anos, residente em Portugal e na União Europeia (UE28), em 2014.
- Figura 35. Percentagem das dificuldades nas Atividades de Vida Diária (Sair da cama ou cadeira, Vestir e despir, Utilizar a casa de banho e Tomar banho), reportadas pela população com 65 e mais anos, residente em Portugal e na União Europeia (UE28), em 2014.
- Figura 36. Distribuição percentual do local de ocorrência dos Acidentes Domésticos e de Lazer, nos indivíduos com 65 e mais anos que recorreram a um Serviço de Urgência, em 2020 (Fonte: Sistema EVITA, 2020).
- Figura 37. Distribuição percentual dos Acidentes Domésticos e de Lazer por mecanismo de lesão, nos indivíduos com 65 e mais anos que recorreram a um Serviço de Urgência, em 2020 (Fonte: Sistema EVITA, 2020).
- Figura 38. Distribuição percentual de sintomas depressivos reportados pela população com 65 e mais anos, residente em Portugal e na União Europeia (UE27), em 2019.
- Figura 39. Prevalência das doenças crónicas reportadas pela população portuguesa com 65 e mais anos, em 2014 e em 2019.
- Figura 40. Distribuição percentual de doenças crónicas mais prevalentes reportadas pela população portuguesa entre os 65 e 74 anos e com 75 e mais anos, em 2019.
- Figura 41. Distribuição percentual de doenças crónicas reportadas pela população portuguesa entre os 65 e 74 anos e com 75 e mais anos, em 2019.
- Figura 42. Taxa de mortalidade padronizada (por 100000 habitantes), para doenças do aparelho circulatório e tumores malignos, na população com 65 e mais anos na União Europeia (UE28), entre 2011 e 2016, segundo a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças e causas de morte.
- Figura 43. Taxa de mortalidade padronizada (por 100 mil habitantes), para a pneumonia, diabetes mellitus, demência, tumor maligno do colon rectal, tumor maligno do pulmão e aparelho respiratório, doença cardíaca isquémica e enfarte agudo do miocárdio, na população com 65 e mais anos na União Europeia (EU 28), entre 2011 e 2016.
- Figura 44. Taxa de mortalidade padronizada (por 100 mil habitantes) para a população portuguesa com 65 e mais anos, de acordo com os grandes grupos da 10ª revisão da Classificação Internacional das Doenças e causas de morte, por grupos etários, em 2021.
- Figura 45. *Disability-adjusted life years* por 100 mil habitantes para a população residente com 65 e mais anos, em Portugal e na Europa, em 2019.

- Figura 46. Percentagem da população portuguesa com 65 ou mais anos que reportou consultas com um médico de medicina geral e familiar nos 12 meses anteriores à entrevista e há mais de 12 meses, por sexo e grupo etário, em 2019.
- Figura 47. Percentagem do número de consultas com um médico de medicina geral e familiar, reportadas pela população entre os 65 e os 74 anos, em Portugal e na União Europeia (UE27), em 2017.
- Figura 48. Percentagem do número de consultas com um médico de medicina geral, reportadas pela população com 75 e mais anos, em Portugal e na União Europeia (UE27), em 2017.
- Figura 49. Percentagem do tempo decorrido desde a última consulta com um dentista nos meses anteriores à entrevista, reportadas pela população portuguesa com 65 ou mais anos, por grupo etário, em 2019.
- Figura 50. Percentagem da principal razão da última consulta a um dentista reportada pela população portuguesa com 65 ou mais anos, por grupo etário, em 2019.
- Figura 51. Número de utentes com 65 e mais anos referenciados, atendidos e tratamentos efetuados, nos Centros de Saúde, no âmbito da Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários, entre 2018 e 2021.
- Figura 52. Percentagem de utentes com 65 e mais anos atendidos nos Centros de Saúde no âmbito da Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários, por sexo, entre 2018 e 2021.
- Figura 53. Percentagem da população portuguesa com 65 e mais anos que reportou ter tomado a vacina contra o tétano nos 10 anos anteriores à entrevista, por sexo e grupo etário, em 2019.
- Figura 54. Percentagem da população portuguesa com 65 e mais anos que reportou ter realizado Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes nos dois anos anteriores à entrevista, por sexo e grupo etário, em 2014.
- Figura 55. Percentagem da população portuguesa com 65 e mais anos que reportou ter realizado uma colonoscopia nos 10 anos anteriores à entrevista, por sexo e grupo etário, em 2014.
- Figura 56. Percentagem da população portuguesa com 65 e mais anos que reportou ter medido a tensão arterial, o nível de colesterol e o nível de glicémia com profissionais de saúde, nos 12 meses anteriores à entrevista, por sexo e grupo etário, em 2019.
- Figura 57. População que beneficiou da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados com 65 e mais anos, por grupo etário, em 2018.
- Figura 58. Distribuição percentual da ida ao hospital para cuidados de saúde (sem internamento) nos 12 meses anteriores à entrevista, pela população portuguesa com 65 e mais anos, por sexo e grupo etário, em 2019.
- Figura 59. Internamento hospitalar (ocupação de 1 cama pelo menos 24 horas) nos 12 meses anteriores à entrevista, pela população portuguesa com 65 e mais anos, por sexo e grupo etário, em 2014.
-
- Quadro 1. Comparação da estrutura da população por grupos etários (dos 0 aos 14 anos e com 60 e mais anos) para a Europa, em 2010 e em 2020.
- Quadro 2. Cobertura populacional de lugares na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados para habitantes com idade igual ou superior a 65 anos no Continente, em 2018.
- Quadro 3. População com doença mental que beneficiou da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados por grupo etário e sexo, no Continente, em 2018.

Lista de siglas e abreviaturas

ADL – Acidentes Domésticos e de Lazer

CCISM – Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

CPOD – Dentes cariados, perdidos por cárie ou obturados

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DALY – *Disability adjusted life years*

DCL – Défice cognitivo ligeiro

DGS – Direção-Geral de Saúde

DMI – Degenerescência Macular da Idade

ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

Eurostat – *Statistical Office of the European Union*

EU-SILC – *European Survey on Income and Living Conditions*

EVITA – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes

GBD – *Global Burden of Disease*

GEP – Gabinete de Estratégia e Planeamento

HTA – Hipertensão arterial

IAN-AF – Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física

IHME – *Institute of Health Metrics and Evaluation*

INE – Instituto Nacional de Estatística

INS – Inquérito Nacional de Saúde

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

MTSSS – Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNPSO – Programa Nacional para a Promoção da Saúde Oral

PNSM – Programa Nacional para a Saúde Mental

PNSPI – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

PSOF – Pesquisa de sangue oculto nas fezes

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

YLD – *Years lived with disability*

YLL – *Years of life lost*

Introdução e Nota Metodológica

Introdução

O envelhecimento da população, acontecendo de forma mais acentuada nuns países do que noutros, é uma realidade em todo o mundo ⁽¹⁾. Atualmente, a maioria dos indivíduos pode esperar viver até depois dos 60 anos ⁽²⁾. Este fenómeno mundial tem um impacto marcante e modificador das sociedades atuais, com repercussões a nível individual e coletivo, na organização social e económica das sociedades. Para que se possa caminhar para lá da conotação negativa, por vezes atribuída às várias transformações decorrentes do envelhecimento populacional, é fundamental identificar quais as áreas e dimensões que requerem respostas mais adequadas ⁽²⁾. A tradução desse conhecimento em serviços e práticas que respondam às necessidades da população idosa, potenciam uma sociedade mais inclusiva em que a conquista da longevidade, não seja vista como um problema ⁽³⁾.

Reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um dos objetos de ação da saúde pública, o envelhecimento requer uma intervenção concertada para promover a autonomia e a capacidade e, conseqüentemente, a qualidade de vida nos mais velhos ⁽²⁾. Entre as quatro áreas de ação prioritárias identificadas¹, que podem ajudar a alcançar esse objetivo, saliente-se a melhoria da medição, monitorização e compreensão do estado de saúde. Para melhorar as condições e o modo como se envelhece é necessário compreender questões e tendências relacionadas com a idade² ⁽²⁾. É através do conhecimento - nomeadamente

pela identificação de indicadores e mapeamento de tendências - sobre o envelhecimento e saúde que se poderão desenvolver mecanismos globais e locais para assegurar uma prática clínica, intervenções de saúde pública ou políticas de saúde e políticas sociais que vão ao encontro das necessidades da população mais velha ⁽²⁾.

O relatório “Caracterização da saúde da população idosa em Portugal” tem como objetivo contribuir para o conhecimento da realidade da população idosa portuguesa através da integração e síntese de informação sobre saúde. Os dados foram obtidos através de fontes estatais nacionais, fontes europeias, inquéritos de saúde nacionais e estudos de temas específicos. Apresentam-se os dados mais recentes, publicados e disponíveis à data de dezembro de 2021, variando o período dos diferentes indicadores, de acordo com a temática apresentada e a informação disponível. Tendo em conta que são múltiplos os determinantes (individuais, biológicos, genéticos e psicológicos) que contribuem para a forma como envelhecemos, o relatório inclui cinco capítulos com informação sobre aspetos demográficos e sociais, relacionada com o bem-estar e a qualidade de vida, referente às condições e ao estado de saúde e à utilização dos serviços de saúde.

O envelhecimento humano pode ser definido como um período do ciclo de vida em que a generalidade das características pessoais (biológicas, psicológicas e sociais) muda de forma relacionada entre si ⁽⁴⁾. Assim, o envelhecimento é uma parte

¹ Alinhar os sistemas de saúde às populações mais velhas; 2. desenvolver sistemas de cuidados a longo prazo; 3. criar ambientes favoráveis aos mais velhos e 4. melhorar a medição, a monitorização e a compreensão.

² Por exemplo: quais os padrões de envelhecimento; quais os determinantes de desigualdades; quais subgrupos são mais vulneráveis entre os mais velhos; quais são as necessidades de cuidados de saúde e cuidados de longo prazo; entre outras.

natural do ciclo de vida, representando um conjunto de mudanças que resultam de processos internos normais. Porém, essas mudanças não são lineares ou consistentes e são apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos (2). Mas para além da senescência – processo de envelhecimento biológico que advém da vulnerabilidade crescente e de maior probabilidade de morrer - o processo de envelhecimento poderá ser visto do ponto de vista social (papéis sociais adequados às expectativas da sociedade) e psicológico (regulação do próprio indivíduo, pelo tomar de decisões e opções, adequando-se ao processo de senescência e do envelhecimento) (5). Estes processos não são autónomos, mas coexistem na trajetória de vida de todos os indivíduos, tornando difícil identificar o que resulta de um envelhecimento normativo ou disfuncional (5). A complexidade e heterogeneidade do envelhecimento inscrevem-se num novo paradigma científico, presente em diversas fontes e disciplinas, denominado de ativo, bem-sucedido, saudável, ótimo ou positivo (6). De forma mais disseminada, o envelhecimento ativo assume-se, nas sociedades ocidentais, como modelo central na resposta ao envelhecimento demográfico populacional (7). Definido como um processo de “otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança visando melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (1), a definição de envelhecimento ativo adotada pela OMS, no fim da década de 90, estabelece uma relação entre as oportunidades de saúde e a qualidade de vida atingível pelas pessoas no seu processo de envelhecimento. Esta descrição salienta a qualidade de vida, a promoção de autonomia e independência, tendo em consideração a redução dos custos nos sistemas de saúde (7). É neste sentido que têm sido desenvolvidos diferentes programas e estratégias em Portugal (8-10), nomeadamente o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI), onde se reconhece

que “Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países” (10). Este objetivo só é alcançável através de uma ação integrada ao nível da população em geral, da adequação do ambiente e da adaptação quer dos serviços de saúde, quer dos serviços sociais às novas realidades sociais e familiares presentes no envelhecimento (10).

Neste relatório assume-se que o envelhecimento não é uma questão de saúde, mas que a saúde é uma dimensão imprescindível na compreensão do estado, necessidades e desafios da população idosa em Portugal. Por outro lado, os dados de saúde da população com 65 ou mais anos espelham e intensificam muitos dos desafios que se colocam aos sistemas de saúde. Partindo-se da definição multidimensional de saúde avançada pela OMS, em 1946, o relatório, para além da caracterização do estado de saúde, apresenta indicadores de várias áreas, que influenciam a saúde e a qualidade de vida desta população, nomeadamente ao nível económico, social e individual. Os indicadores apresentados caracterizam as especificidades relevantes do contexto nacional, e sempre que possível, os aspetos de continuidade do contexto europeu, onde Portugal se insere.

O processo de envelhecimento demográfico não é um fenómeno português ou meramente conjuntural, mas tem um carácter estrutural, com significativa heterogeneidade regional (11). Este processo coloca inúmeros desafios ao nível das políticas sociais, sobretudo considerando a maior vulnerabilidade da generalidade das pessoas idosas à pobreza e isolamento social (11). Assim, o Capítulo I - Demografia e sociologia do envelhecimento - caracteriza a atual estrutura etária portuguesa e os contextos sociais e económicos que podem contribuir para a maior vul-

nerabilidade da população idosa.

O Capítulo II, Desafios do envelhecimento, descreve os indicadores de envelhecimento ativo e de qualidade de vida. Para além da saúde física e mental, vários aspetos contribuem para que seja possível viver muitos anos com qualidade. O envelhecimento ativo, conceito que aglutina o bem-estar físico, social e mental, também sublinha a importância da participação social, enquanto a otimização de atividades relacionadas com a esfera social (7). A adoção de estilos de vida saudáveis é um dos fatores chave do envelhecimento ativo, que permite atingir o bem-estar, prevenir o aparecimento de algumas doenças associadas à idade e promover a saúde e qualidade de vida, sendo importante realizá-lo em todas as fases do ciclo de vida (1). Além da participação social ou de estilos de vida saudáveis, a qualidade de vida, enquanto conceito subjetivo considera a perceção do indivíduo sobre o seu estado de saúde e sobre os aspetos não médicos do seu contexto de vida (12). Os laços sociais, pela integração da família e aproximação à comunidade, são um dos aspetos importantes nesta fase da vida e que influenciam a qualidade de vida (13), tendo como objetivo primordial evitar o *stress* ou proporcionar um efeito de “almofada” que modera o stress associado ao envelhecimento (5). Assim, este segundo capítulo descreve o índice de envelhecimento ativo, apresenta indicadores de participação social e recreativa e caracteriza alguns dos aspetos associados à perceção subjetiva de qualidade de vida (estilos de vida e consumos; auto perceção do estado de saúde; dor; suporte e rede social e violência contra a pessoa idosa).

O terceiro capítulo integra informação relativa a condições associadas ao processo de envelhecimento (Capítulo III). Ainda que apenas parte do envelhecimento seja um processo universal de

declínio gradual da funcionalidade do organismo, há um conjunto de situações e condições que, não sendo exclusivas da população idosa, têm uma presença mais acentuada neste grupo. Decorrente do envelhecimento, surgem não só alterações fisiológicas, como patologias que poderão interferir com a absorção dos alimentos, além de limitações físicas, que podem ter implicações no estado nutricional das pessoas idosas (14). Uma das limitações refere-se à saúde oral e à dentição, cuja deterioração ao longo da vida pode, muitas vezes, provocar problemas de mastigação e interferir com a qualidade de vida dos indivíduos (14). Relativamente aos sistemas sensoriais, os problemas de visão e audição são frequentemente reportados nesta população, reduzindo a qualidade e a velocidade do processamento de informação (15). A perturbação da capacidade e a funcionalidade são elementos frequentemente relacionados com vários aspetos do envelhecimento, como a saúde e a participação social (1). As limitações e alteração dos sistemas sensoriais e as dificuldades de locomoção são alguns dos fatores que contribuem para as quedas e os acidentes juntos da população idosa (16). Neste grupo, as quedas e acidentes podem acarretar custos de saúde elevados, como a necessidade de internamento e a diminuição da autonomia e da independência (16). Assim, neste capítulo apresentam-se indicadores relativos à nutrição, à saúde oral, à visão e audição, à capacidade e funcionalidade e às lesões e acidentes.

No capítulo Estado de saúde (Capítulo IV) descrevem-se os dados relativos à saúde mental e deterioração cognitiva, às doenças crónicas, mortalidade e carga da doença. Após os 60 anos de idade, a deficiência e o óbito resultam amplamente de doenças não transmissíveis, como as doenças cardíacas, o acidente vascular cerebral, as doenças respiratórias crónicas, as neoplasias e a demência (1). 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 (2,10). De facto, no mundo, cerca de 23% da carga global da doença é atribuível a condições que afetam pessoas com 60 ou mais anos (1). 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, bem como para uma melhor adequação dos serviços de saúde (10).

O Capítulo V (Serviços e cuidados de saúde) caracteriza a utilização dos cuidados de saúde pela população idosa portuguesa. A Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, criou o Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal, para assegurar o direito à proteção da saúde a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social (17). Atualmente a rede de prestação de cuidados de saúde engloba todos os estabelecimentos do SNS, nomeadamente hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde assim como outros serviços de saúde, nos termos de contratos celebrados em regime de parcerias público-privadas (18). Apesar da utilização dos serviços de saúde tender a aumentar com a idade, acompanhando a deterioração do estado de saúde dos indivíduos, são várias as variáveis que contribuem para a maior ou menor utilização (19). De facto, variáveis sociodemográficas (como o sexo, o local de residência, o viver só e trabalhar) podem ter um impacto mais significativo que a existência de algumas doenças crónicas (19). Torna-se necessário conhecer a utilização pela população idosa dos vários cuidados de saúde. Neste capítulo descreve-se a utilização dos cuidados de saúde primários e secundários, dos comportamentos preventivos e dos cuidados continuados e paliativos.

O processo de envelhecimento abarca um conjunto vasto de componentes e agentes, cuja análise espelha a complexidade da sua interação. O aumento da esperança de vida, registado nas últimas décadas, implica um olhar atento para os dados relativos às condições de saúde desta população, mas também à sua correspondência imperativa em ganhos com qualidade de vida. Neste relatório apresenta-se a síntese dos principais indicadores, disponíveis em dezembro de 2021, que permitem retratar o envelhecimento e saúde da população portuguesa mais velha.

Nota metodológica

Como referido anteriormente, o relatório organiza-se em 5 capítulos de acordo com dimensões associadas ao processo de envelhecimento e à saúde. Os indicadores foram previamente definidos, considerando a sua importância e representatividade para a temática e objetivo de cada um dos capítulos.

A pesquisa dos indicadores foi realizada através dos motores de busca da internet até final de dezembro de 2021. No primeiro momento a pesquisa centrou-se em fontes nacionais e governamentais, nomeadamente o Instituto Nacional de Estatística (INE) e, para as comparações a nível europeu, o Gabinete de Estatísticas da União Europeia (Eurostat). Deu-se primazia a fontes governamentais e a informação de execução ou monitorização atualizada periodicamente, como os relatórios de execução do Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) do Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social (MTSSS), do Ministério da Saúde e à informação de monitorização disponível online da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Considerou-se ainda informação já sistematizada por outras entidades como os relatórios do Observatório Português dos Sistemas de Saúde e da Rede de Universidades Senior (RUTIS) e outras ferramentas online com estatísticas certificadas sobre Portugal, como a Pordata e o Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

Por último, para indicadores para os quais não foi possível obter informação específica ou estratificada pelo grupo etário de interesse, pesquisou-se estudos com resultados sobre esse tópico ou área

em particular, privilegiando-se inquéritos de base populacional.

Pretendeu-se apresentar informação o mais atualizada possível, considerando dezembro de 2021 como a data limite para a sua publicação. Ainda que grande parte dos indicadores se reportem aos anos de 2020 e 2021 existem alguns indicadores referentes a anos anteriores, selecionados de acordo com a sua pertinência e informação disponível à data.

Os indicadores apresentados correspondem aos dados apresentados pelas entidades e fontes referenciadas. Para a maioria dos indicadores não se procedeu a qualquer cálculo, tendo a informação obtida sido transcrita num formato ou apresentação gráfica específica e apropriada para a temática. Para alguns indicadores optou-se por calcular distribuições percentuais a partir dos dados numéricos reportados, por se considerar facilitar o reporte e interpretação. No caso de alguns dados obtidos através do INE, não foi sempre possível calcular percentagens para todas as categorias do indicador, por se tratarem de dados confidenciais ou não disponíveis.³ Adicionalmente, os dados sobre os acidentes e lesões foram calculados para este relatório a partir do Sistema de monitorização dos Acidentes Domésticos e de Lazer (Sistema EVITA), gerido no Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

³ Segundo o INE, os dados são classificados como confidenciais por imperativos legais (Lei do SEN - artigo 6º) e correspondem aos dados cuja leitura permite conhecer, direta ou indiretamente, informação de carácter individual, sendo, por isso, a sua divulgação limitada. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_faqs&FAQSfaq_boui=1431288&FAQSmodo=1

Em todos os indicadores faz-se referência à fonte de dados original, incluindo o nome da base de dados (e hiperligação, disponibilizada na referência), o período temporal a que os dados se reportam, indicando-se quando o seu cálculo foi realizado a partir de dados numéricos.

Demografia e sociologia do envelhecimento

1. Demografia e sociologia do envelhecimento

1.1. Estrutura populacional

O envelhecimento populacional é um fenómeno que se observa atualmente em muitos países. Os dados dos censos e as projeções da estrutura populacional permitem verificar que esta tendência - ainda que a diferentes ritmos - é relativamente uniforme nos Estados-membros da Europa 27 (UE27).

Dados do Statistical Office of the European Union (Eurostat) apontavam, em 2020, que Portugal, juntamente com Itália, Finlândia, Grécia, Bulgária, Alemanha e Croácia era um dos países mais envelhecidos da UE27. Era o terceiro país com uma proporção mais elevada de população com 60 e mais anos (**Quadro 1**) e (a seguir à Itália e Grécia) com a proporção mais elevada de população com 80 e mais anos ⁽²⁰⁾.

Entre 2010 e 2020, Portugal foi um dos 5 países da UE27 (juntamente com Espanha, Grécia, Irlanda e Eslováquia) aos quais se atribuiu um maior aumento na proporção da população com 65 anos ou mais (4.0 pontos percentuais) ⁽²⁰⁾.

A média de idades da população europeia está também a aumentar; as estimativas para 2020 eram de uma média de 43,9 anos. Entre os Estados-Membros da UE27, Portugal era o terceiro país (após a Itália e a Alemanha) com uma média de idades mais elevada (45,5 anos) e aquele onde se verificou um aumento mais elevado entre 2010 e 2020 (4,5 anos) ⁽²⁰⁾.

A nível nacional, a informação dos dados preliminares do Instituto Nacional de Estatística (INE) indicava, que em 2021, a população idosa representava cerca de 23,4% da população residente ⁽²²⁾.

Quanto à estrutura etária da população, os dados dos Censos indicavam que, em 2021, a população com menos de 25 anos representaria tanto (23,4%) como a população com 65 e mais anos (**Figura 1**) ⁽²²⁾.

Quadro 1: Comparação da estrutura da população por grupos etários (dos 0 aos 14 anos e com 60 e mais anos) para a Europa, em 2010 e em 2020 (Fonte Eurostat ⁽²¹⁾)

	0-14		60+ anos	
	2010 (%)	2020 (%)	2010 (%)	2020 (%)
União europeia – 27 países	15,2	15,1	26,3	27,0
Alemanha	13,5	13,7	27,9	28,5
Áustria	14,4	14,4	24,6	25,4
Bélgica	17,0	16,9	24,8	25,4
Bulgária	14,2	14,4	27,9	28,5
Chipre	16,2	16,0	21,3	21,9
Croácia	14,5	14,3	27,4	28,3
Dinamarca	16,6	16,4	25,2	25,8
Eslováquia	15,6	15,8	22,3	23,2
Eslovénia	15,0	15,1	26,5	27,1
Espanha	15,0	14,5	25,0	25,7
Estónia	16,3	16,5	26,0	26,5
Finlândia	16,2	15,8	28,1	28,8
França	18,2	17,9	25,7	26,5
Grécia	14,4	14,3	27,9	28,6
Holanda	16,1	15,7	25,1	25,9
Hungria	14,5	14,5	26,3	26,5
Irlanda	20,8	20,3	18,9	19,6
Itália	13,4	13,0	28,8	29,8
Letónia	15,8	16,0	26,6	27,4
Lituânia	15,0	15,1	26,0	26,9
Luxemburgo	16,1	16,0	19,7	20,0
Malta	13,9	13,4	25,1	24,5
Polónia	15,2	15,4	24,4	25,4
Portugal	13,8	13,6	27,9	28,7
República Checa	15,7	16,0	25,8	26,0
Roménia	15,7	15,7	25,1	25,7
Suécia	17,7	17,8	25,4	25,5

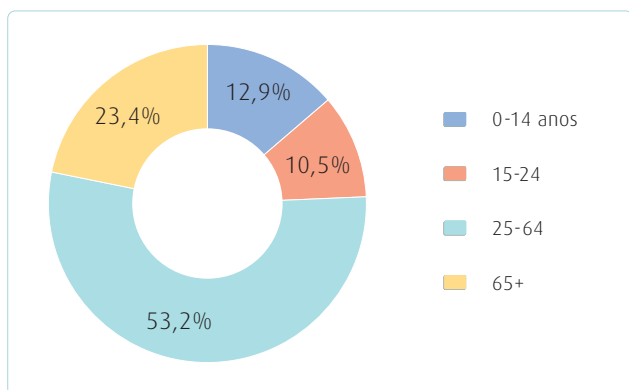


Figura 1: Distribuição percentual da população portuguesa por grupos etários, em 2021 (Fonte: INE (22)).

Este cenário demográfico acentua o envelhecimento, comumente medido pela razão entre pessoas idosas (65+) e jovens (até 15 anos): índice de envelhecimento⁴ (número de idosos por cada 100 jovens). Tanto este índice, como o índice de dependência dos idosos⁵ (número de idosos por cada 100 indivíduos na população ativa) já refletem a superação da população idosa face à população jovem. Desde 2000 que o

número de idosos é superior ao de jovens (0-14 anos); em 2011 por cada 100 jovens que residiam em Portugal, existiam 127 pessoas idosas, valor que aumentou para 167 em 2020 (Figura 2).

O envelhecimento não é igual por todo o país (Figura 3). A distribuição do índice de envelhecimento e do índice de dependência dos idosos em 2020, mostrava que as regiões do Alentejo e do Centro eram as mais envelhecidas, e que as regiões Autónoma dos Açores, Autónoma da Madeira e de Lisboa e Vale do Tejo eram as que apresentavam o índice de envelhecimento mais baixo (23).

Do efeito conjugado do comportamento demográfico nas diferentes idades resulta a representação da estrutura etária por sexo e grupo etário na projeção da pirâmide etária para 2020 (Figura 4). Em 2020 o efeito tipo “cogumelo”, que se vinha a detetar, acentuou-se, verificando-se o estreitamento na base da pirâmide e o aumento da população entre os 40 e os 49 anos – efeito similar nos dois sexos (22).

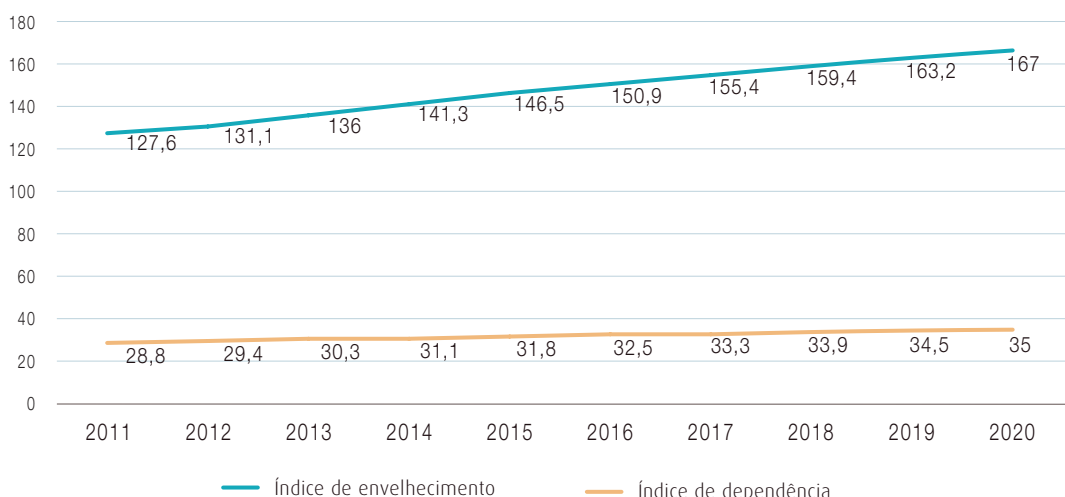


Figura 2: Estimativa do índice de envelhecimento e de dependência da população portuguesa, entre 2011 e 2020, (Fonte: INE (23)).

⁴ Índice de envelhecimento – Quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos.

⁵ Índice de dependência – Quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos.

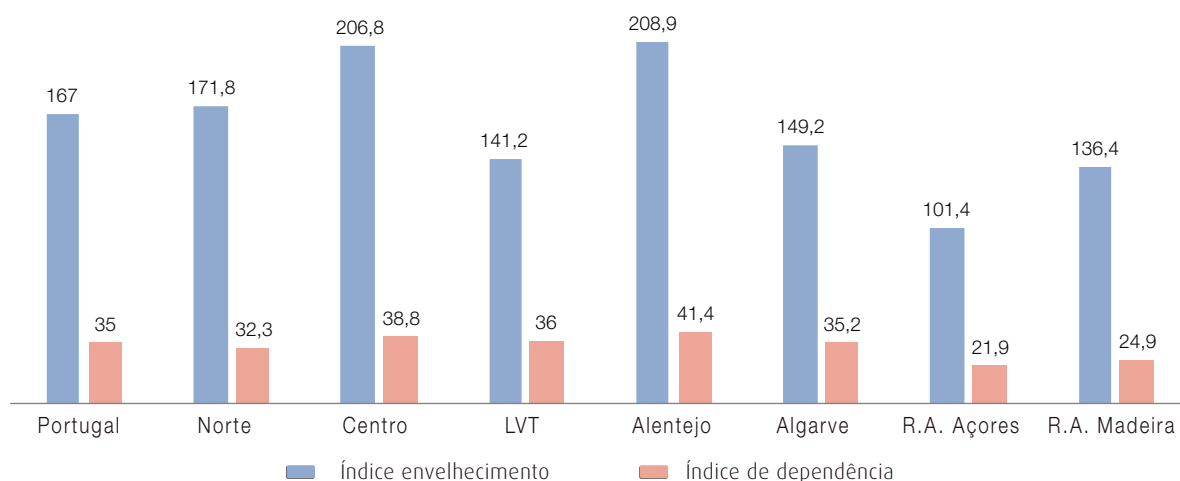


Figura 3: Estimativa do índice de envelhecimento e de dependência da população por NUTSII, em 2020 (Fonte: INE (23)).

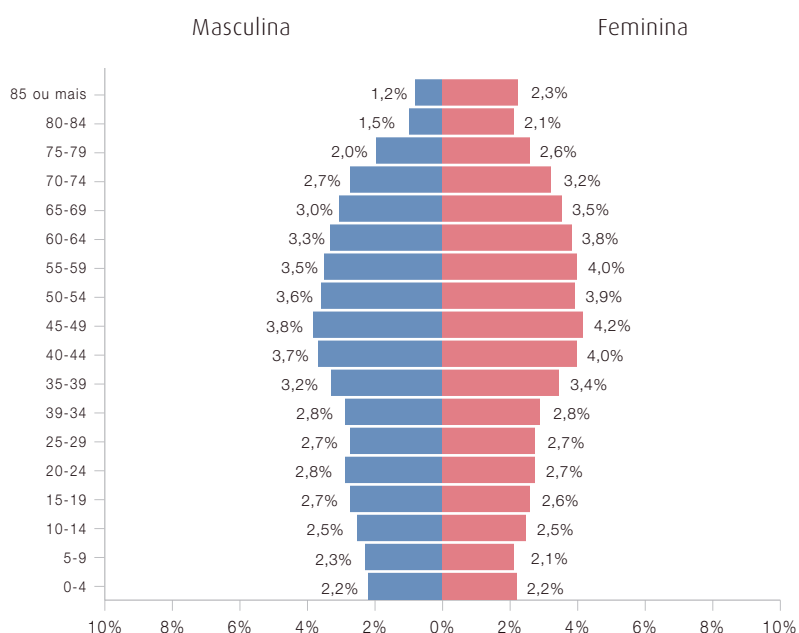


Figura 4: Estimativa da pirâmide etária da população portuguesa, em 2020 (Fonte: INE (22)).

O envelhecimento demográfico tem diferenciações em termos de sexo. O processo da feminização da velhice, atualmente reconhecido, realça o facto de as mulheres, em praticamente todas as regiões do mundo, constituírem a maioria da população idosa (24). Em Portugal em 2021, no total da população com 65 e mais anos, 57% eram mulheres e 43% eram homens (22). Esta diferença é acentuada sobretudo nos grupos etários mais velhos e a partir dos 79 anos (Figura 5).

A feminização do envelhecimento tem também por base a diferença observada ao nível da esperança média de vida. Em Portugal, a esperança de vida à nascença em 2020 foi estimada em 80,1 anos, sendo 78,0 anos para os homens e 84,1 anos para as mulheres (26). Aos 65 anos a esperança de vida era mais elevada nas mulheres (21,5) comparativamente aos homens (17,8) (26), as mulheres vivem mais tempo e representam uma proporção mais elevada nos grupos dos mais velhos.

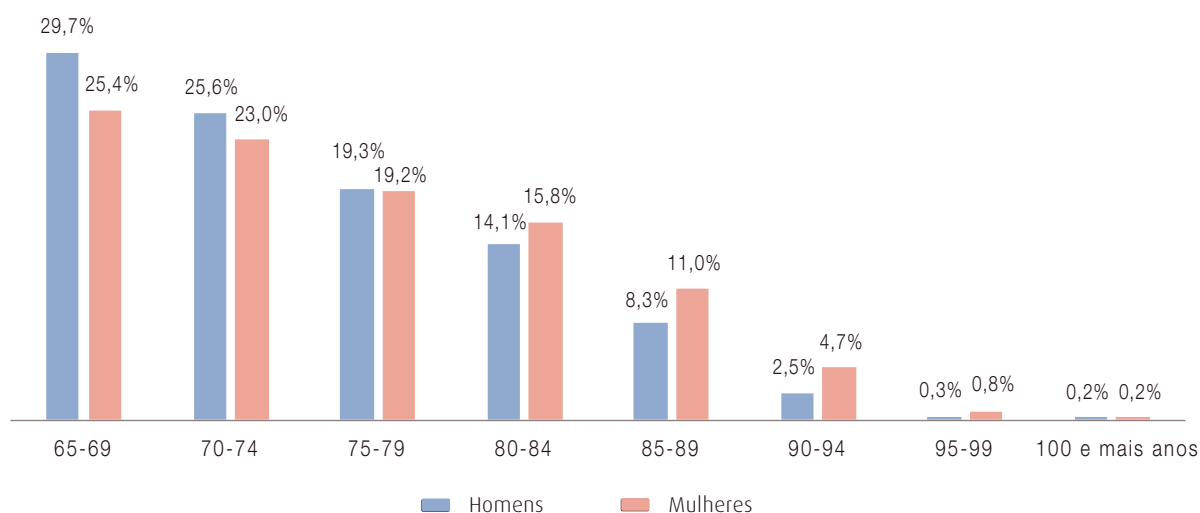


Figura 5: Percentagem da estrutura etária da população portuguesa com 65 e mais anos, nos homens e nas mulheres, em 2021 (Fonte: PORDATA (25)).

1.2. Perfil socioeconómico e familiar

Considerando o nível de escolaridade completo mais elevado, as estimativas em 2020, indicavam que a grande maioria da população idosa tinha até ao 1º ciclo de escolaridade obrigatória (16,9% sem escolaridade e 51,6% com 1º ciclo) (27). Apenas 9,1% da população com mais de 65 anos tinha escolaridade ao nível do ensino superior (Figura 6).

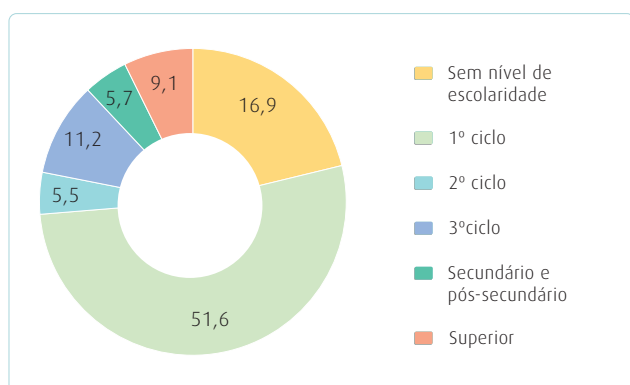


Figura 6: Distribuição percentual dos níveis de escolaridade da população portuguesa com 65 e mais anos, em 2020 (Fonte: PORDATA(27)).

O envelhecimento da população residente em Portugal contribuiu também para a transformação da estrutura do mercado de trabalho (8). Entre 2010 e 2020, verificou-se o aumento da população empre-

gada entre os 55 e os 64 anos (registando-se um aumento de 10,2 %) e a redução da população empregada com 65 e mais anos (-5,2%) (28).

No que diz respeito às pensões, a pensão de velhice era a que tinha maior expressão neste grupo populacional (29). As pensões de sobrevivência foram sobretudo pagas a mulheres (81,4%), bem como o Complemento Solidário para Idosos (70,3%)(Figura 7) (29).

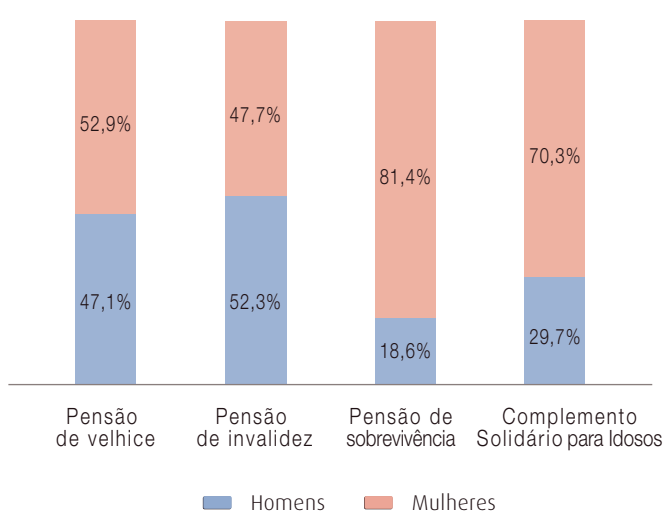


Figura 7: Distribuição percentual das pensões de velhice, de invalidez, de sobrevivência e do complemento solidário para idosos pela população portuguesa, por sexo, em 2021 (Fonte: GEP/MTSS (29)).

Os dados do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento, referentes a 2020, indicavam que a população residente em risco de pobreza⁶, ou exclusão social, abrangia 19,8% da população portuguesa (30). A proporção era mais elevada junto do grupo etário dos 0 aos 17 anos (21,6%), comparativamente à população idosa (20,2%). Contudo este indicador agrava-se no caso das mulheres, correspondendo a 17,3% para os homens e a 22,2% para as mulheres com 65 e mais anos.

Outro aspeto que poderá aumentar a vulnerabilidade da população idosa refere-se ao tipo de família que esta população integra. Os dados do INE referentes aos censos populacionais de 2011 indicavam que à data, cerca de 60% da população idosa vivia só ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas, refletindo um fenómeno cuja dimensão tinha aumentado 28%, ao longo da última década (31). O aumento da esperança média de vida, a desertificação e a transformação do papel da família nas sociedades modernas terão, certamente, contribuído para explicar as mudanças observadas e as diferenças que se verificam entre as regiões do país

(Figura 8). Foi nas regiões de Lisboa (22%), Alentejo (22%) e Algarve (21%) que se verificaram as mais elevadas percentagens de pessoas idosas vivendo sós. As percentagens mais baixas encontraram-se nas regiões Norte e Autónoma dos Açores, com 17% cada (31).

De acordo com a Carta Social, a capacidade das respostas sociais em 2020, no continente, foi de mais de 300 000 lugares, das quais 278 529 correspondiam a lugares em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) e Centro de Dia (32). Visto que a taxa de utilização era de cerca de 72,5%, estima-se que o peso da população com 65 e mais anos que utilizaria estas estruturas seja bastante pequeno: cerca de 8,9% da população idosa vive ou frequenta uma instituição. Contudo é de notar que este valor é bastante superior se considerarmos as pessoas com 80 e mais anos. A distribuição etária dos utentes das diversas respostas sociais dirigidas à população idosa difere consideravelmente – em 2020, nas respostas de ERPI, os idosos com 75 ou mais anos representavam 86 % do total (32).

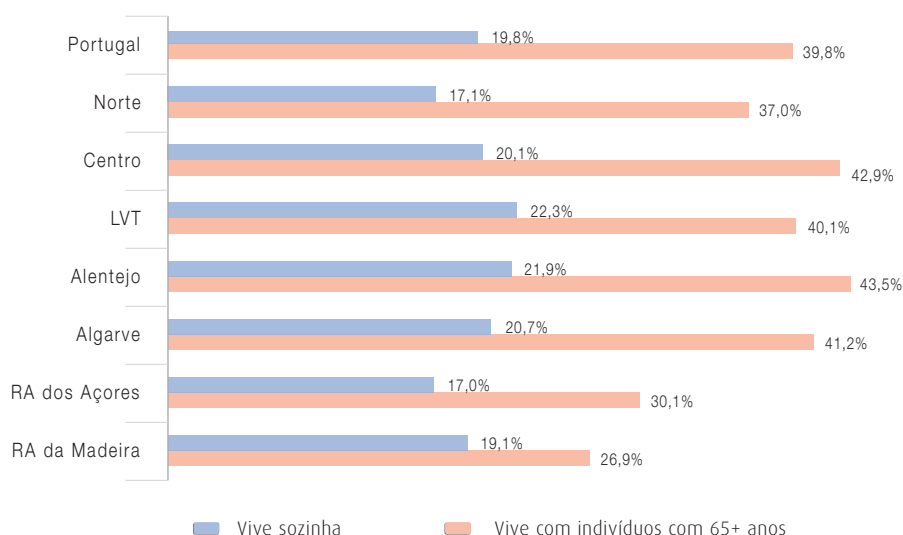


Figura 8: Percentagem de população portuguesa com 65 e mais anos que vivia sozinha ou acompanhada de indivíduos com 65 e mais anos, em Portugal e pelas diferentes regiões geográficas, em 2011 (Fonte: INE (31)).

⁶ Taxa de risco de pobreza – Proporção da população cujo rendimento equivalente se encontra abaixo da linha de pobreza definida como 60% do rendimento mediano por adulto equivalente.

Desafios do envelhecimento

2. Desafios do envelhecimento

2.1. Envelhecimento ativo

O envelhecimento ativo é definido como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida, à medida que as pessoas envelhecem, bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas. A capacidade funcional resulta da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio ⁽¹⁾. O envelhecimento ativo não se refere apenas à participação dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho, mas também à contribuição ativa para a sociedade através do trabalho voluntário, principalmente como cuidadores familiares, ou à possibilidade de viver de forma independente, graças a habitação e a infraestruturas adaptadas ⁽¹⁾.

Neste sentido, e como patente na Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável da Direção Geral de Saúde (DGS) ⁽⁸⁾, importa destacar alguns dos indicadores do Índice de Envelhecimento Ativo da Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa ⁽³³⁾.

O Índice de Envelhecimento Ativo é uma ferramenta que permite medir, nos diferentes países, o potencial inexplorado das pessoas idosas para um envelhecimento ativo e saudável. Este instrumento avalia o grau de independência vivido pelas pessoas idosas, a participação em atividades sociais, a integração em emprego remunerado e a capacidade de envelhecer ativamente. O índice é construído a partir de 22 indicadores individuais, agrupados em

quatro domínios. Cada indicador reflete um aspeto diferente do envelhecimento ativo: Envelhecimento Ativo Global, Capacidade para o Envelhecimento, Participação Social, Vida Independente e Emprego ⁽⁸⁾.

De entre a UE28 em 2016, Portugal localizava-se em 16º lugar relativamente ao indicador “Envelhecimento Ativo Global”, em 18º lugar relativamente ao indicador “Capacidade para o Envelhecimento”⁷, em 21º lugar relativamente aos indicadores “Participação Social”⁸, “Vida Independente segura e saudável”⁹ e em 8º lugar relativamente ao indicador “Emprego”¹⁰ ⁽⁸⁾. Entre 2010 e 2016 o valor do Índice de Envelhecimento Ativo em Portugal oscilou entre o valor mínimo de 32,5%, em 2010 e o valor máximo de 34,3%, em 2012 e 2014 **(Figura 9)**.

Dados do Eurostat publicados em 2020, referentes a 2015, mostram que cerca de 16% das pessoas idosas em Portugal se mantinha economicamente ativa, proporção superior à observada na UE28 ⁽³⁴⁾. Por outro lado, a proporção de pessoas idosas que viajavam e que utilizavam a internet era de 32% e 26% respetivamente, ambos os valores inferiores aos observados na UE28 **(Figura 10)**.

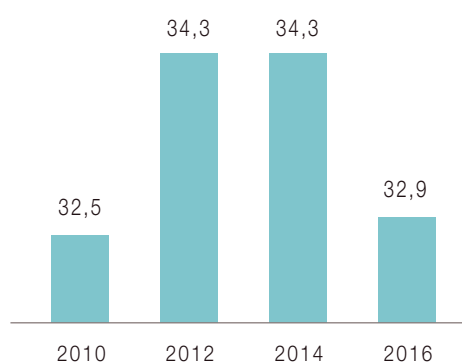


Figura 9: Índice de Envelhecimento Activo Global para Portugal em 2010, 2012, 2014 e 2016 (Fonte: Principi et al ⁽³³⁾).

⁷ Esperança média de vida aos 55, parte de vida expectável aos 55, bem-estar mental, uso de novas tecnologias, rede social, realização a nível de educação.

⁸ Voluntariado, cuidar de crianças, netos, idosos, participação política.

⁹ Exercício físico, acesso a serviços de saúde, independência, segurança financeira, segurança física, aprendizagem ao longo da vida.

¹⁰ Taxa de emprego aos 55-59 anos, 60-64, 65-69 e 70-74 anos de idade.

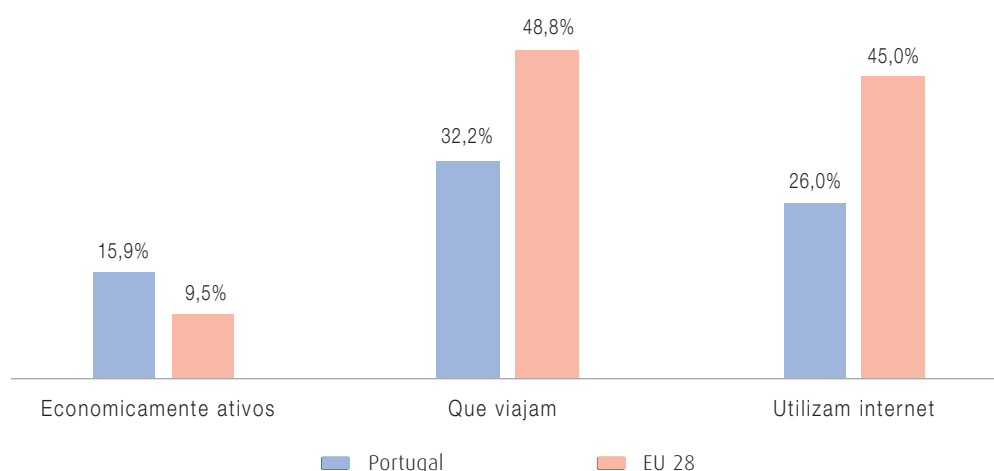


Figura 10: Percentagem de população entre os 65 e os 74 anos de idade que se mantinha economicamente ativa, que viajava e que navegava na internet pelo menos uma vez por semana, em Portugal e na União Europeia (UE28), em 2015 (Fonte: Eurostat (34)).

2.2. Atividade social e recreativa

Em 2015, segundo o “EU survey on income and living conditions” (EU-SILC), 49,6% da população portuguesa entre os 65 e os 74 anos e 28,2% da população acima dos 74 anos, refere ter participado em atividades culturais e desportivas nos 12 meses anteriores à entrevista (35).

Foram os homens que reportaram mais frequentemente a participação em atividades culturais e desportivas em cada um dos grupos etários (Figura 11).

Uma das respostas sociais que tem crescido em Portugal e que procura aumentar o leque de ofertas de atividades culturais junto destes grupos etários são as Universidades Sénior. Segundo Jacob (9), após a primeira universidade nascida em 1976, as universidades sénior em Portugal aumentaram, existindo em 2018, um total de 345 universidades (36).

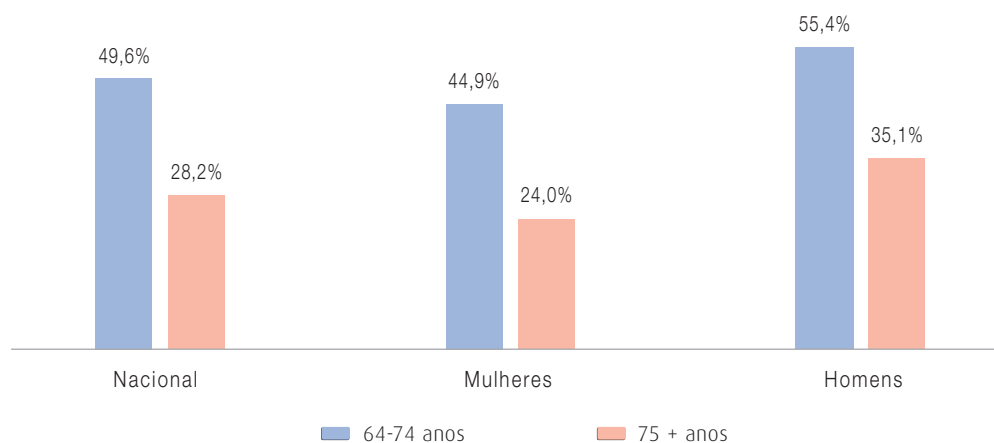


Figura 11: Percentagem da população portuguesa com 65 e mais anos que participou em, pelo menos, uma atividade cultural e desportiva, por sexo, em 2015-2016 (Fonte: Eurostat (35)).

De acordo com dados do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF), realizado em 2015-2016, 22% das pessoas idosas foram consideradas fisicamente ativas, o que é equivalente a realizarem 1 hora ou mais por dia de atividade moderada (ou 3 minutos/dia de atividade vigorosa), considerando toda a sua atividade física (37) (Figura 12).

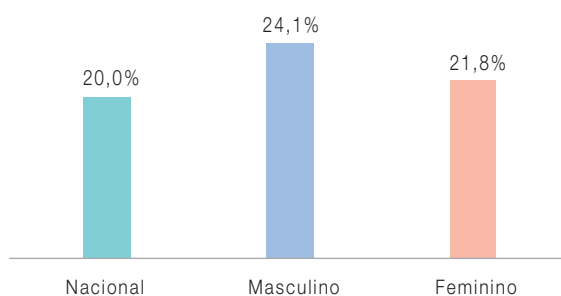


Figura 12: Percentagem de população portuguesa com 65 e mais anos fisicamente ativa, por sexo, em 2015-2016 (Fonte: IAN-AF (37)).

A prática de atividade física programada, com carácter regular, incluindo caminhar por lazer, foi reportada no IAN-AF por 33% das pessoas idosas (65-84 anos). O tipo de atividade física mais frequente reportada foi a caminhada, para ambos os sexos (37). Quanto à frequência, mais de metade das pessoas idosas (57,7% dos homens e 53,9% das mulheres) referiram a prática regular progra-

mada de atividade física desportiva e/ou de lazer de 4 ou mais vezes por semana (Figura 13).

Ainda segundo o IAN-AF, 52% das pessoas idosas (65-84 anos) referiu nunca ou raramente usar as escadas quando podia optar pelo elevador ou escadas rolantes, e 43,3% realizava pausas ativas (e.g. caminhar, estar de pé ou movimentar-se durante o tempo que estão sentados) ao longo do dia. De referir que são mais os homens, comparativamente às mulheres, que relatam as pausas ao longo do dia (45,5% vs. 41,3%).

Dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2019 (INS 2019) indicam que 16,8% dos indivíduos com 65 e mais anos referiu pelo menos uma dificuldade na realização de atividades domésticas (38). A observação da Figura 14, relativamente à distribuição da necessidade de ajuda dentro de cada grupo etário acima dos 55 anos, mostra que a proporção de indivíduos que considera ter ajuda suficiente vai aumentando nos grupos etários mais velhos, enquanto que a proporção dos que não sentem ter necessidade de ajuda diminui com o aumento da idade (Figura 14).

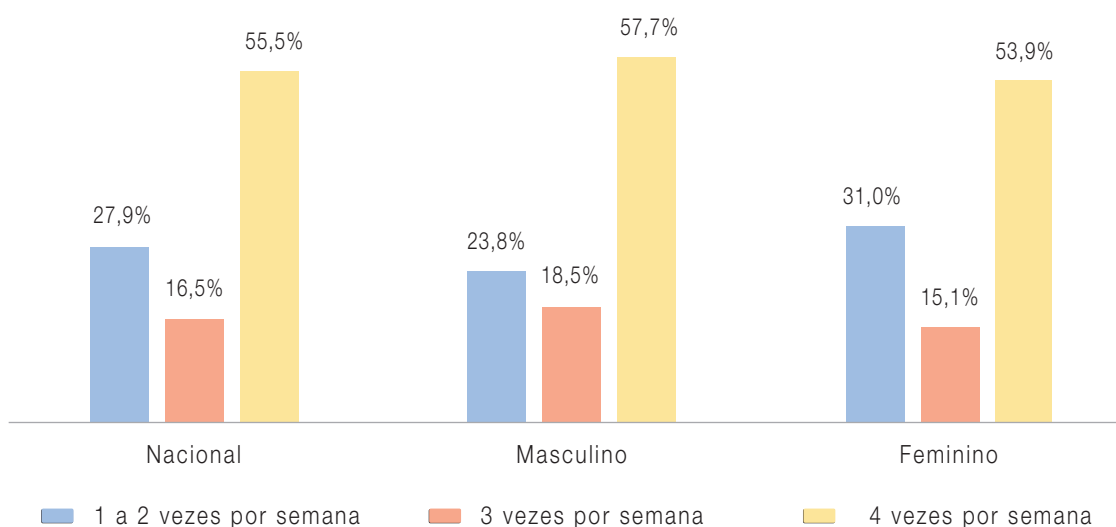


Figura 13: Percentagem da frequência semanal de prática regular de atividade física desportiva e/ou de lazer programada, na população portuguesa entre os 64 e os 84 anos, por sexo, em 2015-2016 (Fonte: IAN-AF 2015-2016 (37)).

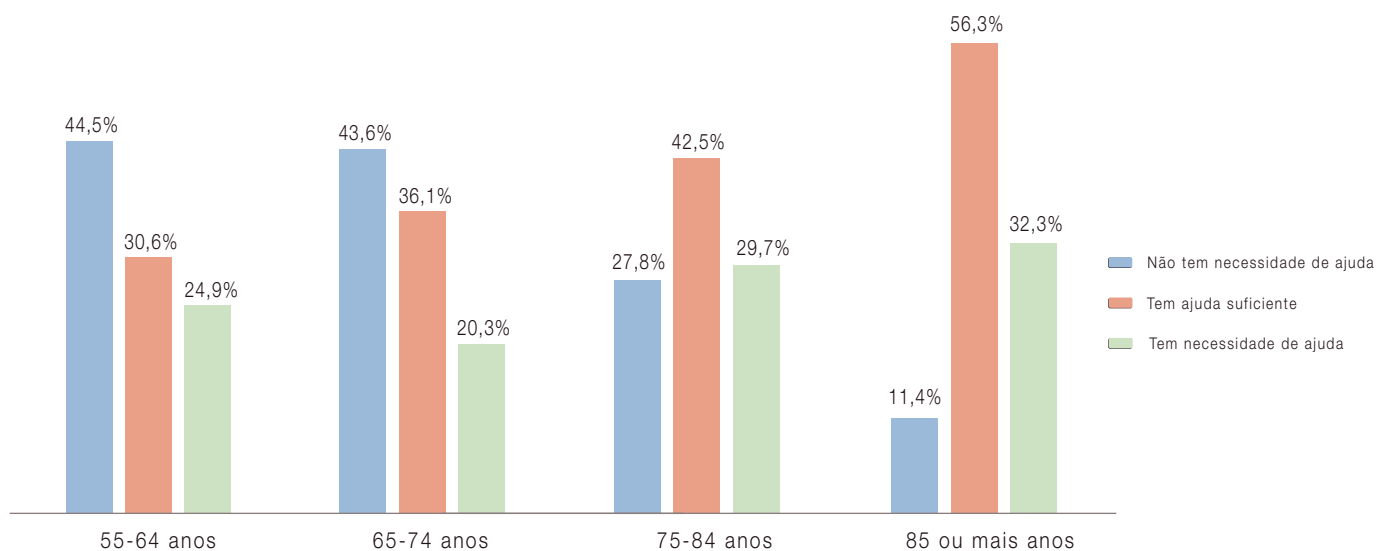


Figura 14: Distribuição percentual da necessidade de ajuda para a realização das atividades de vida diárias na população residente em Portugal com 55 ou mais anos, por grupo etário, em 2019 (Fonte: INS 2019/ INE (38) – cálculo da distribuição percentual realizado pelos autores, retirando não respostas).

2.3. Qualidade de vida

2.3.1. Estilos de vida e consumos

Na população com idade entre os 65 e os 74 anos, dados de INS 2019 referem que 92,7% dos indivíduos não consumiam tabaco. Esta percentagem é ligeiramente mais elevada nas mulheres (85,2%), comparativamente aos homens (89,5%) (39).

Alguns estudos têm observado uma diminuição do consumo de tabaco nos grupos etários mais velhos, mas assinalam diferenças entre homens e mulheres. Os resultados do estudos de Leite e colegas (40)

com base nos dados do INS 2014, mostraram que na população entre os 65 e 74 anos de idade que fumava diariamente, o consumo médio diário de cigarros era de 16, enquanto na população com mais de 75 anos de idade a média diária era de 11 cigarros (Figura 15).

Relativamente ao consumo de álcool, e de acordo com os resultados obtidos pelo INS 2019 (41), a percentagem da população que referiu ter consumido bebidas alcoólicas nos 12 meses anteriores à entrevista variou entre os 68% no grupo etário dos 65 aos 74 anos, e os 41% no grupo dos 84 e mais anos (Figura 16).

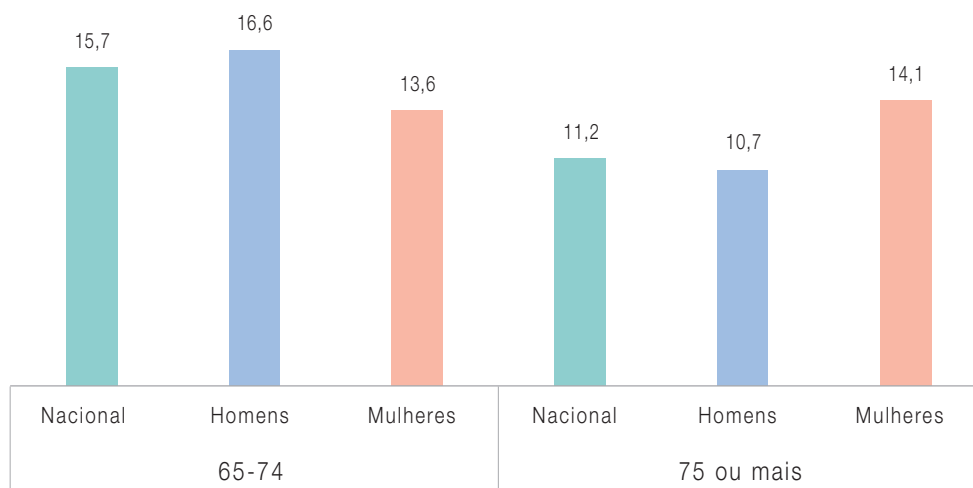


Figura 15: Média do número de cigarros consumidos por dia pelos fumadores diários na população portuguesa com 65 e mais anos, por sexo e grupo etário, em 2014 (Fonte: Leite *et al.*, 2017 (40)).

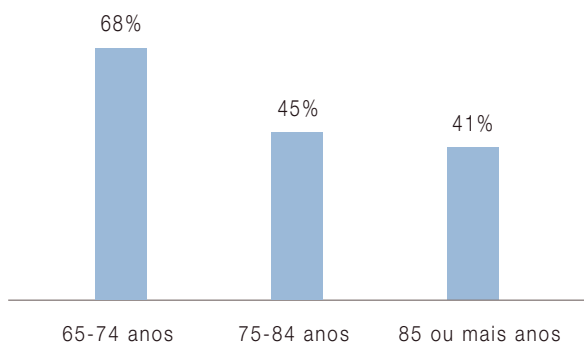


Figura 16: Percentagem do consumo de bebidas alcoólicas nos 12 meses anteriores à entrevista, na população portuguesa com 65 e mais anos, por grupo etário, em 2019 (Fonte: INS 2019/ INE ⁽⁴¹⁾ – cálculo da distribuição percentual realizado pelos autores, retirando não respostas).

Observou-se ainda que o consumo diário de álcool, no grupo dos homens, é mais frequente nos indivíduos entre os 64 e 75 anos (65,4%). Nas mulheres, o consumo diário apresenta uma frequência semelhante nos grupos etários dos 64 aos 75 anos (31,8%) e dos 75 aos 84 anos (36,9%), não estando disponíveis os dados para as mulheres com 85 e mais anos (Figura 17).

De facto, outros inquéritos têm mostrado que o consumo de álcool na população portuguesa é usualmente mais elevado nos homens que nas mulheres, tendência que se mantém nos grupos etários mais velhos, como se observa nos resultados reportados pelo IAN-AF ⁽³⁷⁾, em 2015, que indicavam que

13,6% dos homens com 65 e mais anos, comparativamente às mulheres do mesmo grupo etário (7,9%) apresentaram ingestão de álcool em níveis considerados elevados ou excessivos¹¹ (Figura 18).

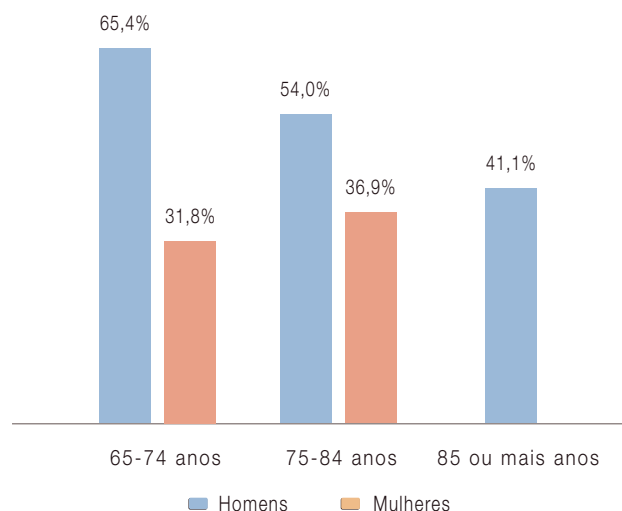


Figura 17: Percentagem do consumo diário de álcool na população portuguesa com 65 e mais anos, por grupo etário e sexo, em 2019 (Fonte: INS 2019/ INE ⁽⁴¹⁾ – cálculo da distribuição percentual realizado pelos autores, retirando não respostas. Dados não disponíveis para mulheres com 85 e mais anos).

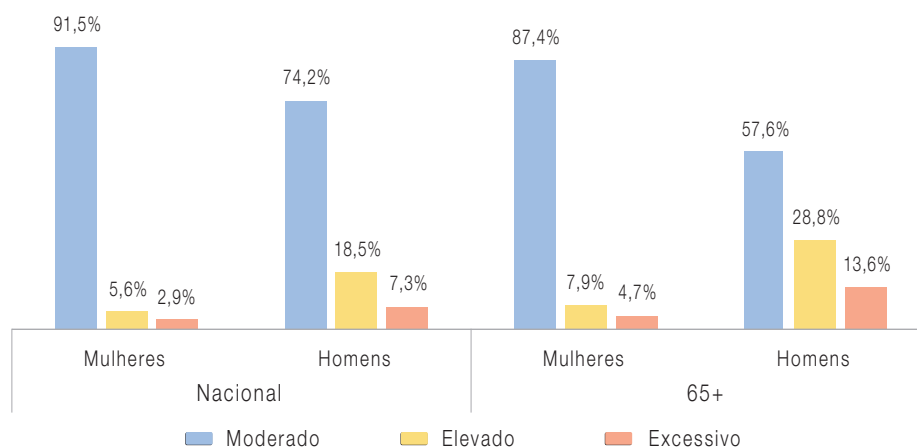


Figura 18: Distribuição percentual do consumo moderado, elevado e excessivo de álcool por total nacional (15 e mais anos) e na população com 65 e mais anos, por sexo (Fonte: IAN-AF ⁽³⁷⁾).

¹¹ Categorias de consumo: consumo moderado, <12g/dia para mulheres e <24g/dia para homens; consumo elevado, entre 12 e 36 g/dia para mulheres, entre 24 e 60g/dia para homens; consumo excessivo, >36g/dia para mulheres, >60g/dia para homens.

2.3.2.

Auto percepção do estado de saúde

Num contexto de enquadramento do envelhecimento e do que é ser-se saudável, importa compreender como é que a pessoa idosa percebe o seu estado de saúde. Esta percepção é um bom preditor de mortalidade e morbilidade, e a sua utilização é recomendada para a monitorização da saúde das populações pela OMS (42-43).

Num estudo de 2011, em que se analisou a relação entre estilos de vida e a percepção do estado de saúde na população idosa em Portugal, observou-se que esta foi menos favorável junto da que residia em zonas rurais (estado de saúde percebido como fraco), comparativamente à população a residir em zonas urbanas (41,2% vs. 32,4%) (43).

Nas Estatísticas de Saúde 2019, publicadas em 2021 (44) os resultados do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (ICOR) indicam que a proporção de pessoas com 65 ou mais anos que avaliam positivamente a sua saúde (15,6%) é bastante inferior à registada em pessoas entre os 16 e os 64 anos (63,7%).

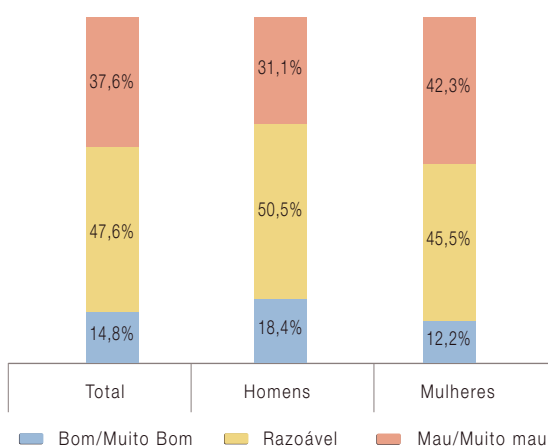


Figura 19: Distribuição percentual da autoapreciação do estado de saúde ponderada para a população portuguesa com 65 ou mais anos, por sexo, em 2020 (Fonte: ICOR/ INE (44)).

Dados do INS em 2014, indicavam que 34% dos residentes em Portugal Continental com 65 e mais anos reportaram o seu estado de saúde como mau ou muito mau¹¹ (45), e dados do ICOR (44) em 2020, revelaram que 33,6% desta população mantinha essa autoapreciação (Figura 19).

Em 2016, num estudo baseado em entrevistas presenciais a uma amostra representativa de pessoas idosas residentes em lares⁽⁴⁶⁾, observou-se uma associação significativa entre o género e a auto percepção do estado geral de saúde: 90,6% das mulheres *versus* 82,3% dos homens avaliaram o seu estado geral de saúde como “menos do que bom”. Para as mulheres, a depressão e a solidão foram os principais determinantes psicossociais da auto percepção do estado saúde, enquanto que para os homens, foram a idade e o conforto financeiro (46).

2.3.3. Dor

A presença de dor física, sobretudo crónica, pode ser muito limitativa de um envelhecimento ativo e com qualidade de vida. Segundo dados do INS 2019 (44), referiram a ausência de dor física nas 4 semanas anteriores à entrevista, 48% dos indivíduos do sexo masculino e 34,4 % dos indivíduos do sexo feminino com 65 e mais anos (Figura 20 e 21).

A proporção da população em ambos os sexos com 65 e mais anos que referiu dor intensa ou muito intensa foi mais elevada nos grupos etários dos 75 aos 85 anos¹³. Já a proporção de indivíduos que reportou dor moderada foi muito semelhante em ambos os grupos etários estudados, no sexo masculino (18,3% dos 65 aos 74 anos e 18,2% entre os 75 e 85 anos). Comparativamente, no sexo feminino, a dor física moderada e intensa foram as mais frequentemente reportadas em todos os grupos etários (Figura 21).

¹² Em resposta à pergunta: “De uma maneira geral, como considera o seu estado de saúde?”.

¹³ A categoria dor muito intensa não é apresentada para o sexo masculino, uma vez que não são reportados pelo INE.

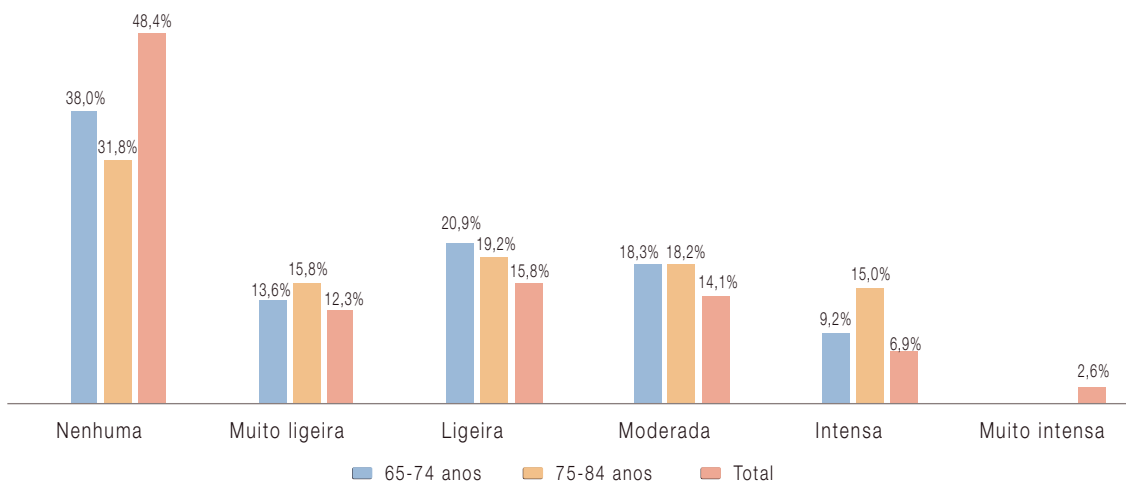


Figura 20: Distribuição percentual do grau de intensidade de dor física, reportada pela população portuguesa do sexo masculino com 65 ou mais anos, por grupo etário, em 2019 (Fonte: INS 2019/ INE (47) – cálculo da distribuição percentual realizado pelos autores, retirando não respostas. Dados não disponíveis por grupo etário para os homens na categoria “Muito Intensa”).

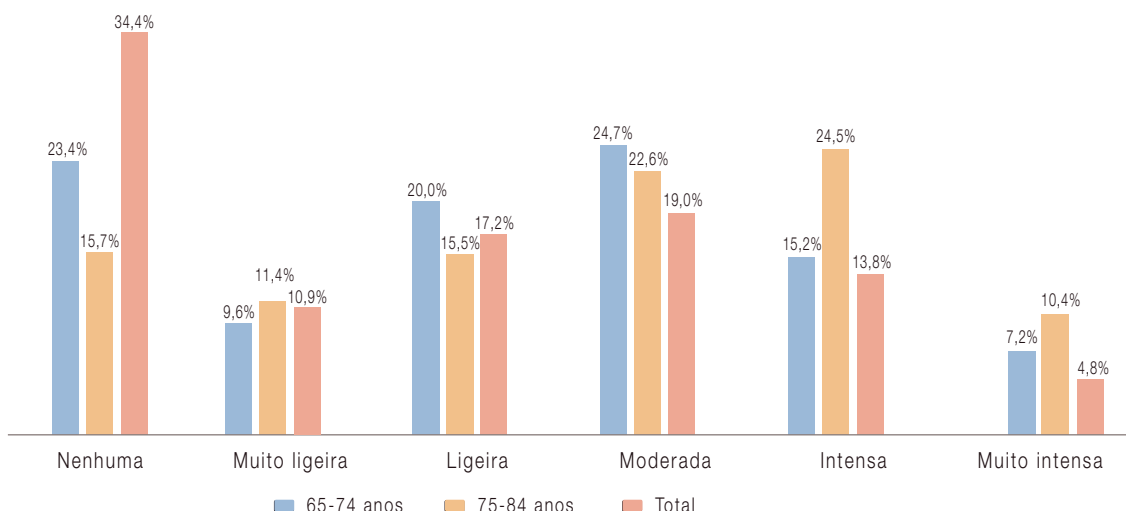


Figura 21: Distribuição percentual do grau de intensidade de dor física, reportada pela população portuguesa do sexo feminino com 65 ou mais anos, por grupo etário, em 2019 (Fonte: INS 2019/ INE (47) – cálculo da distribuição percentual realizado pelos autores, retirando não respostas).

2.3.4. Suporte e rede social

Como refere a OMS (1), o aumento da proporção de população idosa no total da população, bem como o número de idosos a residirem sozinhos, tem vindo a evidenciar a problemática do isolamento social. Alguns estudos indicam que, entre outros fatores, as redes sociais e a participação em atividades culturais e desportivas, assim como a utilização de apoio formal e informal, influenciam direta e indiretamente o isolamento social no processo de envelhecimento (13).

Dados do Eurostat relativamente a 2020 (48) mostram que 22,9% das pessoas acima dos 65 anos, viviam sozinhos em Portugal, proporção inferior à da média da UE27, para o mesmo período (31%). Se o viver sozinho não implica viver em solidão, os processos de envelhecimento podem potenciar uma vida social pouco intensa, que por sua vez se reflete também no estado da saúde física e mental (13). Um estudo desenvolvido em 2012, com indivíduos com mais de 50 anos, sobre os processos de envelhecimento e as redes sociais (13), observou que

as mulheres referem mais solidão que os homens (14% vs. 5%), assim como os indivíduos que vivem sozinhos ou que vivem com outras pessoas, mas não formando um casal, indicando a importância da conjugalidade neste sentimento (Figura 22).

Quanto ao suporte social¹⁴, dados do INS 2019 (49) indicam que a maioria da população com 65 e mais anos reconheceu ter suporte social para a

resolução de um problema pessoal. A percepção de suporte social forte é mais frequentemente reportada pela população com 85 e mais anos (34%) e isto verifica-se quer para homens (30%), quer para mulheres (36%) (Figura 23). Em todos os grupos etários considerados, as mulheres apresentaram mais frequentemente a percepção de terem um suporte social forte.

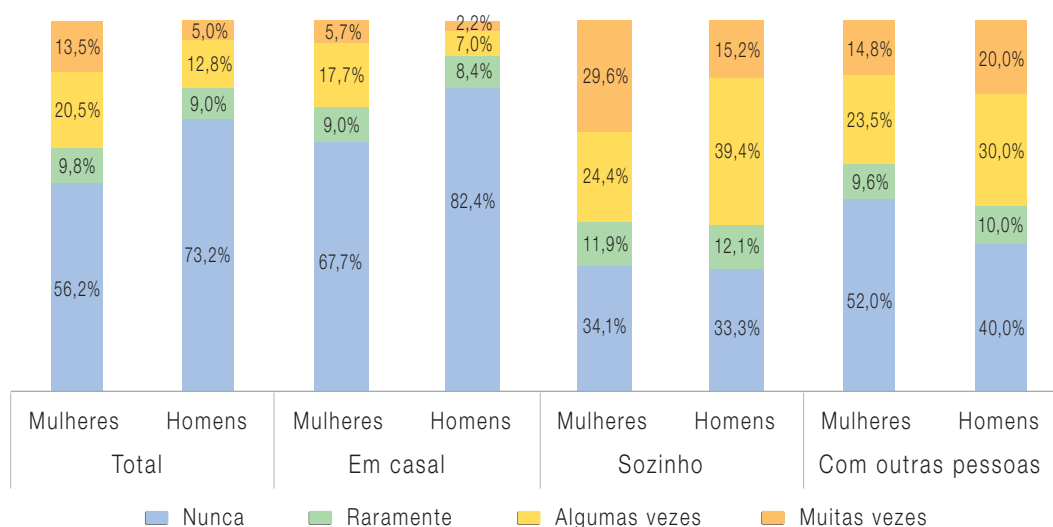


Figura 22: Distribuição percentual da frequência da percepção de solidão reportada pela população portuguesa com mais de 50 anos, por sexo, tipo de família e coabitação, em 2012 (Fonte: Cabral et al., 2013 (13)).

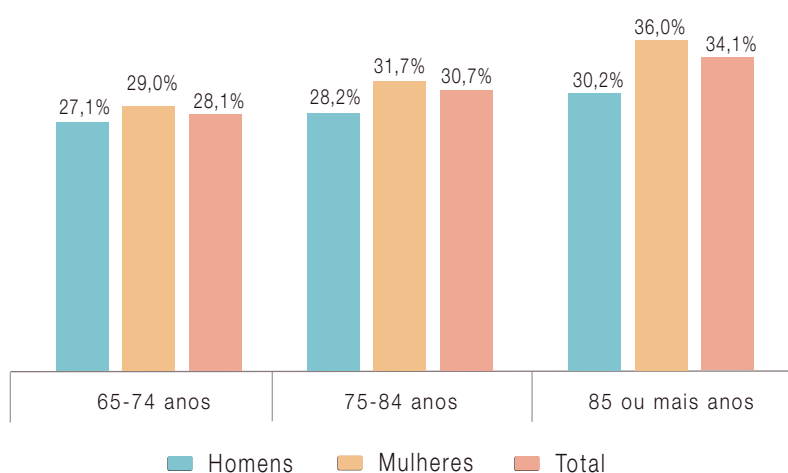


Figura 23: Distribuição percentual da percepção de forte suporte social, reportado pela população portuguesa com 65 ou mais anos, por sexo e grupo etário, em 2019 (Fonte: INS 2019/ INE (49)).

¹⁴ Suporte social - Tipo de interação ou comportamento cooperante fornecido a uma pessoa que necessita de apoio, implicando uma transação relacional entre indivíduos que pode assumir diversas formas, usualmente, divididas em suporte emocional/social e instrumental. O suporte social percebido diz respeito à percepção de um indivíduo sobre a disponibilidade dos elementos da sua rede social para a transação relacional em caso de necessidade.

2.3.5. Violência contra a pessoa idosa

O estudo Envelhecimento e Violência ⁽⁵⁰⁾ realizado em 2012, estimou que 12,3% da população com 60 anos ou mais foi vítima de, pelo menos, uma conduta de violência nos 12 meses anteriores à entrevista, por parte de um familiar, amigo, vizinho ou profissional remunerado.

As prevalências mais elevadas de violência foram observadas no sexo feminino (15,0% nas mulheres vs. 8,8%, nos homens), no grupo etário com 80 e mais anos, nos indivíduos que residiam sós, naqueles que não tinham escolaridade, nos que referiram sofrer, pelo menos, de uma doença crónica, nos que evidenciaram sintomas depressivos e nos que necessitavam de ajuda nas atividades de vida diária.

A violência financeira e psicológica foram os tipos de violência mais frequentes, cada uma afetando 6,3% da população com 60 ou mais anos. A violência física teve uma frequência de 2,3%. Das pessoas com 60 ou mais anos que foram vítimas de situações de violência, 72,1% vivenciou um único tipo de violência, mas cerca de 3,4% referiu ter experienciado mais do que um tipo de violência. Apenas 35% das pessoas com 60 e mais anos, vítimas de violência em Portugal, denunciou ou apresentou queixa sobre a situação de violência que sofreu.

Processos de envelhecimento e saúde: condições associadas

3. Processos de envelhecimento e saúde: condições associadas

3.1. Nutrição

A importância da malnutrição na população idosa tem vindo a ser reconhecida globalmente, constatando-se que poderá não estar necessariamente associada apenas à falta de alimentos, mas também à alimentação inadequada (51).

A Associação Portuguesa de Nutricionistas relaciona a malnutrição na população idosa com a diminuição da ingestão alimentar, o aumento das perdas nutricionais e com necessidades nutricionais específicas (vitaminas A, C, D, B6 e B12, E, ácido fólico, cálcio, ferro e zinco) (52). Alerta também para outros problemas que podem afetar a alimentação e, consequentemente, a nutrição, como as dificuldades na mastigação e deglutição (perca de dentes, necessidade de utilização de próteses que podem estar desajustadas e consequentes alterações gengivais, produção insuficiente de saliva, alterações da orofaringe e do esófago) e as alterações sensoriais.

Não será de minorar os efeitos concomitantes que outras patologias podem ter no agravamento das dificuldades nutricionais desta população, nomeadamente a anorexia, as infeções crónicas e recorrentes, as doenças oncológicas, o hipertiroidismo, a obstipação, a flatulência e a maior possibilidade de desidratação por diminuição da perceção da sede e consequente ingestão hídrica insuficiente (52).

Dados do INS 2019 (38) mostram que 15,8% da população com 55 e mais anos referiu ter dificuldades para ir às compras sem ajuda e 8,3% reportou ter dificuldade em preparar refeições sem ajuda (Figura 24).

A partir dos dados deste inquérito ainda se observa que o consumo de carne vai diminuindo consoante a idade aumenta, enquanto o consumo de sopa vai aumentando. É entre a população com 85 e mais anos, que existe também uma diminuição de consumo de peixe, feijão e grão (Figura 25).

Já o consumo de frutas e vegetais na população com 65 e mais anos, em média, foi maior em Portugal do que na UE27, segundo dados do Eurostat (54) para 2019 (Figura 26), sendo que a nível nacional uma proporção mais elevada da população idosa reportou um consumo médio de 1 a 4 (58,2% vs. 54,7%) e 5 ou mais porções (14,4% vs. 12,4%).

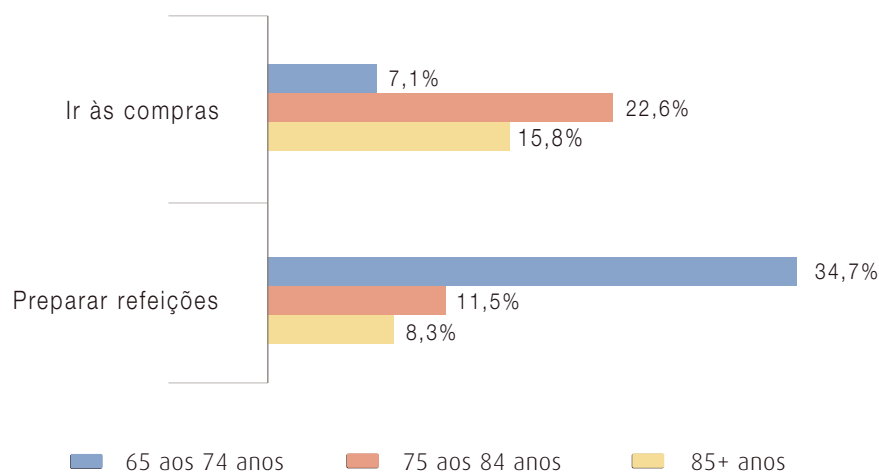


Figura 24: Percentagem de população portuguesa com 65 e mais anos que referiu dificuldades em se alimentar sozinho, em preparar refeições ou a ir às compras, em 2019 (Fonte: INE/INSA (48)).

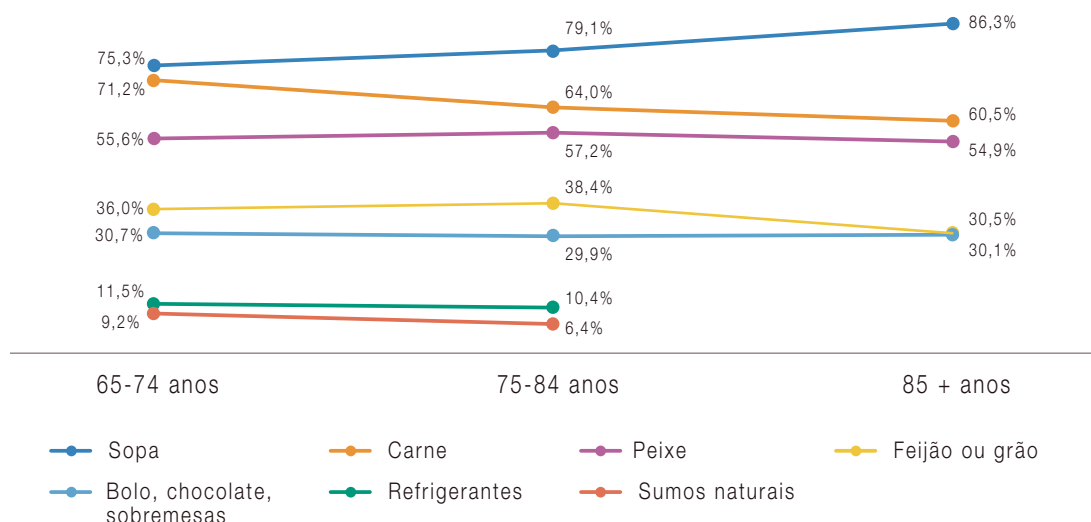


Figura 25: Percentagem de alimentos consumidos nas principais refeições do dia anterior à entrevista, distribuídos de acordo com a sua tipologia, na população portuguesa com 65 e mais anos, em 2019 (Fonte: INE ⁽⁵³⁾ cálculo da distribuição percentual realizado pelos autores, retirando não respostas. Dados não disponíveis para as categorias sumos naturais e refrigerantes no grupo com 85 e mais anos).

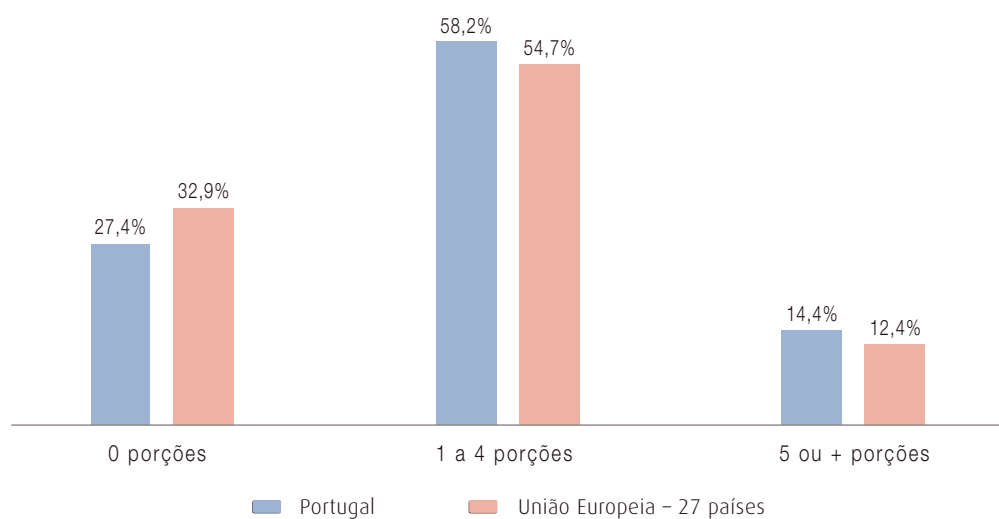


Figura 26: Distribuição percentual do número de porções de frutas e vegetais consumidos diariamente pela população portuguesa com 65 e mais anos em Portugal e na União Europeia (UE27), em 2019 (Fonte: Eurostat ⁽⁵⁴⁾).

Portugal, em comparação com a média europeia em 2019 ⁽⁵⁵⁾, apresentou uma proporção mais elevada de pessoas com 65 e mais anos com excesso de peso (67,2% vs. 62,8%) e pré-obesas

(45,8% vs. 42,7%). Apresentava, contudo, valores similares no caso da população com obesidade (21,3% vs. 20%) (Figura 27).

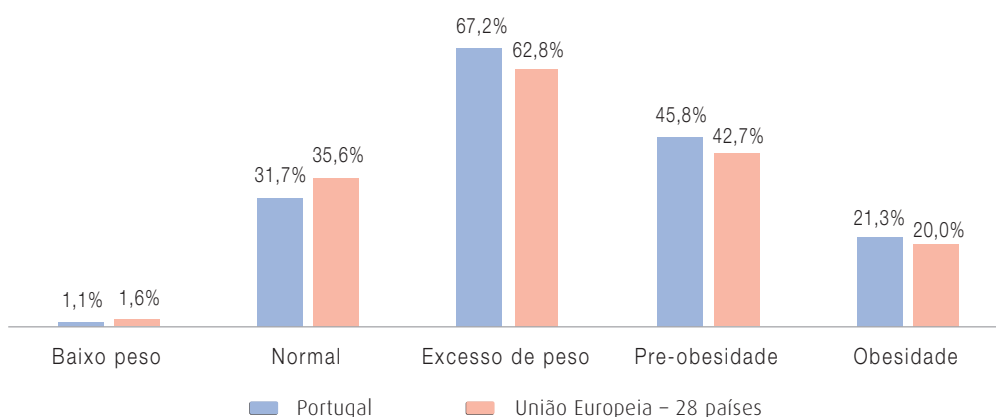


Figura 27: Distribuição percentual da população com 65 e mais anos em Portugal e na União Europeia (UE27), por categorias de peso (baixo peso, normal, excesso de peso, pré-obesidade e obesidade), em 2019 (Fonte: Eurostat (55)).

3.2. Saúde oral

A saúde oral é uma parte integrante e fundamental da saúde dos indivíduos. Doenças e problemas de saúde na boca e dentes têm consequências negativas na qualidade de vida e na nutrição (10).

O Programa de Envelhecimento Ativo da OMS, identifica como um dos seus objetivos a promoção da saúde oral nas pessoas idosas, de modo a manterem a dentição natural durante um período de tempo tão longo quanto possível (10). Em Portugal este objetivo foi transposto para o PNSPI (10) pela DGS.

A cárie dentária e a doença periodontal são as doenças orais mais prevalentes, podendo atingir quase 100% da população adulta (56). Em 2013/14, dados de um estudo epidemiológico nacional sobre as doenças orais realizado pela DGS, o primeiro que integra a população idosa, mostravam que 2% da população entre os 65 e os 74 anos não tinha cáries, 30% apresentava gengivas saudáveis e 15,1% tinha dentes cariados, perdidos por cárie ou obturados (Índice CPOD) (56). Como resultado do efeito cumulativo e progressão das doenças orais, apenas 36,7% da população neste grupo etário apresentava 20 ou mais dentes naturais, e os desdentados totais compreendiam um total de 14,4% (Figura 28).

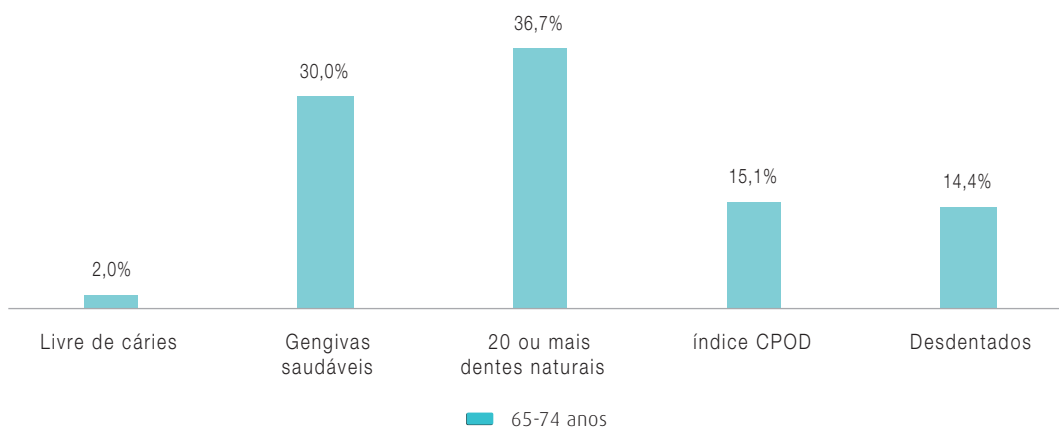


Figura 28: Distribuição percentual do estado de saúde oral (livres de cáries, gengivas saudáveis, 20 ou mais dentes naturais, índice CPOD e desdentados totais) da população portuguesa entre os 65 e os 74 anos, em 2013/2014 (Fonte: Calado et al. (56)).

No relatório referido anteriormente, destacava-se também que 31,3% da população dos 65 aos 74 anos mencionava ter, por vezes ou muitas vezes, dores de dentes ou gengivas e feridas na boca, sendo nas mulheres, comparativamente aos homens, que se observava o valor mais elevado (37,0% vs. 23,7%). Foi na Região Autónoma da Madeira que se observaram os valores mais elevados de dor e feridas na boca (Figura 29).

Observou-se ainda que, na população entre os 65 e os 74 anos, 51,1% utilizava prótese removível, com maior proporção nas mulheres (60,3% vs. 38,5%) e na região do Algarve (61,7%) e menor proporção na região Norte (43,2%) (Figura 30).

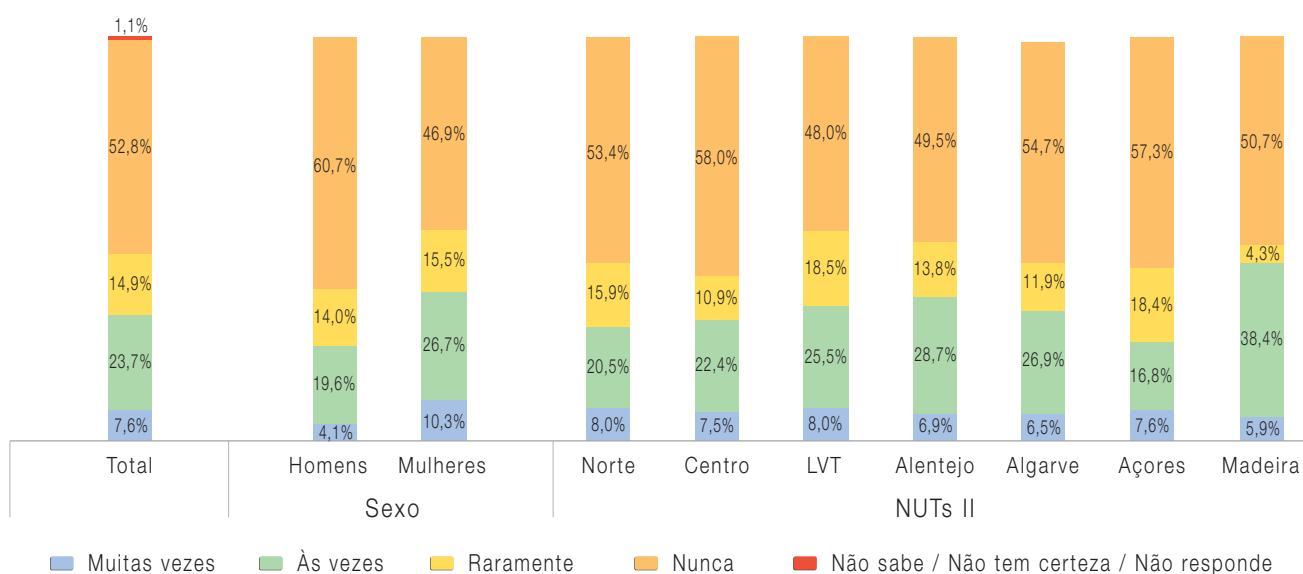


Figura 29: Distribuição percentual da população portuguesa entre os 65 e os 74 anos pela frequência de dores de dentes, gengivas ou feridas na boca, segundo o sexo e a região, em 2013/2014 (Fonte: Calado et al. (56)).

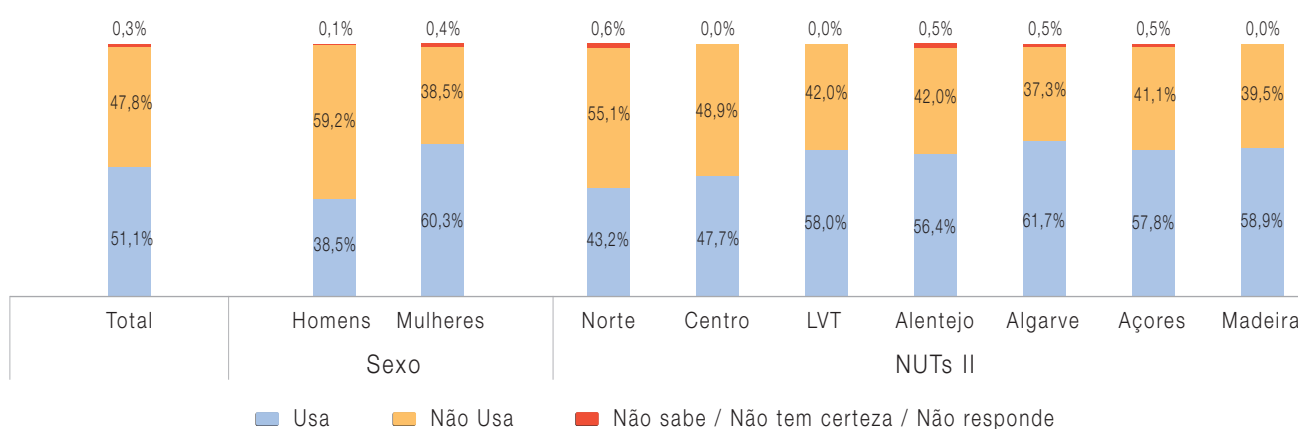


Figura 30: Distribuição da população portuguesa entre 65 e 74 anos, pela utilização da prótese dentária amovível, segundo o sexo e a região, em 2013-2014 (Fonte: Calado et al. (56)).

3.3. Défices associados: visão e audição

A partir dos 60 anos de idade, entre outras condições de saúde associadas ao envelhecimento, destacam-se a perda de visão e de audição como uma problemática relevante relacionada com a idade ⁽¹⁰⁾. O Programa Nacional para a Saúde da Visão, revisto em 2016, cita a OMS, que em 2010 sublinhava que 82% das pessoas invisuais e 65% das pessoas portadoras de défice visual tinham mais que 50 anos de idade ⁽⁵⁷⁾. Entre os principais problemas de saúde da visão na população adulta portuguesa (erros refrativos, a catarata, a diabetes ocular, o glaucoma e a degenerescência maculares relacionada com a idade), a catarata e a degenerescência macular da idade (DMI) afetam particularmente a população mais envelhecida ⁽⁵⁸⁾. Na população portuguesa, a prevalência da DMI aumenta com a idade, tendo sido estimada em 15,5% na sua forma precoce ⁽⁵⁸⁾.

Dados do INS 2014 revelaram que as dificuldades na visão eram mais frequentemente reportadas nos grupos etários mais velhos, para o total da população idosa, e em particular para as mulheres (Figura 31).

Também a incapacidade auditiva, com elevado impacto a nível social e na qualidade de vida, está frequentemente associada ao envelhecimento. Dados de estudos internacionais (entre 1989 e 2001) mostraram que entre 30% a 46% da população com mais de 65 anos apresentava algum tipo de incapacidade auditiva de forma crónica, interferindo na comunicação, integração, e bem-estar ⁽⁶⁰⁾.

Segundo os dados do INS 2014 ⁽⁵⁹⁾, dificuldades elevadas em ouvir num ambiente silencioso (Figura 32) foram mais frequentemente reportadas nos grupos etários mais velhos e nas mulheres, enquanto que em ambientes ruidosos (Figura 33) estas dificuldades foram mais frequentemente reportadas pelos homens.

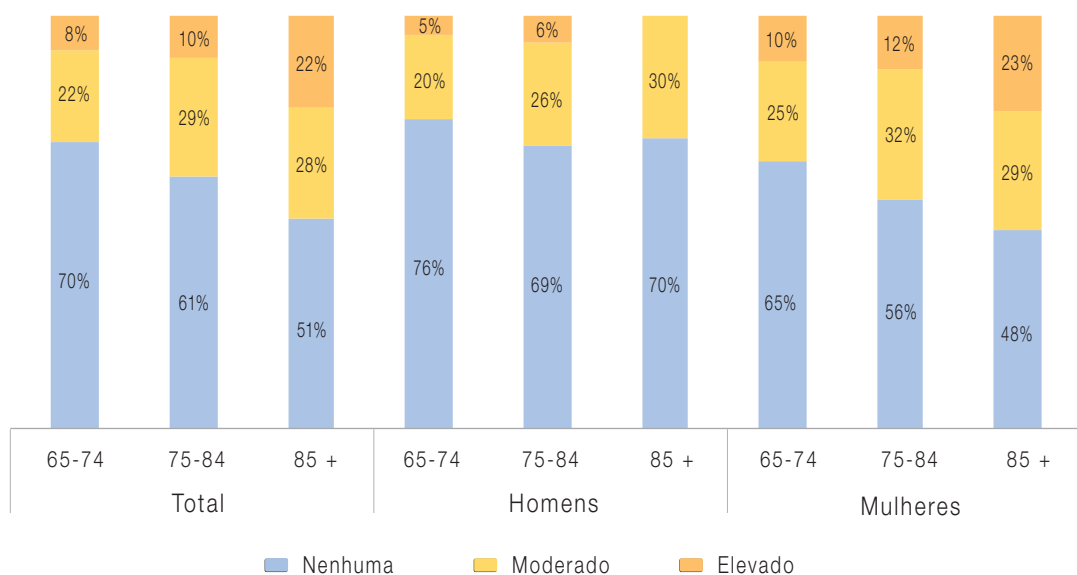


Figura 31: Distribuição percentual do grau de dificuldade na visão, na população portuguesa com 65 e mais anos, por grupo etário e sexo, em 2014 (Fonte: INE/INSA ⁽⁵⁹⁾ cálculo da distribuição percentual realizado pelos autores).

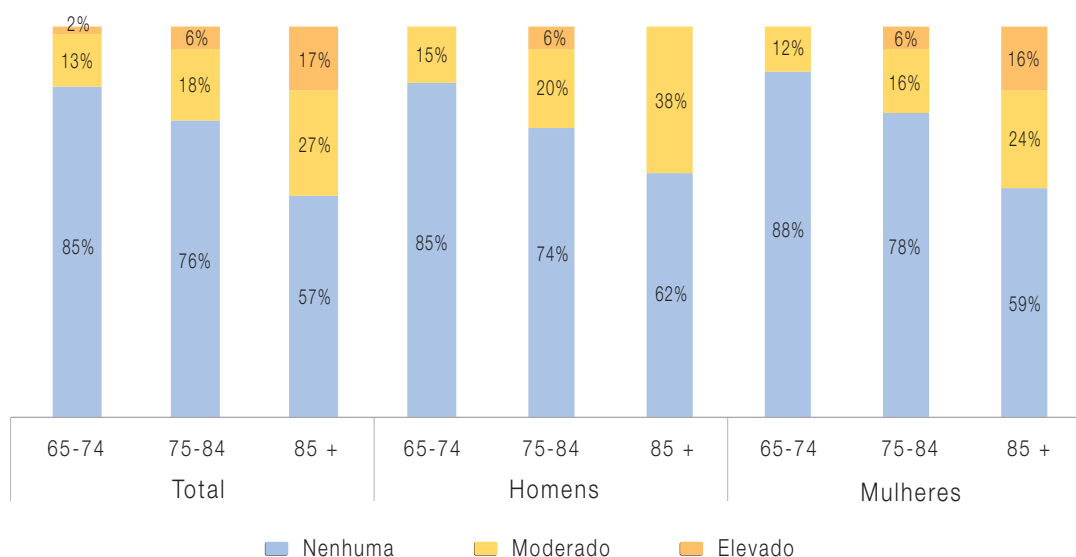


Figura 32: Distribuição percentual do grau da dificuldade em ouvir num ambiente silencioso, na população portuguesa com 65 e mais anos, por grupo etário e sexo, em 2014 (Fonte: INE/INSA (59) cálculo da distribuição percentual realizado pelos autores).

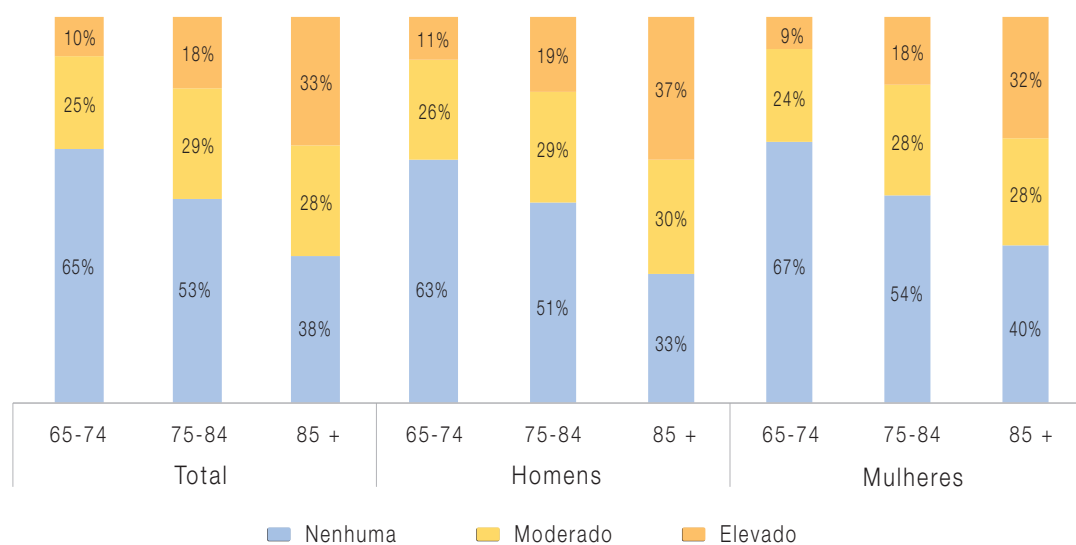


Figura 33: Distribuição percentual do grau da dificuldade em ouvir num ambiente ruidoso, na população portuguesa com 65 e mais anos, por grupo etário e sexo, em 2014 (Fonte: INE/INSA (59) - cálculo da distribuição percentual realizado pelos autores).

Um estudo efetuado com dados do INS de 2005/2006 e de 2014, mostrou que a prevalência de incapacidade auditiva aumentou entre os dois inquéritos, em praticamente todas as regiões, exceto no Alentejo e no Algarve (60). Em 2014, a prevalência da incapacidade foi mais elevada na região Norte (10,3%) e menos elevada na Região Autónoma da Madeira (5,8%), embora esta região, conjuntamente com a Região Autónoma dos Açores,

tenha sido aquela onde se observou um maior aumento proporcional da prevalência de incapacidade auditiva (60).

Comparando a situação nacional com a europeia relativamente à acuidade auditiva e visual, dados do Eurostat de 2014 (61) revelam que em Portugal a proporção de pessoas com 65 e mais anos que referiu limitações visuais ligeiras (35,8% vs. 31,2%) e

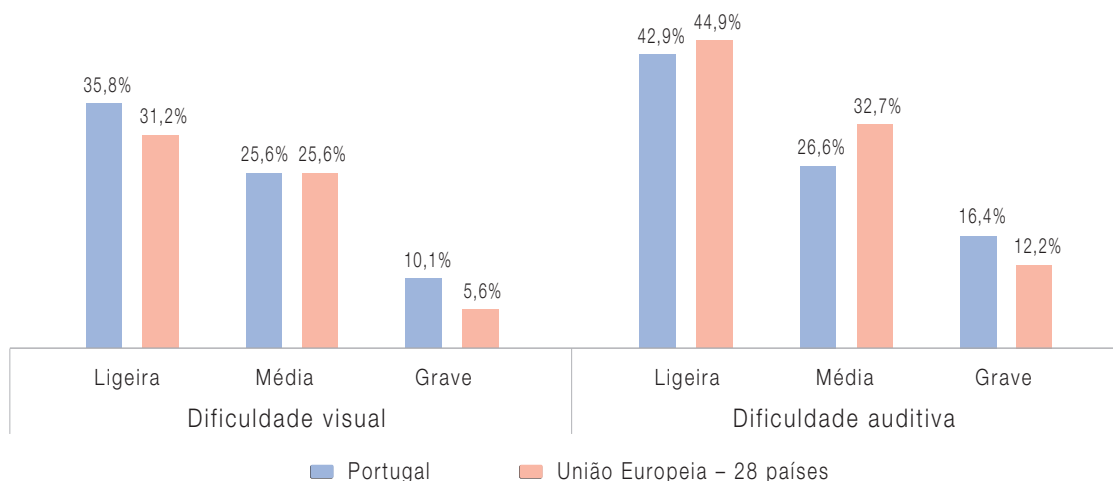


Figura 34: Percentagem do grau das dificuldades auditivas e visuais reportadas pela população com 65 e mais anos, residente em Portugal e na União Europeia (UE28), em 2014 (Fonte: Eurostat ⁽⁵⁹⁾).

graves (10,1% vs. 5,6%) era mais elevada (Figura 34). Já no caso da audição, observou-se o oposto, sendo a média na UE28 mais elevada do que em Portugal em qualquer dos graus das limitações auditivas.

3.4. Capacidade e funcionalidade

As competências funcionais representam um fator determinante para a qualidade de vida e participação social das pessoas mais idosas ⁽⁵⁹⁾.

Como expectável, dados do INS 2014 ⁽⁵⁹⁾, mostraram que a proporção de pessoas com dificuldade em se deslocar é mais elevada nos grupos etários mais velhos. Cerca de 56% das pessoas com 85 ou mais anos referiu, em 2014, ter dificuldade em caminhar 500 metros, comparativamente a 38% da população entre os 75 e os 84 anos, e a 22% entre os 65 e os 74 anos.

Entre as várias atividades de vida diária, as atividades pessoais incluem sair da cama ou da cadeira, vestir e despir, utilizar a casa de banho ou tomar banho. Os dados europeus ⁽⁶³⁾ indicaram que, em 2014, a média para a população europeia (UE28) foi superior aos valores observados na população

portuguesa com 65 e mais anos nas dificuldades de nível ligeiro e médio na realização destas atividades de vida diária (Figura 35). Contudo, a população portuguesa com 65 e mais anos, comparativamente à europeia, reportou mais frequentemente sentir graves dificuldades em todas as atividades: em sair da cama ou da cadeira (5,2% vs. 4,7%), em se vestir ou despir (6% vs. 4,8%), em utilizar a casa de banho (3,8% vs. 3,6%) e em tomar banho (8,8% vs. 7,6%).

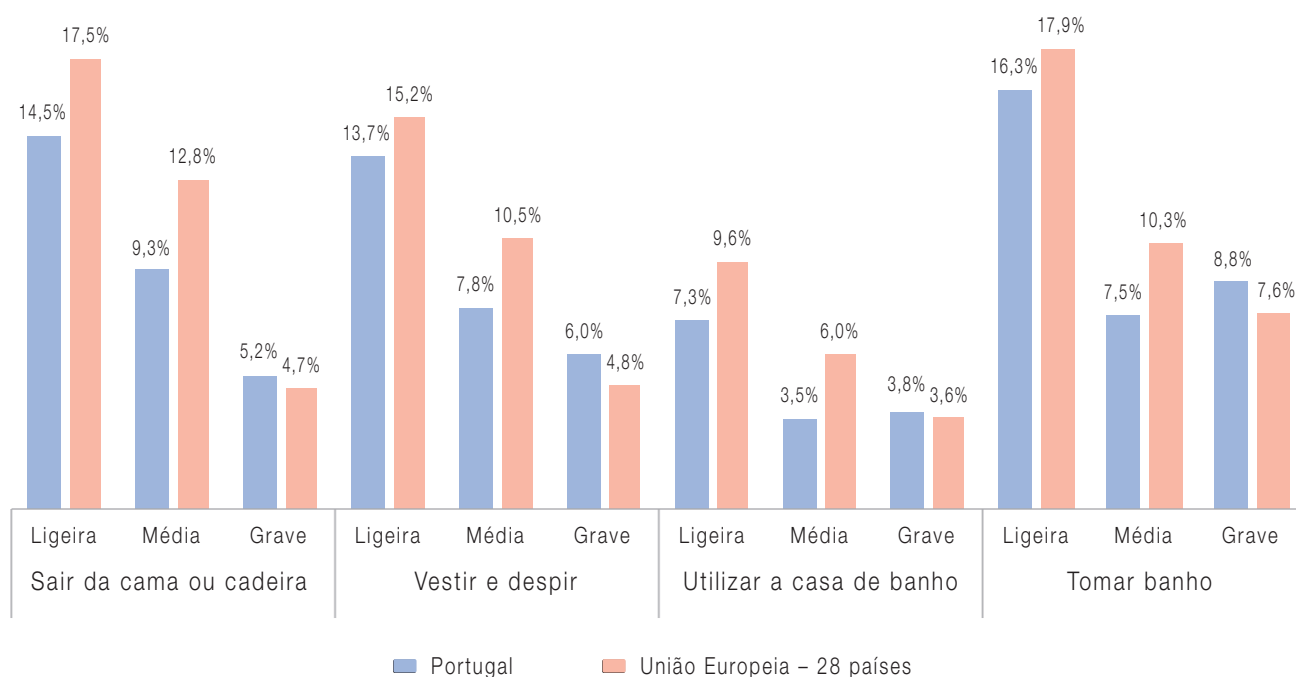


Figura 35: Percentagem das dificuldades nas Atividades de Vida Diária (Sair da cama ou cadeira, Vestir e despir, Utilizar a casa de banho e Tomar banho), reportadas pela população com 65 e mais anos, residente em Portugal e na União Europeia (UE28), em 2014 (Fonte: Eurostat (63)).

3.5. Lesões e acidentes

Na sequência do referido em capítulos anteriores, o envelhecimento está associado a alterações fisiológicas progressivas traduzindo-se em declínio funcional com implicações ao nível do equilíbrio (10). A resposta e a adaptação aos estímulos do ambiente envolvente podem revelar-se comprometidas, sendo uma das consequências mais comuns destas alterações a ocorrência de acidentes.

De seguida apresentam-se alguns dados epidemiológicos sobre a ocorrência dos acidentes de âmbito doméstico e de lazer, no grupo das pessoas com 65 e mais anos. Importa retratar esta realidade, conhecer os tipos de acidentes mais comuns, os locais onde ocorrem com mais frequência, e a lesão associada aquando da sua ocorrência. Para este fim em

específico foi desenvolvido um estudo utilizando os dados do Sistema de monitorização dos Acidentes Domésticos e de Lazer (ADL) – Sistema EVITA¹⁵, referentes aos indivíduos que recorreram a um serviço de urgência localizado num dos hospitais participantes no EVITA.

Em 2020, 34,1% dos registos dos ADL referiam-se a pessoas com 65 e mais anos observando-se uma maior percentagem de mulheres afetadas (64,2%) do que de homens (35,7%). Na sua maioria estes acidentes ocorreram em casa (70,8%), seguindo-se com valores bastante mais baixos, os acidentes ocorridos ao ar livre (9,0%), na área institucional ou nos recintos públicos (7,7%) e na área de transporte (4,8%) (Figura 36).

¹⁵ O Sistema EVITA – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes foi criado em 2000 na continuação do projeto ADELIA – Acidentes Domésticos e de Lazer – Informação Adequada. É gerido pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), através do seu Departamento de Epidemiologia, e tem como objetivo contribuir para a vigilância dos Acidentes Domésticos e de Lazer (ADL). Esta vigilância é efetuada a partir da recolha de dados nos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

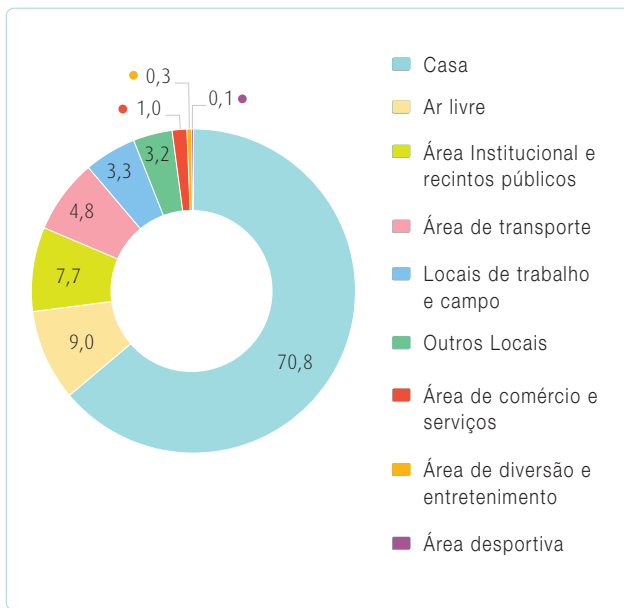


Figura 36: Distribuição percentual do local de ocorrência dos Acidentes Domésticos e de Lazer, nos indivíduos com 65 e mais anos que recorreram a um Serviço de Urgência, em 2020 (Fonte: Sistema EVITA, 2020).

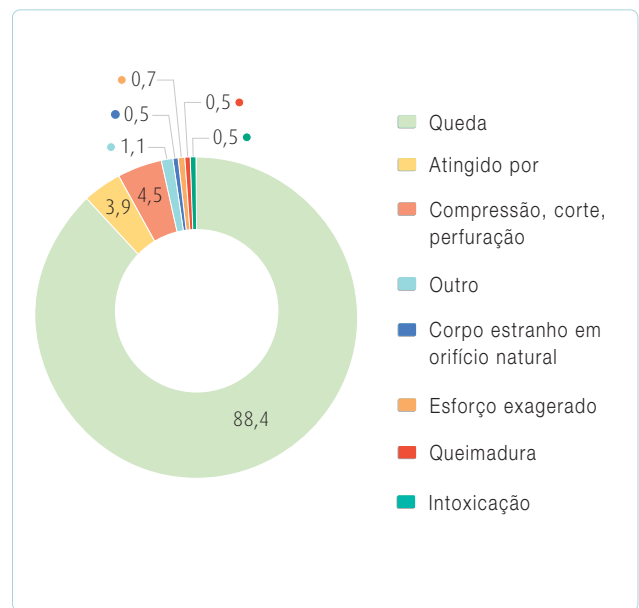


Figura 37: Distribuição percentual dos Acidentes Domésticos e de Lazer por mecanismo de lesão, nos indivíduos com 65 e mais anos que recorreram a um Serviço de Urgência, em 2020 (Fonte: Sistema EVITA, 2020).

Em 88,4% das notificações a queda foi a causa do acidente (mecanismo de lesão) que implicou recorrer a um serviço de urgência, seguido da “compressão, corte, perfuração” (Figura 37).

Na sequência de um ADL, a contusão/hematoma é o tipo de lesão mais frequente nas pessoas idosas (61%), sendo que a maioria das vítimas não carece de cuidado posterior para além daquele que é prestado no serviço de urgência.

Dados do último relatório de monitorização das lesões a nível europeu, publicado em 2016 pela *European Association for Injury Prevention and Safety Promotion* (EuroSafe) (64), revelam que o risco de sofrer um ADL varia com a idade e o local onde o indivíduo passa mais tempo, sendo mais frequente em indivíduos mais velhos e do sexo feminino.

Estado de saúde

4. Estado de saúde

4.1. Saúde mental e deterioração cognitiva

A deterioração da memória e de outras funções cognitivas tem sido, desde há muito, um processo associado ao envelhecimento. Usualmente, relativamente à saúde mental, dois diagnósticos são mais frequentes na população idosa em comparação com a população geral: o Défice Cognitivo Ligeiro (DCL) e a demência.

Há um crescente reconhecimento de que algumas pessoas experienciam um nível de comprometimento cognitivo maior do que aquele geralmente provocado pelo envelhecimento, mas sem outros sinais de demência associados. Esta situação, definida como DCL, é uma condição médica geralmente definida como a perda de capacidades cognitivas e considerada um estado intermediário entre a cognição normal e a demência, com habilidades funcionais essencialmente preservadas ⁽⁶⁵⁾.

O DCL pode envolver problemas com a memória, linguagem, atenção, processamento de informações visuais e espaciais, funções do pensamento complexo ou problemas que resultem da combinação destas áreas ⁽⁶⁶⁾. No DCL estes problemas são menos graves do que aqueles vividos por pessoas com diagnóstico de demência. Os estudos têm demonstrado maior possibilidade de desenvolvimento de demência por parte das pessoas com DCL (cerca de 10% a 15% das pessoas com DCL são diagnosticadas com demência vs. 1% a 2% da população em geral) ^(65,66).

A demência descreve os sintomas de um grupo alargado de doenças que causam um declínio progressivo na funcionalidade dos indivíduos, referindo-se à perda de memória, capacidade intelectual, raciocínio, competências sociais e alterações das reações emocionais normais. A demência é tipicamente diagnosticada quando o comprometimento cognitivo adquirido se torna grave o suficiente para comprometer o funcionamento social e / ou ocupacional ⁽⁶⁵⁾.

Ainda que o DCL e a demência sejam mais prevalentes junto da população mais velha, é importante salientar que nem todas as pessoas idosas desenvolvem DCL e/ou demência, processos que não são considerados como parte normativa do envelhecimento.

As estimativas apresentadas no relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) ⁽⁶⁷⁾ indicavam que, em 2018, cerca de 9,1 milhões de pessoas viveriam com demência nos estados membros da UE28. Se a tendência da prevalência por grupos etários se mantivesse, considerando o envelhecimento da população por toda a Europa, será de esperar um incremento substancial da prevalência da doença, no futuro. A estimativa da OCDE indica que a prevalência de demência na população com 60 e mais anos rondará os 7% para a UE28, sendo que Itália, França, Grécia, Espanha, Alemanha e Portugal apresentavam uma estimativa à volta de 8% ⁽⁶⁷⁾. A prevalência será mais elevada considerando os grupos populacionais mais velhos. Um estudo de revisão que focou países membros da UE onde tinham decorrido estudos de prevalência, que não incluiu Portugal, apresentava uma estimativa para a população de 65 e mais anos entre os 5,9% e os 9,4% ⁽⁶⁸⁾.

¹⁶ As estimativas foram obtidas a partir do World Alzheimer Report 2015. Este relatório produziu estimativas para 2014 a partir da revisão sistemática de estudos sobre a prevalência de demência em todo o mundo nas últimas décadas, assumindo que a prevalência específica por idade tinha sido constante ao longo do tempo. No relatório da OCDE a prevalência por país foi estimada aplicando as taxas de prevalência específicas por idade para cada região do mundo às estimativas da estrutura populacional das Nações Unidas para 2018.

Em Portugal, não existe até à data um estudo epidemiológico que retrate a situação deste problema e não existem dados populacionais sobre a prevalência das diferentes formas de demência ^(69,70).

Destacam-se, no entanto, dois estudos, com dados relativos a 2006 e a 2007. Um estudo da Rede Médicos-Sentinela, em 2006, calculou a taxa de prevalência de demências. Nele participaram 28 médicos, totalizando uma população sob observação de 25365 indivíduos (10,6 % da população sob observação) ⁽⁷¹⁾. A prevalência de demência acima dos 65 anos de idade foi de 1,1%, sendo que o grupo etário com 75 e mais anos de idade foi aquele que apresentou uma maior taxa de prevalência de doenças demenciais (3,0%). Noutro estudo em 2007, junto de uma população do distrito de Aveiro, com idades compreendidas entre os 55-79 anos, a prevalência encontrada de DCL foi de 12,3% e a prevalência de demência de 2,7% para os indivíduos entre os 55 e os 79 anos de idade ⁽⁷²⁾.

4.2. Sintomas depressivos e bem-estar psicológico

O envelhecimento tem sido muitas vezes associado à tristeza, solidão, insatisfação e a sintomas depressivos, também pelas perdas e acontecimentos que ocorrem de forma mais frequente nesta fase da vida ⁽⁷³⁾. Contudo, a maioria das pessoas mais velhas não estão deprimidas ⁽⁷³⁾ e a investigação identifica a prevalência de perturbações de humor e da ansiedade como, geralmente, mais baixas nos grupos etários mais velhos ⁽⁷⁴⁾.

Apesar da prevalência mais baixa, comparativamente aos grupos etários mais novos, a depressão

é a desordem psiquiátrica mais comum na população idosa com documentado impacto ao nível da qualidade de vida, constituindo um importante preditor da mortalidade ⁽⁷⁵⁾. Pelo impacto na qualidade de vida e pelo facto da apresentação dos sintomas que caracterizam estas perturbações poderem surgir de forma diferencial neste subgrupo populacional, a ansiedade e a depressão permanecem um aspeto relevante em saúde pública ⁽⁷⁴⁾.

Num estudo, conduzido durante a pandemia de COVID 19, observou-se que a presença de sintomas de depressão moderada a grave (vs. sem sintomas ou com sintomas de depressão ligeira) foi mais baixa no grupo dos indivíduos com 60 e mais anos, comparativamente aos indivíduos mais novos (22% vs. 46%) ⁽⁷⁶⁾. O estudo “Saúde Mental em Tempos de Pandemia (SM-COVID19)” avaliou o impacto das medidas sociais e individuais implementadas durante a pandemia na saúde mental e bem-estar. Os resultados indicam que foram nos grupos etários mais velhos que se observou menor prevalência de sintomas de ansiedade (22,1% no grupo dos 60 e mais anos) e níveis mais elevados de resiliência (46,5% dos 50 aos 59 anos e 45,3% acima dos 60 anos) ⁽⁷⁶⁾.

Apesar do diferencial, relativamente aos grupos etários mais novos, os últimos dados disponíveis do INS de 2019, indicavam maior frequência da presença de sintomas depressivos e de sintomas depressivos indicativos de Depressão Major na população portuguesa com 65 e mais anos, em comparação com a média da população europeia (UE27) (**Figura 38**).

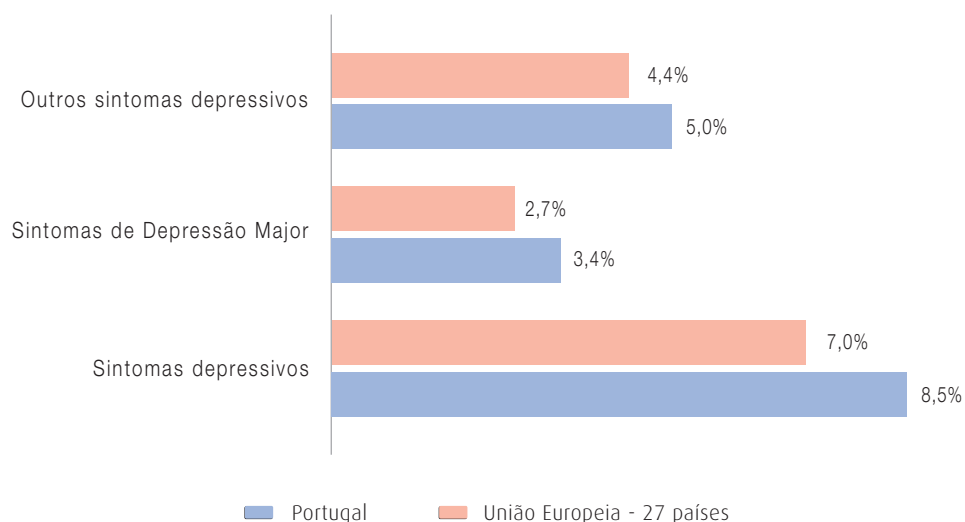


Figura 38: Distribuição percentual de sintomas depressivos reportados pela população com 65 e mais anos, residente em Portugal e na União Europeia (UE27), em 2019 (Fonte: Eurostat (77)).

4.3. Doenças crónicas

Atualmente, cerca de um quarto do total de doenças e consequentemente mortes no mundo, são observadas na população com idade superior a 60 anos (2). Na sua maioria, estas doenças são crónicas e não transmissíveis, levando a alterações a nível físico, psicológico e emocional, com consequências e implicações no bem-estar e qualidade de vida da população idosa (2).

Na Figura 39 observa-se a prevalência das doenças crónicas reportadas pela população portuguesa com 65 e mais anos, segundo dados do INS 2014 e 2019 (79). As doenças crónicas mais frequentes foram as dores lombares ou outros problemas crónicos nas costas (57,6%) seguida da hipertensão arterial (HTA) (56,2%) e artroses (54,6%) (79).

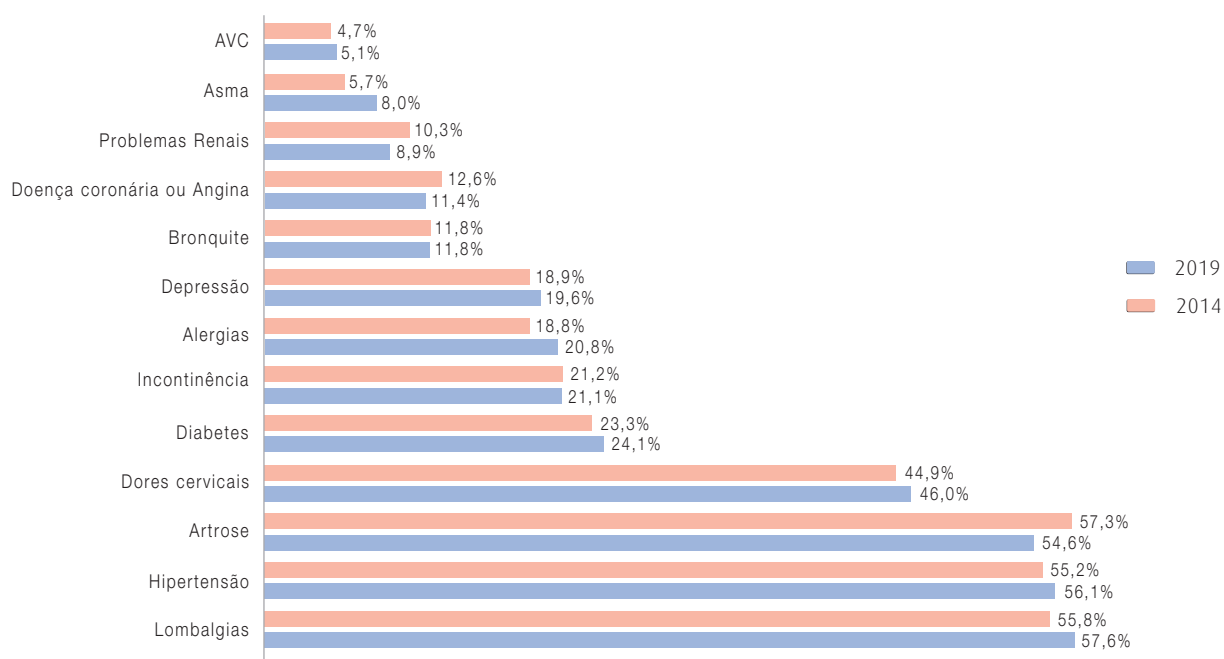


Figura 39: Prevalência das doenças crónicas reportadas pela população portuguesa com 65 e mais anos, em 2014 e em 2019 (Fonte: Eurostat (78)).

As várias doenças não se distribuem de igual forma pelos diferentes grupos etários da população portuguesa com 65 e mais anos. Há um aumento mais significativo da artrose, HTA e lombalgias no grupo

dos 75 e mais anos, enquanto que a diabetes se mantém igual nos dois grupos etários (Figura 40).

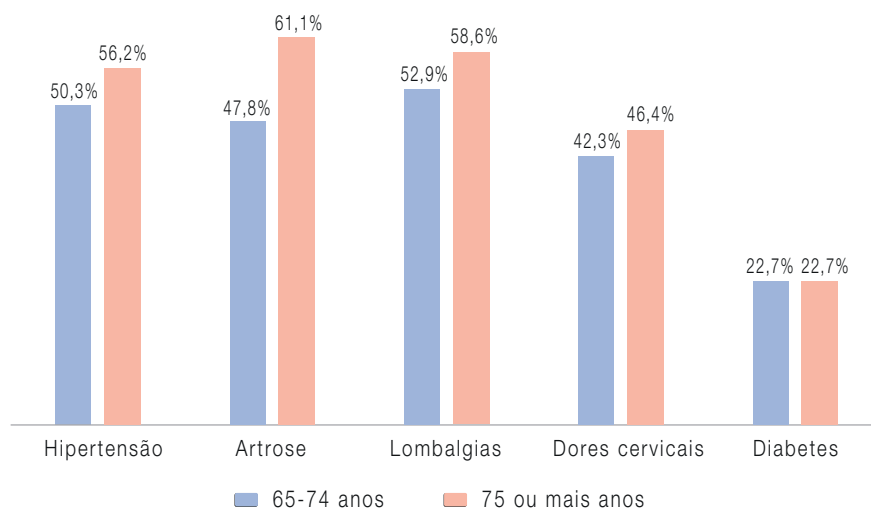


Figura 40: Distribuição percentual de doenças crónicas mais prevalentes reportadas pela população portuguesa entre os 65 e 74 anos e com 75 e mais anos, em 2019 (Fonte: Eurostat (78)).

As diferenças entre os grupos etários desta população observam-se também nas outras doenças crónicas, não tão prevalentes (Figura 41). Há doenças cuja frequência aumenta nos grupos etários mais velhos: incontinência urinária, doença

coronária ou angina de peito, bronquite crónica e problemas renais. Existem outros problemas de saúde menos frequentemente reportados no grupo etário dos 74 e mais anos, com particular destaque para a asma, alergias e depressão.

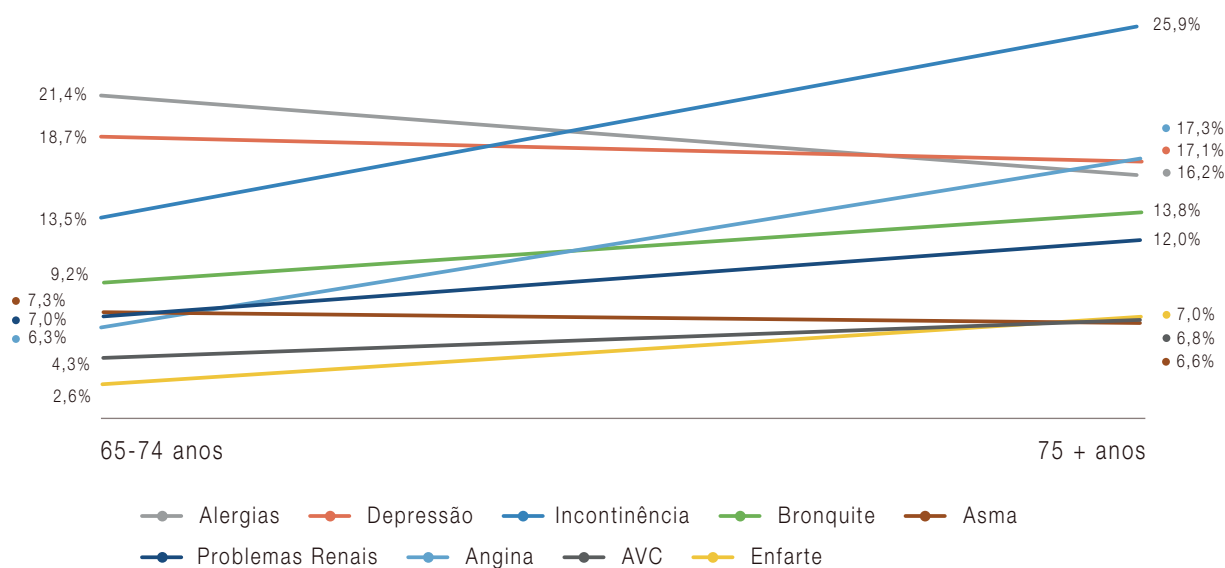


Figura 41: Distribuição percentual de doenças crónicas reportadas pela população portuguesa entre os 65 e 74 anos e com 75 e mais anos, em 2019 (Fonte: Eurostat (78)).

4.4. Mortalidade

O aumento da esperança média de vida tem conduzido a mudanças não só nas principais causas de morbilidade, mas também de mortalidade da população, o que está relacionado com o incremento no risco de aquisição de doenças crónicas e degenerativas à medida que as pessoas atingem idades mais avançadas ⁽¹⁰⁾.

Em 2016, as doenças circulatórias foram a principal causa de morte na população idosa na UE28 (38,7%), em comparação com quase um quarto (23,8%) de mortes por tumores malignos e menos de um décimo (8,9%) de mortes por doenças respiratórias ⁽⁸⁰⁾.

Na **Figura 42** podem observar-se as taxas de mortalidade (por 100 000 habitantes) padronizadas para as causas de mortalidade mais relevantes para a UE28. Os dados, obtidos a partir do Eurostat referem-se aos anos de 2011 a 2016 e são apresentados para a faixa etária de 65 e mais anos ⁽⁸⁰⁾.

É possível observar que apesar das doenças do aparelho circulatório, continuarem a ser a principal causa de morte, observa-se um decréscimo entre 2011 e 2016 na população idosa (**Figura 42**). Este decréscimo pode ser igualmente observado na **Figura 43**, onde se apresentam as taxas de mortalidade padronizada para as principais doenças como causas de morte na UE28. Destaca-se a doença isquémica cardíaca, que se manteve como a principal causa de morte, a decrescer desde 2011. O mesmo se observa para o enfarte agudo do miocárdio que, nos anos em estudo, foi ultrapassado pela demência e pelo tumor maligno do pulmão e aparelho respiratório.

Em Portugal, segundo dados do INE para 2021 e de acordo com a 10ª versão da Classificação Internacional de Doenças e causas de morte (CID 10) os óbitos da população com 65 e mais anos, diferenciam-se de acordo com os grupos etários considerados (**Figura 44**). Ainda assim, nos 3 grupos etários considerados, as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos estão entre as três causas com taxas de mortalidade por 100 mil habitantes, mais elevadas. No caso das doenças do aparelho respiratório, a quarta causa de mortalidade nos grupos etários entre os 65 e os 84 anos, torna-se a segunda causa de morte mais frequente na população com 85 e mais anos (**Figura 44**). Já a demência, que apresenta uma taxa de mortalidade bastante baixa na população entre os 65 e os 74 anos, torna-se a quinta causa de morte no grupo dos 85 e mais anos. De forma inversa o tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão, a terceira causa de morte mais frequente na população entre os 65 e os 74 anos, torna-se menos expressiva, apresentando uma das taxas de mortalidade mais baixas nos indivíduos com 85 e mais anos.

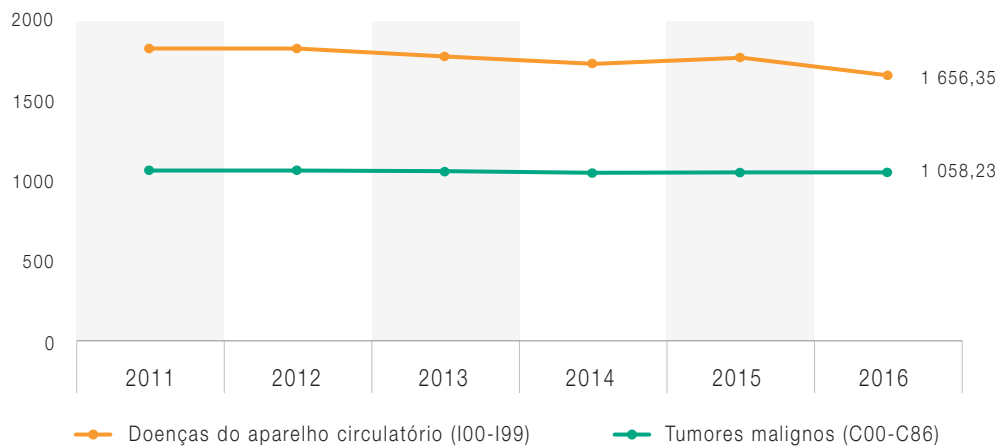


Figura 42: Taxa de mortalidade padronizada (por 100000 habitantes), para doenças do aparelho circulatório e tumores malignos, na população com 65 e mais anos na União Europeia (UE28), entre 2011 e 2016, segundo a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças e causas de morte (Fonte: Eurostat⁽⁸⁰⁾).

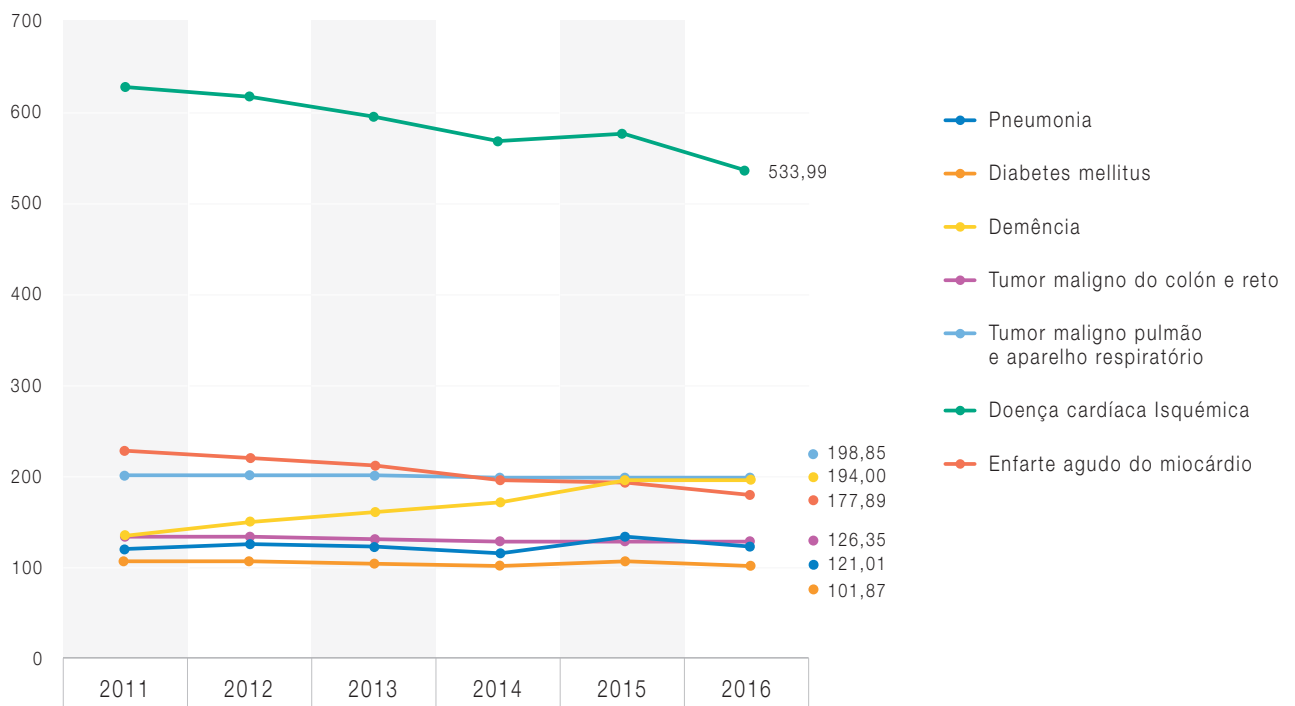


Figura 43: Taxa de mortalidade padronizada (por 100 mil habitantes), para a pneumonia, diabetes mellitus, demência, tumor maligno do colon rectal, tumor maligno do pulmão e aparelho respiratório, doença cardíaca isquémica e enfarte agudo do miocárdio, na população com 65 e mais anos na União Europeia (EU 28), entre 2011 e 2016 (Fonte: Eurostat⁽⁸⁰⁾).

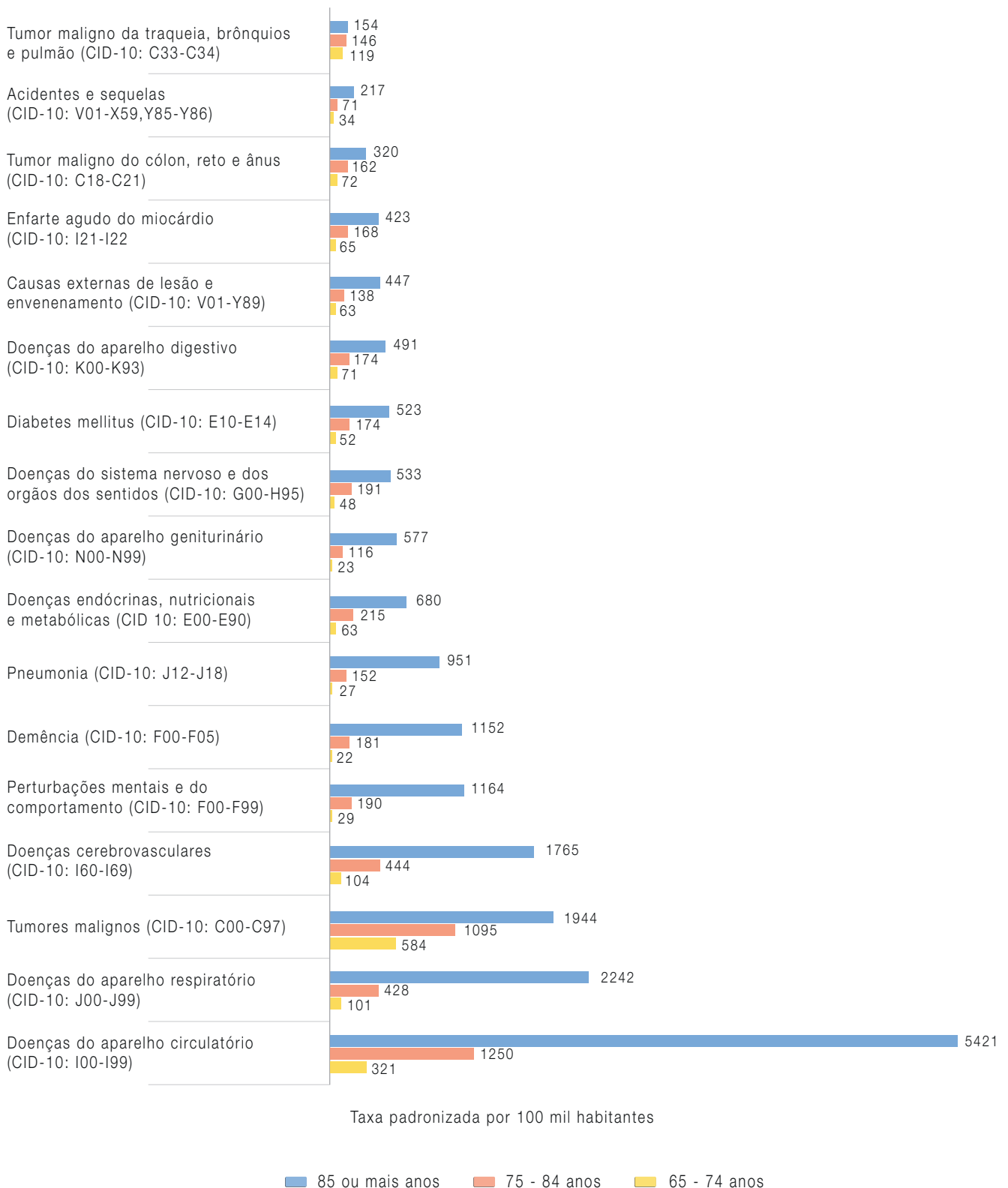


Figura 44: Taxa de mortalidade padronizada (por 100 mil habitantes) para a população portuguesa com 65 e mais anos, de acordo com os grandes grupos da 10ª revisão da Classificação Internacional das Doenças e causas de morte, por grupos etários, em 2021 (Fonte: INE⁽⁸¹⁾).

4.5. Carga da doença (DALYS)

A carga global de doença é uma medição complementar das estatísticas tradicionais de saúde que utiliza três indicadores: a morte prematura (Years of Life Lost - YLL); a quantidade de saúde perdida devido à doença (Years Lost due to Disability - YLD) e os anos de vida ajustados por incapacidade (Disability-adjusted life year - DALY) (82). O índice YLL¹⁷ é uma medida de mortalidade prematura, calculada em relação à longevidade potencial, definida numa tabela padrão de esperança média de vida. O índice YLD¹⁸ corresponde aos anos vividos com incapacidade, ponderada, em que o ponderador (peso de invalidez) depende da gravidade da doença numa escala de 0 (saúde) a 1 (morte). E os DALY¹⁹ correspondem a uma medida do impacto da doença, em tempo, e que combina a quantidade de saúde perdida devido à doença (YLD) e/ou à morte prematura (YLL).

Esta métrica (DALY), ou «carga global da doença», foi aplicada pela primeira vez no primeiro estudo Global Burden of Disease (GBD) em 1990, que, desde então, tem vindo a apresentar estimativas atualizadas da carga das doenças para o mundo (82).

Com base nas estimativas do GBD 2019 divulgadas pelo Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME), os DALYs da população portuguesa com 70 e mais anos em 2019, foi de 85,7 mil anos de vida perdidos por cada 100 mil habitantes, onde se inclui o valor de 58,9 mil anos de vida perdidos por morte prematura por cada 100 mil habitantes e 26,8 mil anos perdidos devido à incapacidade por todas as causas (83). Observam-se diferenças consoante o sexo, sendo nos homens que se verifica uma taxa mais elevada de

morte prematura (70,8 mil vs. 50,6 mil anos de vida perdidos por morte prematura por cada 100 mil habitantes) e nas mulheres uma taxa superior de anos perdidos devido à doença (28 mil vs. 25 mil).

Resultados similares podem ser observados nos diferentes grupos etários da população com 65 e mais anos, europeia e portuguesa. Os DALYs observados para a população portuguesa foram ligeiramente superiores nos dois últimos grupos etários, a partir dos 75 anos, quando comparados com a média europeia. Em Portugal, 118,1 mil anos de vida perdidos por morte prematura e incapacidade, o maior valor de DALY encontrado a nível nacional em 2019, foi observado no grupo etário de 80 e mais anos (Figura 45).

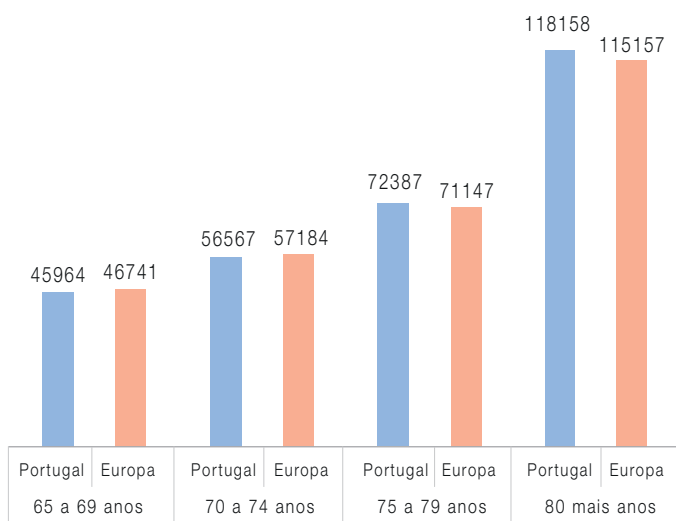


Figura 45: Disability-adjusted life years por 100 mil habitantes para a população residente com 65 e mais anos, em Portugal e na Europa, em 2019 (Fonte: IHME(83)).

¹⁷ YLL = Número de mortes x Esperança média de vida à idade da morte.

¹⁸ YLD = número de casos incidentes na população x peso da deficiência da condição específica x duração média do caso até a remissão ou óbito (anos)

¹⁹ DALY = YLL + YLD

Serviços e cuidados de saúde

5. Serviços e cuidados de saúde

Segundo a Declaração de Alma-Ata os cuidados de saúde primários (CSP) “representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde” (84). Assim, os CSP são considerados um instrumento essencial de melhoria da saúde da população e de luta contra as desigualdades em saúde, pela sua abrangência populacional e por serem tendencialmente gratuitos, em Portugal, para pessoas de baixos rendimentos (85).

Em 2019, dados do INS mostraram que cerca de 88% da população residente com 65 ou mais anos, teve uma consulta de medicina geral e familiar nos 12 meses anteriores à entrevista (86). Esta percentagem era ligeiramente mais elevada nas mulheres do que nos homens, em qualquer dos grupos etários. Foi nos homens com idades entre os 65 e os 84 anos que se observou a maior percentagem de respondentes que referiram ter tido uma consulta de medicina geral e familiar há mais de 12 meses (11,8% entre os 65-74 anos e 10,8% entre os 75-84 anos respetivamente) (Figura 46).

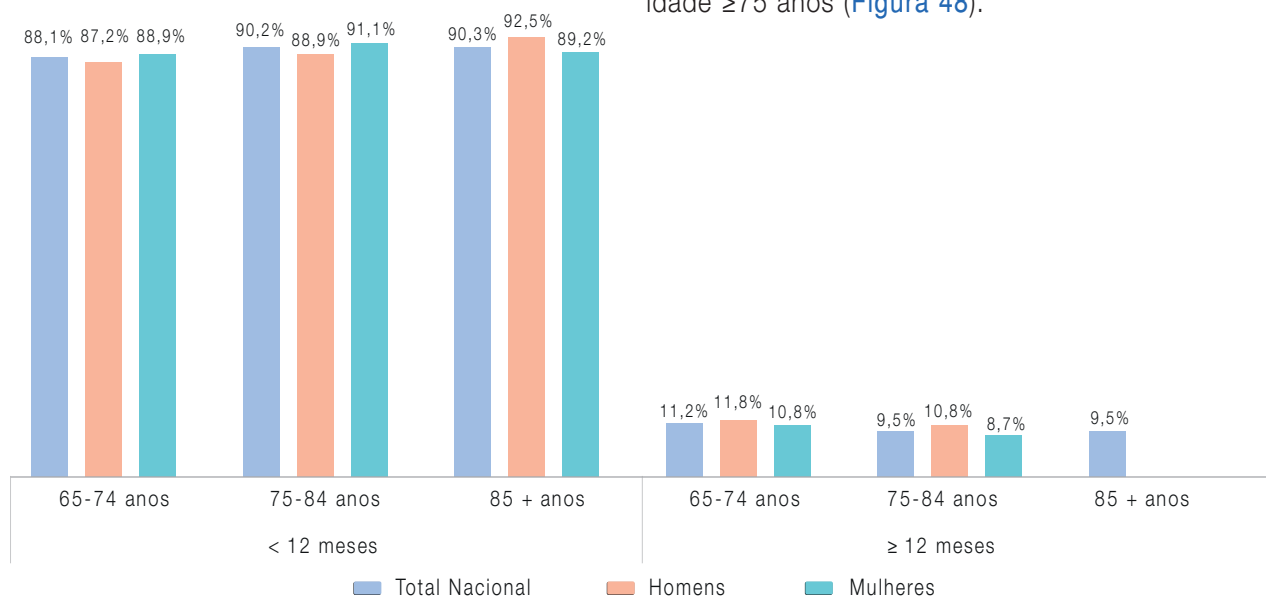


Figura 46: Percentagem da população portuguesa com 65 ou mais anos que reportou consultas com um médico de medicina geral e familiar nos 12 meses anteriores à entrevista e há mais de 12 meses, por sexo e grupo etário, em 2019 (Fonte: INE(86)).

À medida que as pessoas envelhecem, pode-se esperar que necessitem de consultas mais frequentes e os dados confirmam esta afirmação, tanto a nível nacional como europeu. Segundo dados do Eurostat em 2017, na população europeia de 65 a 74 anos observou-se a maior percentagem de indivíduos que referiram não ter tido uma consulta ou que tiveram 1 a 2 consultas (Figura 47) nos 12 meses anteriores à entrevista. Foi na população com 75 e mais anos que se observou uma maior percentagem de indivíduos que referiram ter consultado 3 ou mais vezes o médico de família, no mesmo período (Figura 48).

Comparando os dados nacionais com a média europeia (87), observou-se uma maior percentagem de portugueses com 65 e mais anos a referirem ter tido entre 1 a 5 consultas com o médico de família nos 12 meses anteriores à entrevista, comparativamente com os valores europeus. A percentagem de indivíduos que referiu não ter tido consulta com o médico de família ou teve 6 e mais consultas nos 12 meses anteriores à entrevista, foi maior a nível europeu do que a nível nacional, tanto para indivíduos entre os 65 e os 74 anos (Figura 47) como para os com idade ≥75 anos (Figura 48).

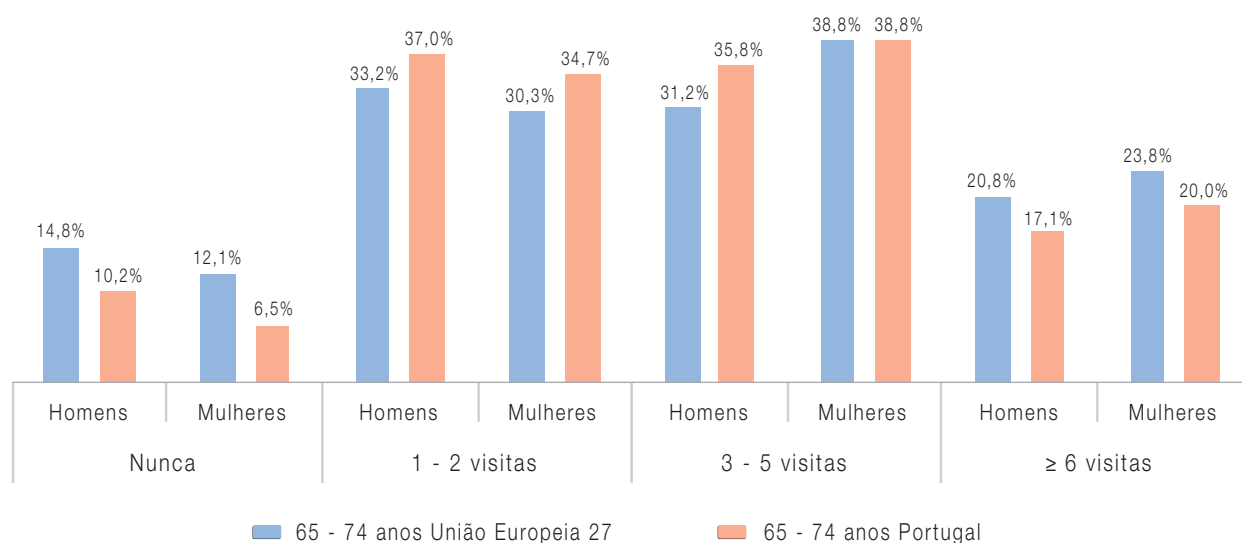


Figura 47: Percentagem do número de consultas com um médico de medicina geral e familiar, reportadas pela população entre os 65 e os 74 anos, em Portugal e na União Europeia (UE27), em 2017 (Fonte: Eurostat⁽⁸⁷⁾).

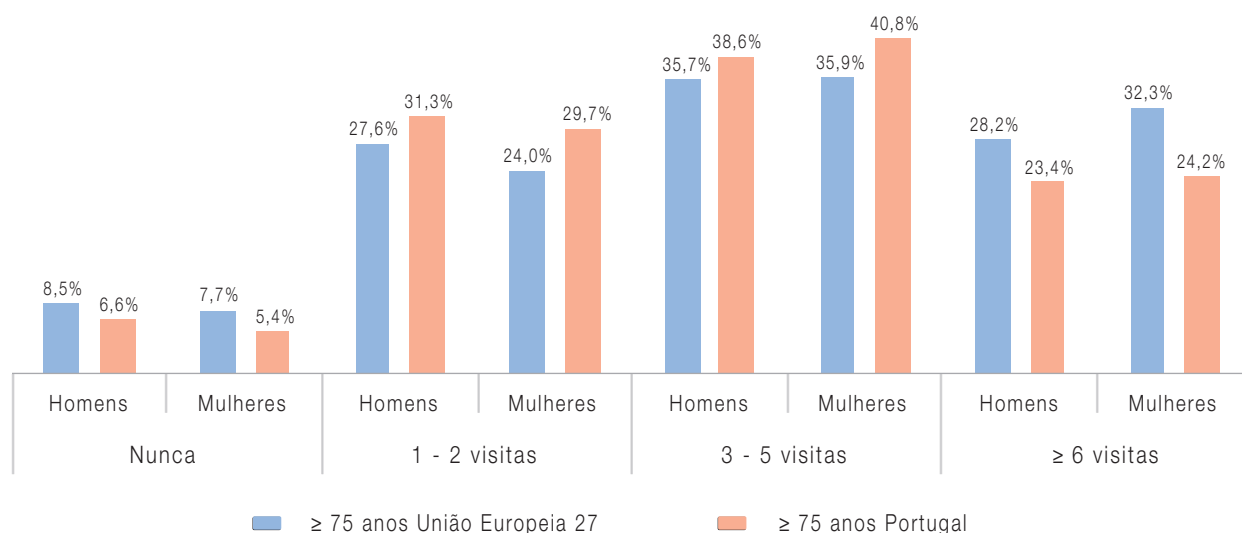


Figura 48: Percentagem do número de consultas com um médico de medicina geral, reportadas pela população com 75 e mais anos, em Portugal e na União Europeia (UE27), em 2017 (Fonte: Eurostat⁽⁸⁷⁾).

5.1. Comportamentos preventivos

Os CSP têm por objetivo satisfazer as necessidades das pessoas em matéria de saúde, através, entre outros, de cuidados promotores, protetores e preventivos, durante toda a vida ⁽⁸⁸⁾. Inserem-se nos cuidados preventivos da população idosa, os cuidados de saúde oral, a vacinação, nomeadamente para o tétano e gripe, e os rastreios.

Em Portugal, no âmbito dos CSP, são desenvolvidos entre outros, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) ⁽⁸⁹⁾ desde 2002, e o PNSPI ⁽¹⁰⁾ desde 2004, que através de uma prevenção primária, secundária e terciária da doença oral e suas consequências, pretendem maximizar a autonomia e independência da população idosa. Relativamente à saúde oral, segundo o estudo de Melo e colegas ⁽⁹⁰⁾ em 2016, 89,7% da população

com 65 e mais anos escovava os dentes 1 vez por dia, 62,4% fazia-o 2 vezes por dia, 6,3% usava fio dental e 37,7% utilizava elixir.

Desde 2008 que através do PNPSO está contemplada a oferta de “cheque dentista”, com o objetivo de promoção de hábitos saudáveis e prevenção da doença oral. São oferecidos dois cheques por cada período de 12 meses, a pessoas idosas beneficiárias do Complemento Solidário, e que sejam utentes do Serviço Nacional de Saúde (89). Segundo o estudo de Simões e colegas (91) realizado em 2017, 3,5% dos idosos que receberam complemento solidário utilizaram o cheque dentista.

Em 2019, dados do INS (59) revelaram que a maioria dos inquiridos com 65 e mais anos referiram terem consultado um dentista há mais de 12 meses (92). Tinham tido uma consulta há menos de 6 meses, aquando da entrevista, 31,8% dos inquiridos com idade entre os 65 e os 74 anos e 23,6% com idade entre os 75 e os 84 anos. Nunca tiveram uma consulta com o dentista 2,6% dos inquiridos com idade entre os 65 e os 74 anos (Figura 49).

No mesmo estudo, a principal razão reportada para a realização da última consulta com o dentista, na população entre os 65 e os 74 anos, foi a vigilância/rotina (10,6%) seguida da realização de prótese dentária (8,8%) e da higienização da boca (8,6%).

Já no grupo etário entre os 75 e os 84 anos, a principal razão também foi a vigilância/rotina (7,9%) seguida da extração de um dente (6,5%) (Figura 50).

Em 2016, Portugal iniciou um programa de implementação de consultas de medicina dentária nos CSP (94) disponível para toda a população. Esta medida alargou o acesso de todos os indivíduos com 65 e mais anos (e não só os beneficiários do complemento solidário) à vigilância gratuita da saúde oral nos CSP.

Na Figura 51 observa-se uma utilização crescente destas consultas e um aumento do número de tratamentos efetuados entre 2018 e 2019 nas pessoas com 65 e mais anos, mas uma redução em 2020 (para valores abaixo dos observados em 2018) e em 2021, provavelmente relacionada com a situação de pandemia por SARS-CoV-2 desde 2020 (95). Em 2021 observou-se um menor número de utentes atendidos, comparativamente a 2020, mas um aumento no número de tratamentos efetuados, o que pode estar relacionado com uma deterioração da saúde oral da população mais idosa, durante os anos de pandemia, devido a uma redução de acesso a consultas nos CSP.

Quando distribuído por sexo, observa-se que mais de 50% dos utentes com 65 e mais anos que foram atendidos no âmbito da saúde oral nos CSP eram mulheres, em todos os anos em estudo (Figura 52).

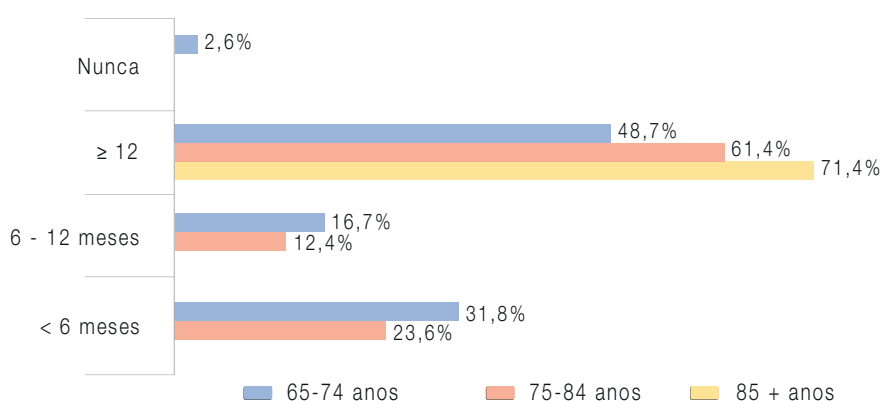


Figura 49: Percentagem do tempo decorrido desde a última consulta com um dentista nos meses anteriores à entrevista, reportadas pela população portuguesa com 65 ou mais anos, por grupo etário, em 2019 (Fonte: INE (92) - cálculo da distribuição percentual realizado pelos autores, dados não disponíveis para a população com 85 mais anos nas categorias “nunca”, “6 a 12 meses” e “< 6 meses” e para a população com 75 e mais anos na categoria “nunca”).

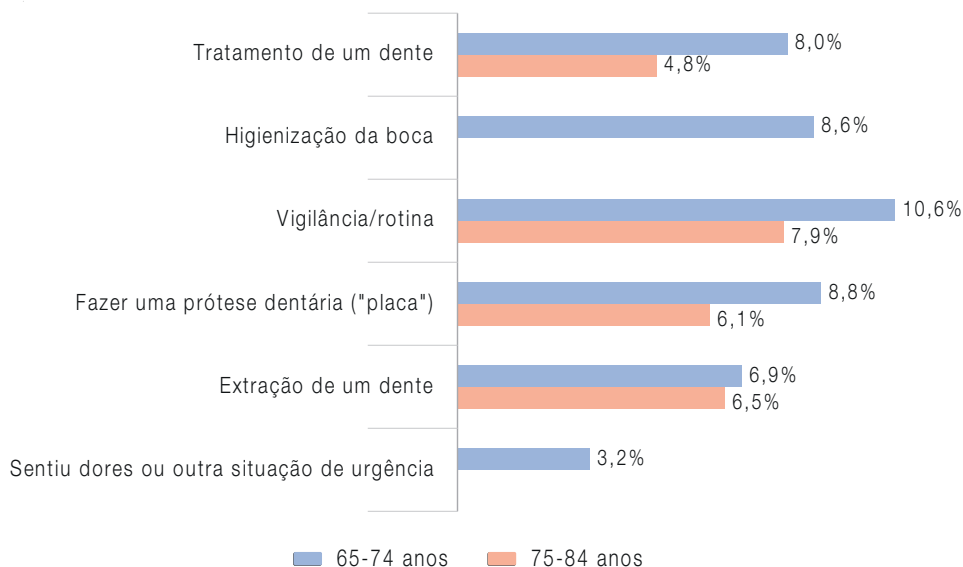


Figura 50: Percentagem da principal razão da última consulta a um dentista reportada pela população portuguesa com 65 ou mais anos, por grupo etário, em 2019 (Fonte: INE (93) - cálculo da distribuição percentual realizado pelos autores).

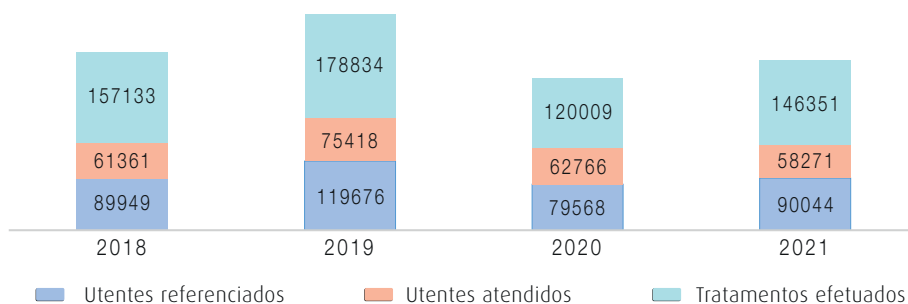


Figura 51: Número de utentes com 65 e mais anos referenciados, atendidos e tratamentos efetuados, nos Centros de Saúde, no âmbito da Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários, entre 2018 e 2021 (Fonte: SNS (95)).

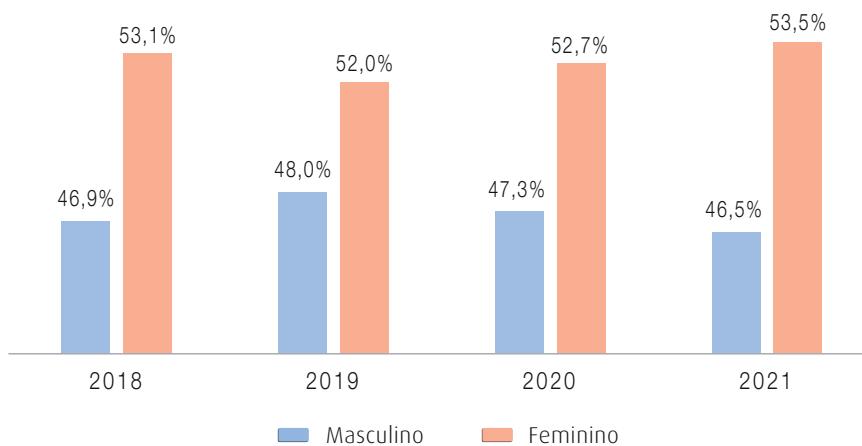


Figura 52: Percentagem de utentes com 65 e mais anos atendidos nos Centros de Saúde no âmbito da Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários, por sexo, entre 2018 e 2021 (Fonte: SNS (95)).

Inseridos na prevenção primária e secundária, a vacinação e os rastreios, são fundamentais para promover um envelhecimento ativo e saudável da população com 65 anos e mais anos.

Dados do INS 2019 revelam que relativamente à vacinação contra o tétano, foram os inquiridos com idade entre os 65-74 anos, os que mais referiram ter feito a vacina nos 10 anos anteriores à entrevista ⁽⁹⁶⁾, podendo-se observar valores semelhantes para ambos os sexos (Figura 53).

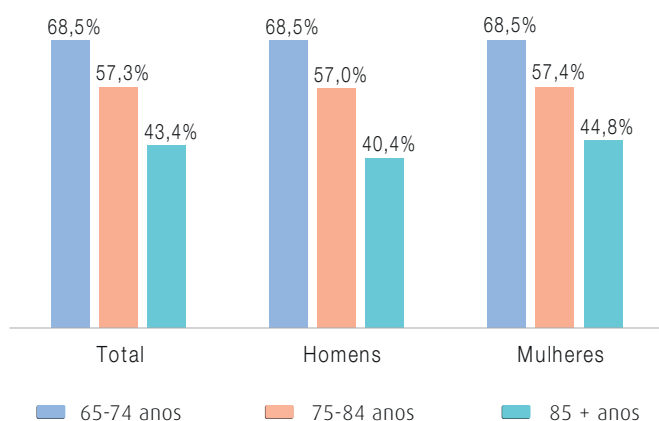


Figura 53: Percentagem da população portuguesa com 65 e mais anos que reportou ter tomado a vacina contra o tétano nos 10 anos anteriores à entrevista, por sexo e grupo etário, em 2019 (Fonte: INE ⁽⁹⁶⁾).

A vacina contra a gripe, principal medida de prevenção desta doença e das suas complicações, é recomendada para pessoas com 65 e mais anos e é gratuita em Portugal, quando administrada nos CSP, ou ultimamente, numa parceria entre os CSP e as associações das farmácias.

Segundo Machado e colegas ⁽⁹⁷⁾ a cobertura da vacina na população idosa aumentou de 50,1% na época gripal de 2015/16 para 60,8% em 2017/18. Na época de 2017/2018 Portugal teve uma cobertura vacinal superior à europeia (60,8% vs. 44,3%) e foi dos países (a seguir ao Reino Unido e a Malta) que apresentou uma cobertura mais elevada.

Os rastreios das doenças neoplásicas são fundamentais para que, ao antecipar o diagnóstico e o tratamento, seja possível modificar o prognóstico da doença. O PNSPI promove o rastreio do cancro da mama e do cancro do colo do útero nas mulheres até aos 69 anos, e o rastreio do cancro do colón e recto em toda a população, até aos 74 anos ⁽¹⁰⁾.

O INS 2019, não tendo por objetivo apresentar dados de rastreios populacionais implementados a nível nacional, revelou que 80,2% das mulheres inqueridas com idades entre os 50-69 anos referiram ter realizado uma mamografia nos dois anos anteriores à entrevista, não tendo sido divulgados resultados para o intervalo etário dos 65 aos 69 anos ⁽⁹⁸⁾. No entanto, dados do Eurostat para o mesmo ano, revelam que 29,7% da população feminina portuguesa com idades entre os 65 e os 74 anos, realizou uma mamografia nos dois anos anteriores à entrevista, valor dois pontos percentuais acima do observado para a mesma faixa etária na EU 27 (27,8%) ⁽⁹⁹⁾.

Relativamente à citologia cervical dados do INS 2014 ⁽⁵⁹⁾ mostram que 46,7% da população feminina entre os 65-69 anos referiu ter feito este exame nos três anos anteriores à entrevista, mas não foi possível obter este resultado para 2019 uma vez que os dados disponíveis são para o intervalo de idade entre os 20-69 anos.

A pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) nos dois anos anteriores à entrevista segundo dados do INS 2014 ⁽⁵⁹⁾, foi referida por mais homens do que mulheres, sendo que nos indivíduos após os 74 anos de idade, se desconhece se a realizaram no âmbito de um rastreio ocasional ou pela presença de sinais e sintomas de patologia (Figura 54).

Também a realização da colonoscopia nos dez anos anteriores à entrevista ⁽⁵⁹⁾ foi referida em maior percentagem pelos homens e pela população entre os 65 e os 74 anos (Figura 55). Tal como na PSOF desconhece-se o âmbito em que a colonoscopia foi realizada.

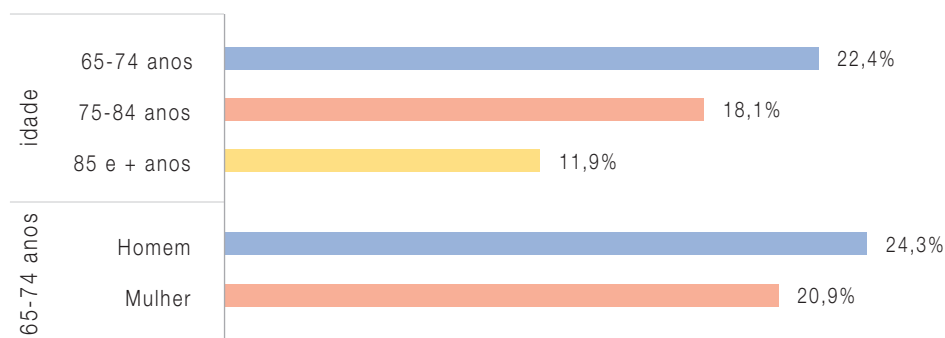


Figura 54: Percentagem da população portuguesa com 65 e mais anos que reportou ter realizado Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes nos dois anos anteriores à entrevista, por sexo e grupo etário, em 2014 (Fonte: INE/INSA(59)).

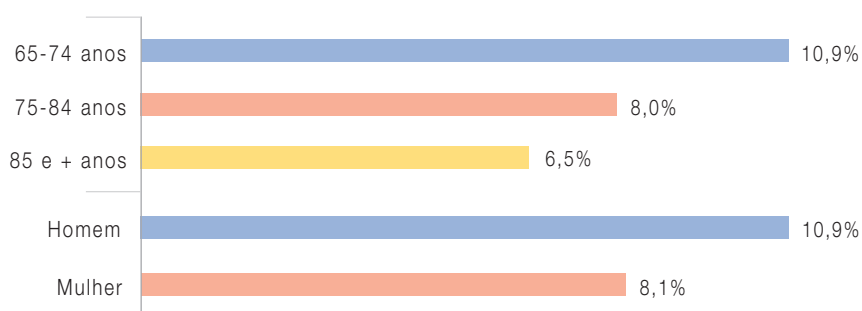


Figura 55: Percentagem da população portuguesa com 65 e mais anos que reportou ter realizado uma colonoscopia nos 10 anos anteriores à entrevista, por sexo e grupo etário, em 2014 (Fonte: INE/INSA(59) - cálculo da distribuição percentual realizado pelos autores).

Outros exames são referidos como cuidados preventivos no PNSPI nomeadamente na prevenção das doenças cardiovasculares e do acidente vascular cerebral ⁽¹⁰⁾. São eles o controlo da tensão arterial e os níveis de glicose e colesterol do sangue.

Em 2019, segundo dados do INS, observou-se que cerca de 90% dos indivíduos com 65 e mais anos monitorizaram a tensão arterial, nos doze meses anteriores à entrevista, com recurso a um profissional de saúde ⁽¹⁰⁰⁾. Também cerca de 80% das mulheres, e 85% dos homens com 65 e mais anos, reportou ter monitorizado a glicémia ⁽¹⁰¹⁾ e o colesterol ⁽¹⁰²⁾ (Figura 56). É a população com 85 e mais anos que menos reportou a monitorização destes dois indicadores.

Também na prevenção de doença da população idosa são importantes a realização de exercício físico e o combate à sedentarização, temática já abordada anteriormente.

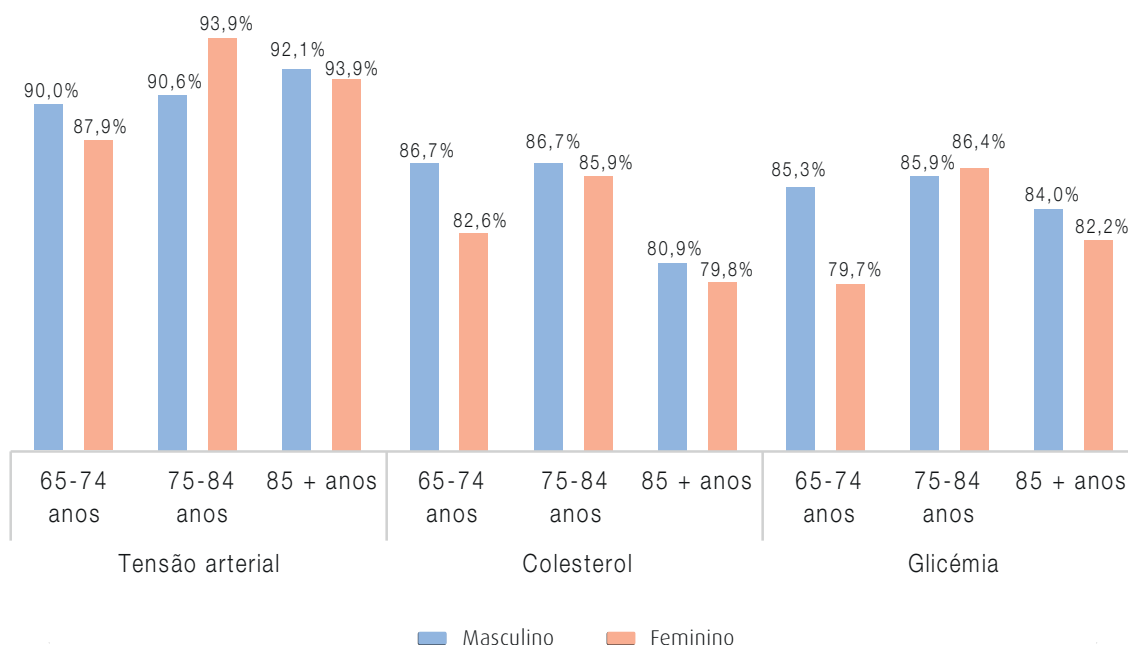


Figura 56: Percentagem da população portuguesa com 65 e mais anos que reportou ter medido a tensão arterial, o nível de colesterol e o nível de glicémia com profissionais de saúde, nos 12 meses anteriores à entrevista, por sexo e grupo etário, em 2019 (Fonte: INE (100-102)).

5.2. Cuidados continuados e paliativos

No contexto de envelhecimento, os cuidados continuados constituem uma importante área dos cuidados de saúde porque representam a resposta de curto prazo à incapacidade funcional que atinge uma proporção dos idosos.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é uma realidade no SNS desde 2006 (103). Dela fazem parte as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), estruturas da responsabilidade dos CSP e das entidades de apoio social, orientadas para a prestação de cuidados em contexto domiciliário a pessoas em situação de dependência (funcional, doença terminal ou em processo de convalescença) e respetivas famílias. Atuam ao nível do tratamento, reabilitação e ação paliativa, com foco na maximização da autonomia do utente e capacitação do cuidador. Desde 2017 a RNCCI alargou a sua intervenção à área da saúde mental (104).

A capacidade instalada na RNCCI prevê a existência de camas de internamento e de lugares de ambulatório, estes últimos dependentes das ECCI (103), porque correspondem ao número de domicílios que cada equipa pode apoiar.

Relativamente aos indivíduos com 65 e mais anos, dados do relatório de acesso aos cuidados de saúde (103) mostraram que a região Centro e a região Alentejo apresentavam em 2018, os melhores resultados em número camas de internamento por 100 mil habitantes com 65 e mais anos, seguindo-se a região do Algarve (Quadro 2). A região de Lisboa e Vale do Tejo tinha a menor cobertura populacional em camas de internamento por 100 mil habitantes com 65 e mais anos.

Quadro 2: Cobertura populacional de lugares na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados para habitantes com idade igual ou superior a 65 anos no Continente, em 2018

	Nº de habitantes com idade ≥ 65 anos	Nº de camas /100000 habitantes ≥ 65 anos	Nº de lugares de ECCI /100000 habitantes ≥ 65 anos
Norte	631439	417	254
Centro	393338	590	185
Lisboa e Vale do Tejo	696815	303	300
Alentejo	128427	626	431
Algarve	87769	603	855

Fonte: RNCCI (103)

No mesmo período, a população com 65 e mais anos representava 83,7% dos indivíduos que beneficiaram da RNCCI e 85,4% dos que beneficiaram das ECCI (103). A população com 80 e mais anos representou 50,7% do total da RNCCI e 53,3% do total das ECCI (Figura 57).

Relativamente à distribuição por sexo e idade na população com 65 e mais anos, 50% dos utentes eram do sexo feminino e 33,7% eram do sexo masculino. Na população com 80 e mais anos, 65,2% eram do sexo feminino e 34,8% eram do sexo masculino, em 2018 (103).

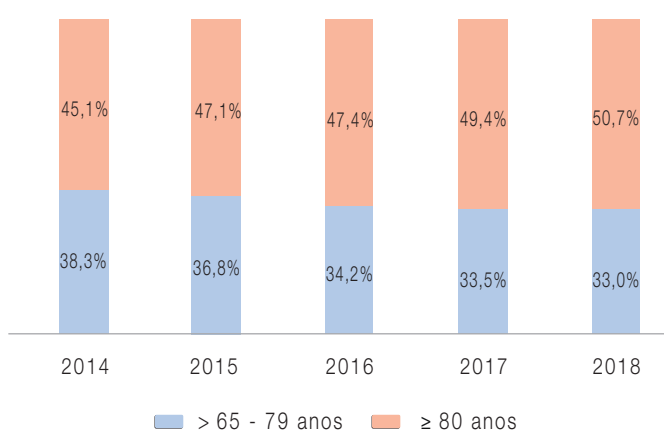


Figura 57: População que beneficiou da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados com 65 e mais anos, por grupo etário, em 2018 (Fonte: RNCCI (103)).

Na área da Saúde Mental, o Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM) contempla, numa das suas metas, a criação de lugares em Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM) para adultos, crianças e jovens (104). Em 2018 a utilização de CCISM por indivíduos com 65 e mais anos pode ser observada no Quadro 3.

Quadro 3: População com doença mental que beneficiou da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados por grupo etário e sexo, no Continente, em 2018.

	Feminino	Masculino	Total
65 - 79 anos	3,0%	4,9%	10,2%
80 e mais anos	1,5%	1,1%	2,6%

Fonte: RNCCI (86)

A Lei que regulamenta os cuidados paliativos em Portugal foi publicada em 2012 (105) e o plano estratégico foi aprovado em 2016. Em 2018 existia pelo menos um recurso que fornecia este tipo de cuidados em todos os distritos (104).

Pode-se resumir os cuidados paliativos como a prestação de cuidados aos doentes com doenças graves e/ou avançadas e progressivas, com o objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida (104). A nível de diferenciação, os cuidados

paliativos podem ser divididos em ações paliativas, cuidados paliativos generalistas e cuidados paliativos especializados ⁽¹⁰⁶⁾.

Segundo dados do Observatório Português dos Cuidados Paliativos ⁽¹⁰⁶⁾ em 2017, 19 regiões (NUTSIII) tinham hospitais com suporte intra-hospitalar e 6 careciam desse apoio. Cinco regiões tinham equipas que prestavam cuidados paliativos domiciliários, e em todo o país 4 equipas prestavam apoio à noite e aos fins de semana. No entanto, não foi possível encontrar informação sobre o número de pessoas com 65 e mais anos, que beneficiaram de cuidados paliativos nos últimos anos em Portugal ⁽¹⁰⁶⁾.

5.3. Cuidados de saúde secundários

O setor hospitalar tem um relevo particular em Portugal, não apenas porque representa o local onde são tratadas as doenças agudas e as mais severas, mas também porque tem representado o recurso que as populações têm utilizado mais frequentemente em caso de doença, severa ou não, quando não têm resposta dos CSP ⁽⁸⁵⁾.

A **Figura 58** ilustra a utilização de cuidados hospitalares em regime de ambulatório da população com 65 e mais anos que referiu ter ido ao hospital no último ano, segundo dados do INS 2019 ⁽¹⁰⁷⁾. Cerca de 50% dos inquiridos, independentemente do grupo etário e do sexo, receberam cuidados de saúde no hospital nos 12 meses anteriores à entrevista. Foi no grupo etário dos 75-84 anos que se observou a maior utilização de cuidados ambulatoriais com 3 e mais idas ao hospital num ano. Relativamente ao sexo não se observaram diferenças significativas relativamente ao número de vezes que homens ou mulheres recorreram às consultas hospitalares.

O INS 2019, há semelhança do INS 2014, considerou internamento hospitalar a ocupação de uma cama de um hospital para efeito de diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos durante, pelo menos, 24 horas ⁽¹⁰⁸⁾. Os dados que se observam na **Figura 59** são os disponibilizados pelo INE na sua base de dados para o ano de 2019, e devem ser interpretados com algum cuidado uma vez que não estava disponível informação para algumas categorias (**Figura 59**). Foi nas mulheres e nos inquiridos com 75 e mais anos que se observou a maior percentagem de internamentos hospitalares nos 12 meses anteriores à entrevista.

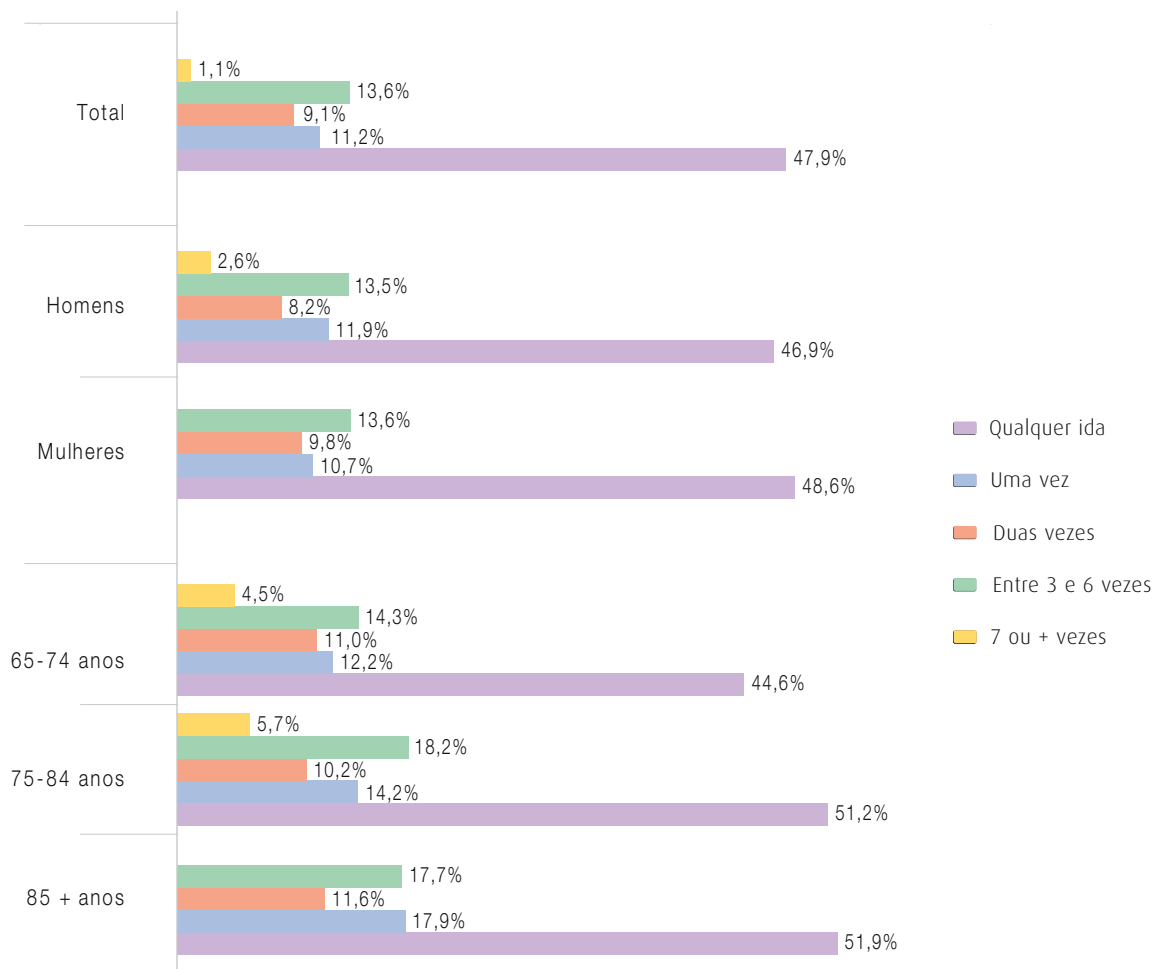


Figura 58: Distribuição percentual da ida ao hospital para cuidados de saúde (sem internamento) nos 12 meses anteriores à entrevista, pela população portuguesa com 65 e mais anos, por sexo e grupo etário, em 2019 (Fonte: INE ⁽¹⁰⁷⁾ - cálculo da distribuição percentual realizado pelos autores. Dados não disponíveis para as mulheres e população com 85 mais anos na categoria “7 ou mais vezes”).

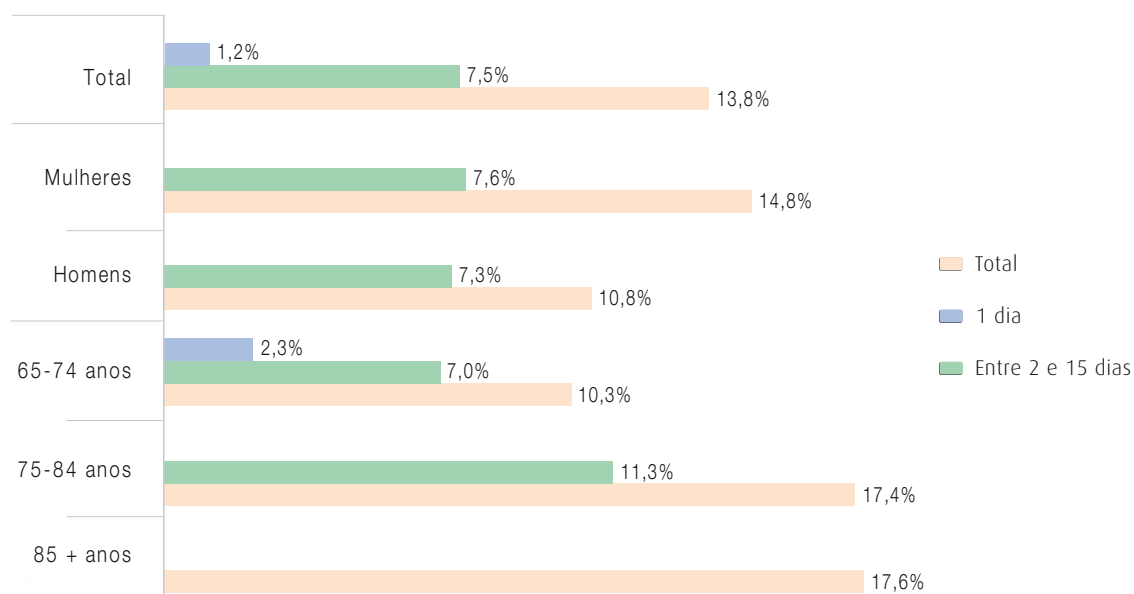


Figura 59: Distribuição percentual do internamento hospitalar (ocupação de 1 cama pelo menos 24 horas) nos 12 meses anteriores à entrevista, pela população portuguesa com 65 e mais anos, por sexo e grupo etário, em 2019 (Fonte: INE ⁽¹⁰⁸⁾ - cálculo da distribuição percentual realizado pelos autores. Dados não disponíveis para os grupos etários 75-84 anos e 85 + anos e estratificado por sexo para a categoria “1 dia”).

Considerações finais

Considerações finais

O relatório “Envelhecimento e saúde: caracterização da saúde da população idosa em Portugal” teve como objetivo contribuir para o conhecimento da realidade do estado de saúde desta população. A seleção das áreas temáticas e dos indicadores teve por base a conceção de saúde da OMS, bem como os objetivos da política para o envelhecimento adotados por esta organização e vários países, incluindo Portugal. A perspetiva de uma idade adulta longa e saudável como uma realidade para as pessoas idosas é preconizada no âmbito nacional e internacional, enquanto que a saúde também já não é vista meramente como a presença ou ausência de doença, mas como resultado de uma interação complexa entre determinantes biológicas, psicológicas, sociais e comportamentais (2,8). Assumindo o envelhecimento como um processo complexo e a saúde como recurso e resultado dos vários determinantes, este relatório apresentou informação de variadas fontes nacionais e europeias, de inquéritos de saúde e de estudos nacionais. Pretendeu-se caracterizar as áreas associadas à saúde da população idosa portuguesa, com recurso aos dados mais recentes, publicados e disponíveis à data de dezembro de 2021.

Os indicadores demográficos mostram que Portugal, tal como os restantes países da União Europeia (Europa de 28 estados-membros), tem vindo a apresentar um aumento da população com 60 e mais anos, sendo dos principais países onde o envelhecimento da população acima dos 80 anos é mais evidente (20). Estes resultados estão em linha com um aumento do índice de envelhecimento e de dependência observados pelo INE entre 2007 e 2018 (23).

Apesar de ser um dos países da União Europeia com um envelhecimento populacional mais acentuado, Portugal encontrava-se, em 2018, mais ou menos no meio da tabela no que se refere ao índice de Envelhecimento Ativo (8). Com diferenças por indicadores, Portugal apresentava um melhor posicionamento relativamente ao “emprego”, sugerindo que a população idosa portuguesa se mantinha economicamente ativa. Quanto à participação social, menos de metade da população com 65 e mais anos de idade referia participar em atividades culturais ou recreativas (35). Indicadores relacionados com os estilos de vida revelavam ainda que na sua grande maioria, a população com 65 e mais anos apresentava níveis baixos de atividade física (37). Apesar de a nível dos consumos, se observar que a grande maioria não fumava ou nunca tinha fumado (95,4%) (40), esta população apresentava consumos medianos elevados de álcool, particularmente no caso dos homens (37). De uma forma geral a autoavaliação do estado de saúde era positiva, junto desta população, com cerca de um terço a referir ter uma saúde má ou muito má.

Alguns aspetos podem contribuir para a vulnerabilidade da população idosa portuguesa. Em 2020, cerca de 23% da população entre os 65 e os 74 anos vivia sozinha (48). Os dados indicavam que, em 2014, a grande maioria desta população tinha entre 1 a 3 pessoas a quem recorrer para apoio em caso de necessidade, ainda que a avaliação da qualidade do suporte recebido pudesse não ser elevada (59). Um estudo de 2012 revelou que as redes sociais são maioritariamente do tipo familiar, sendo a conjugalidade um aspeto importante na perceção e sentimento de solidão (13).

As mulheres idosas surgiram como um grupo particularmente vulnerável. Em Portugal, este grupo beneficiava mais frequentemente de apoios sociais e era quem, comparativamente aos homens, apresentava maior risco de pobreza ou exclusão social (109).

São várias as condições que afetam o envelhecimento e se associam a uma melhor ou pior qualidade de vida nesta fase da vida. Em termos da nutrição, os dados parecem indicar que apesar da população idosa portuguesa, em 2019, apresentar um consumo elevado de frutas e vegetais, uma proporção significativa apresentava excesso de peso (64,9%), num valor superior à média europeia (54,55). Contudo, há que salientar que no caso da população idosa a nutrição está de forma significativa associada a outros fatores como a autonomia e a saúde oral. De facto, dados do INS 2014, indicavam dificuldades em ir às compras e preparar refeições, mais especificamente nos grupos etários mais velhos (28,4% dos 75-84 e 46% dos 85+ para ir às compras e 13,9% dos 75-84 e 32% dos 85+ em preparar refeições) (59). As doenças e problemas de saúde oral atingiam particularmente este grupo da população, com 40% da população entre os 65 e os 74 anos a reportar ter dificuldades em se alimentar, devido a problemas na boca, segundo um estudo de prevalência realizado entre 2013 e 2014 (56).

O envelhecimento está associado a défices sensoriais e a perdas na capacidade e funcionalidade. Em 2014, as dificuldades visuais e auditivas afetavam de forma diferenciada os grupos etários mais velhos, com uma proporção mais elevada de população mais velha a declarar défices visuais ou dificuldades auditivas em ambientes silenciosos (59). Comparativamente à Europa, era mais frequente a população idosa reportar défices visuais e menos frequente reportar défices auditivos (62). Os dados europeus (63) indicavam que, em 2014, a média

da população portuguesa foi superior à europeia quanto à grave dificuldade para a realização das atividades de vida diária, nomeadamente o tomar banho (8%), vestir e despir (6%), sair do banho ou cadeira (5,7%) e utilizar a casa-de-banho (3,8%) (59). A capacidade e funcionalidade estão também associados às lesões e acidentes, que podem nesta altura da vida, ter um impacto mais significativo. Dados do sistema de monitorização dos Acidentes Domésticos e de Lazer (EVITA), indicavam que em 2020 a grande maioria dos acidentes tinham ocorrido em casa, por queda, e afetando mais mulheres que homens.

A importância dos estilos e da qualidade de vida para o estado de saúde e envelhecimento são realçados pela informação sobre a importância e peso das doenças não transmissíveis. Em 2019, foram as dores lombares ou outros problemas crónicos nas costas (57,6%) seguida da hipertensão arterial (HTA) (56,2%) e da artrose (54,6%) (78). De notar que as doenças crónicas não se distribuem de forma homogénea pelos diferentes grupos etários. Enquanto que a grande maioria aumenta nos grupos etários mais velhos, a diabetes apresenta uma prevalência semelhante nos dois grupos etários (65-74 anos e 75 e mais anos).

Para qualquer dos subgrupos etários da população idosa, foram as doenças não transmissíveis que mais contribuíram para a carga global da doença; as doenças transmissíveis e os ferimentos ganham maior relevância nos grupos etários mais velhos. Informação sobre a “carga global da doença” avaliada através da métrica DALYs mostra ainda que em 2019, as estimativas para a população portuguesa com 70 e mais anos foram de 85,7 mil anos de vida perdidos por cada 100 mil habitantes, observando-se diferenças entre o sexo. Nos homens observa-se uma taxa mais elevada de morte prematura e nas mulheres uma taxa superior

de anos perdidos devido a doença ⁽⁸³⁾. São também as doenças não transmissíveis que mais contribuíram para a mortalidade na população com 65 e mais anos em Portugal, ainda assim observando-se um decréscimo entre 2011 e 2016 ^(80,81). Nos 3 grupos etários considerados (64-74 anos, 75-84 anos e 85 e mais anos), as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos estão entre as três causas com taxas de mortalidade por 100 mil habitantes, mais elevadas. No caso das doenças do aparelho respiratório, a quarta causa de mortalidade nos grupos etários entre os 65 e os 84 anos, torna-se a segunda causa de morte mais frequente na população com 85 e mais anos. Já a demência, que apresenta uma taxa de mortalidade bastante baixa na população entre os 65 e os 74 anos, torna-se a sexta causa de morte no grupo dos 85 e mais anos. Convém assinalar que não existem à data estudos com amostras representativas sobre a prevalência deste grupo de doenças em Portugal.

A utilização dos serviços de saúde por esta população é também específica, considerando, os aspetos já caracterizados. Focando os CSP, uma vez que estão na linha de frente da prestação de cuidados de saúde, e posicionados para fornecer os contatos regulares e prolongados que a população mais velha precisa, os indicadores sugerem que em 2019, os portugueses com 65 e mais anos utilizaram os serviços de forma regular ⁽⁸⁶⁾. A diferença observada relativamente aos restantes países europeus (maior proporção da população idosa portuguesa a reportar consultas com Médico de Medicina Geral e Familiar) ⁽⁸⁷⁾, pode estar relacionada com o sistema de saúde de cada país uma vez que são poucos os que têm um SNS tendencialmente gratuito, como acontece em Portugal.

Nem todos os comportamentos preventivos se apresentavam com a mesma frequência em 2019, sendo os serviços de saúde oral os que apresentavam uma utilização menos regular ⁽⁹²⁾. Quanto à va-

cinação, os dados indicam uma adesão significativa por parte deste grupo da população. Observou-se uma maior adesão à vacina do tétano nos indivíduos entre os 65 e 74 anos (74,6%), e uma menor adesão naqueles com 85 e mais anos (57,8%) sem variações significativas entre os sexos em qualquer dos grupos etários ⁽¹¹⁰⁾. Relativamente à vacina da gripe a cobertura aumentou para 60,8% na época de 2017/2018, sendo superior à da UE28 (44,3%), com Portugal a ser um dos países em que a cobertura foi mais elevada ⁽⁹⁷⁾.

Outra competência preventiva dos CSP é a implementação de rastreios populacionais, estando preconizado o rastreio do cancro da mama e do colo do útero até aos 69 anos, nas mulheres, e o do reto até aos 74 anos para toda a população. Neste relatório não se apresentam dados sobre os rastreios populacionais destas patologias, mas sim a proporção de indivíduos que, em 2019, referiram ter realizado os exames utilizados nos rastreios das doenças neoplásicas referidas ⁽⁹⁸⁾. Dados de 2014 indicam que a PSOF só foi referida por apenas 22,4% da população com idade entre os 65 e os 74 anos ⁽⁵⁹⁾.

Em 2019, a hipertensão arterial foi a patologia crónica mais monitorizada por cerca de 90% da população idosa, seguida do colesterol e da glicémia, observando-se esta sequência em todos os grupos etários, mas com as mulheres dos grupos etários mais velhos, a liderarem para as três patologias ⁽¹⁰⁰⁻¹⁰²⁾.

Em suma, a informação recolhida indica que a população idosa portuguesa apresentava particular vulnerabilidade face a alguns aspetos sociais e económicos (como a situação de coabitação, escolaridade e nível económico), com uma participação social inferior à média europeia. Outro aspeto associado ao conceito de envelhecimento ativo refere-se à atividade física e a estilos de vida saudável.

As doenças não transmissíveis são de facto as que mais contribuem para a perda de qualidade de vida na população idosa, com elevada contribuição quer para a carga de doença, quer para a mortalidade da população idosa portuguesa. De uma forma geral, alguns aspetos associados ao envelhecimento em Portugal apresentavam-se de forma similar à média europeia, ainda que a população idosa portuguesa, apresentasse, em 2019, níveis mais elevados de dificuldades na realização das atividades de vida diária, o que por si só tem um impacto importante na participação e inclusão desta população. As diferenças entre Portugal e a União Europeia traduzem provavelmente diferenças ao nível de condições de vida material, práticas em saúde e acesso a cuidados de saúde, entre outros. Informação sobre a utilização dos cuidados de saúde indica uma população idosa com frequência regular nos CSP e aderindo a cuidados preventivos. De notar que em Portugal, tal como noutros países europeus, se observam algumas diferenças entre os sexos. Os indicadores sugerem que as mulheres idosas em Portugal vivem mais tempo, mas com pior estado de saúde. A este resultado junta-se ainda a vulnerabilidade social e económica, uma vez que são as mulheres que estarão em maior risco de pobreza e de exclusão social.

A informação e indicadores apresentados neste relatório têm por base fontes variadas, consultadas através de metodologias diferentes, para períodos, muitas vezes, distintos e, por vezes, com a apresentação de resultados estratificados por grupos etários não comparáveis. Sem dúvida que é salutar que atualmente existam diversificadas fontes de informação que contribuem para o conhecimento da saúde e seus determinantes na população com 65 e mais anos em Portugal. Contudo, estes aspetos distintivos, dificultam a sua comparabilidade e a integração da informação. Além disso, constatou-se que existem tópicos e indicadores específicos para

os quais falta informação epidemiológica ou seria necessária a sua atualização (e.g. demência). Apesar destas limitações, a inclusão de informação de diferentes áreas apoia uma visão mais integral da população portuguesa com 65 e mais anos e a caracterização das suas necessidades. Para a promoção de um envelhecimento com melhor saúde, menos incapacidades e melhor qualidade de vida, há que reconhecer os aspetos com maior fragilidade para a população idosa portuguesa, nomeadamente os que envolvem estruturas socioculturais, políticas, modos de organização social e económica e relações entre os diversos intervenientes.

Referências bibliográficas

1. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. [Internet]. 2002. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
2. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial do envelhecimento [Internet]. 2015 [cited 2020 Oct 28]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/who_fw_wc_;jsessionid=20FE92ADF71A23E212DD0C6F6155E8D1?sequence=6
3. Paúl C, Ribeiro O. Manual de gerontologia. Lidel-edi. Lisboa: Lidel- edições técnicas, lda.; 2012.
4. Fonseca AM. Desenvolvimento psicológico e processos de transição-adaptação no decurso do envelhecimento. In: Paúl C, Ribeiro O, editors. Manual de gerontologia. Lisboa: Lidel- edições técnicas, lda.; 2012. p. 95–106.
5. Paúl C. A construção de um modelo de envelhecimento humano. In: Paúl C, Fonseca AM, editors. Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados. Lisboa: Cl. Lisboa: Climepsi Editores; 2015. p. 15–41.
6. Fernández-Ballesteros R. Active ageing: the contribution of psychology. Gottingen, Germany: Hogrefe & Huber; 2008.
7. Ribeiro O. O envelhecimento ‘ativo’ e os constrangimentos da sua definição. Rev da Fac Let da Univ do Porto [Internet]. 2012 [cited 2020 Oct 28];(2):33–52. Available from: <https://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10580.pdf>
8. Grupo de Trabalho Interministerial. Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 [Internet]. Lisboa; 2017. Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
9. Jacob L. Universidades Seniores: Criar Novos Projectos de Vida. III Congresso Mundial do Envelhecimento Ativo. 2012. 1–65 p. ISBN: 978-989-97524-1-2
10. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas [Internet]. Lisboa; 2006 [cited 2020 Oct 15]. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>
11. Dias I, Rodrigues E V. Demografia e sociologia do envelhecimento. In: Paúl C, Ribeiro O, editors. Manual de gerontologia. Lisboa: Lidel- edições técnicas, lda.; 2012. p. 179–202.
12. Quartilho MJR. Qualidade de vida, felicidade, saúde, bem-estar, satisfação. Pessoas, sociedades, culturas. Que importa? In: Canavarro MC, Serra V, editors. Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspetva da Organização Mundial da Saúde. Fundação C. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2010. p. 55–126.
13. Cabral MV, Ferreira PM, Silva PA, Jerónimo P, Marques T. Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2013. 381 p.
14. Afonso C, Morais C, Almeida MD V. Alimentação e nutrição em gerontologia. In: Paúl C, Ribeiro O, editors. Manual de gerontologia. Lisboa: Lidel- edições técnicas, lda.; 2012. p. 41–70.
15. Whitbourne SK. Physical and sensory changes in adulthood and old age. In: Adult development and ageing:biopsychosocial perspectives. New York: John Wiley & Sons, Inc.; 2005. p. 87–129.
16. Rubenstein LZ, Solomon DH, Roth CP, Young RT, Shekelle PG, Chang JT, et al. Detection and management of falls and instability in vulnerable elders by community physicians. J Am Geriatr Soc. 2004 Sep;52(9):1527–31

17. Lei n.º 56/1979. Serviço Nacional de Saúde. Diário da República n.º 214, Série I de 1979-09-15. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/56-1979-369864>
18. Portal Serviço Nacional de Saúde. Rede de prestação de cuidados de saúde: definição [Internet]. Serviço Nacional de Saúde. 2017. Available from: <https://www.sns.gov.pt/reforma-faq/rede-de-prestacao-de-cuidados-de-saude-•-definicao/>
19. Quintal C, Lourenço Ó, Ferreira P. Utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa: Uma análise por género e classes latentes. *Rev Port Saude Publica* [Internet]. 2012 Jan [cited 2020 Oct 28];30(1):35–46. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252012000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
20. Eurostat. Population Population structure and ageing [Internet]. Eurostat (Statistics Explained). 2021 [cited 2021 Dec 22]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/-/index.php?title=Population_structure_and_ageing
21. Eurostat. Population structure indicators at national level [Internet]. Eurostat (Data base: demo_pjanind). 2021. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJAN-IND__custom_1877924/default/table?lang=en
22. Instituto Nacional de Estatística. População residente (N.o) por Local de residência, Sexo e Grupo etário [Internet]. Recenseamento da população e habitação - Censos 2021. 2021 [cited 2021 Dec 23]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_p_etarias&menuBOUI=13707095&contexto=pe&selTab=tab4
23. Instituto Nacional de Estatística. Índice de envelhecimento (N.o) e índice de dependência de idosos (No) [Internet]. Estatísticas Demográficas, Estimativas Provisórias de População Residente. 2021 [cited 2021 Nov 10]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008258&contexto=bd&selTab=tab2
24. Perista, Heloísa (coord.); Perista, Pedro. Género e envelhecimento: planear o futuro começa agora! Estudo de diagnóstico. - Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2012. - 99 p. (Cadernos condição feminina; 65). - ISBN 978-972-597-338-7. Available from: <https://www.cig.gov.pt/siic/2015/01/projeto-genero-e-envelhecimento-planear-o-futuro-comeca-agora/>
25. PORDATA. População residente com 65 e mais anos do sexo masculino e sexo feminino [Internet]. População residente: estimativas a 31 de Dezembro, total e por grupo etário. 2021 [cited 2021 Nov 11]. Available from: <https://www.por-data.pt/Subtema/Portugal/População+Residente-28>
26. Eurostat. Life expectancy by age and sex [Internet]. Mortality (national level) database: DEMO_MLEXPEC__custom_1884884. 2021 [cited 2021 Oct 20]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_MLEXPEC__custom_1884910/default/table?lang=en
27. PORDATA. População residente com 15 a 64 anos e 65 e mais anos: por nível de escolaridade completo mais elevado (%) [Internet]. Inquérito ao Emprego: Instituto Nacional de Estatística. 2020 [cited 2021 Oct 18]. Available from: [https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+com+16+a+64+anos+e+65+a+89+anos+por+nivel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+\(percentagem\)-2266](https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+com+16+a+64+anos+e+65+a+89+anos+por+nivel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+(percentagem)-2266)
28. PORDATA. Taxa de actividade [Internet]. Taxa de actividade: total e por grupo etário. Fonte de dados: INE - Inquérito ao Emprego. 2021 [cited 2021 Nov 18]. Available from: [https://www.pordata.pt/municipios/taxa+de+atividade+segundo+os+censos+total+e+por+grupo+etario+\(percentagem\)-391](https://www.pordata.pt/municipios/taxa+de+atividade+segundo+os+censos+total+e+por+grupo+etario+(percentagem)-391)
29. Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) do Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social (MTSSS). Síntese de informação estatística da Segurança Social [Internet]. 2021. Available from: <http://www.gep.mtsss.gov.pt/documents/10182/37639/siess202111.pdf/af702a80-d552-4c84-9f1e-3fdc4ea31629>

30. Instituto Nacional de Estatística. População residente em risco de pobreza ou exclusão social por Sexo e Grupo etário [Internet]. Inquérito às condições de vida e rendimento. 2021 [cited 2021 Dec 16]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0006271&selTab=tab0
31. Instituto Nacional de Estatística. Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos. Destaque: informação à comunicação social. 2012. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2
32. Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social. Carta Social: rede de serviços e equipamentos 2020. Carta Social. Lisboa; 2021. <http://www.gep.mtsss.gov.pt/carta-social>
33. Principi A, Lamura G, Marchetti E, Gaucaite V, Kharitonova O, Di Rosa M. 2018 Active Ageing Index Analytical Report. Geneva; 2019. https://unece.org/DAM/pau/age/Active_Ageing_Index/ECE-WG-33.pdf
34. Eurostat. A look at the lives of the elderly in the EU today. [Internet]. Luxembourg; 2020. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/11478057/KS-02-20-655-EN-N.pdf/9b09606c-d4e8-4c33-63d2-3b20d5c19c91?t=1604055531000>
35. Eurostat. Participation in any cultural or sport activities in the last 12 months by sex, age and educational attainment level [Internet]. EU survey on income and living conditions (EU-SILC) database: ilc_scp03. 2015 [cited 2019 Oct 5]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_scp03/default/table?lang=en
36. RUTIS. Lista das Universidades e Academias Seniores registadas em Portugal – RUTIS / CASES [Internet]. Lisboa; 2018. Available from: <https://www.cases.pt/wp-content/uploads/2019/05/lista-de-UTIs-Cases-dez-2019.pdf>
37. Lopes C, Torres D, Oliveira A, Severo M, Alarcão V, Guiomar S, et al. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016 [Internet]. Porto; 2017 [cited 2020 Oct 9]. Available from: https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IAN-AF_Relatório_Resultados_0.pdf
38. Instituto Nacional de Estatística. População residente com 55 e mais anos de idade que referiu pelo menos uma dificuldade nas atividades domésticas (N.o) por Sexo, Grupo etário e Necessidade de ajuda nas atividades domésticas [Internet]. Inquérito nacional de saúde 2019. 2021 [cited 2021 Dec 23]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0010158&contexto=bd&selTab=tab2
39. Instituto Nacional de Estatística. População residente com 15 e mais anos de idade (N.o) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo, Grupo etário e Condição perante o consumo de tabaco [Internet]. Inquérito nacional de saúde 2019. 2021 [cited 2021 Dec 23]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008821&contexto=bd&selTab=tab2
40. Leite A, Machado A, Pinto S, Matias Dias C. Características sociodemográficas dos fumadores em Portugal: análise comparativa dos Inquéritos Nacionais de Saúde (1987, 1995/1996, 1998/1999, 2005/2006 e 2014) [Internet]. Lisboa; 2017 Dec [cited 2020 Nov 25]. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.18/4117>
41. Instituto Nacional de Estatística. População residente com 15 e mais anos de idade (N.o) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo, Grupo etário e Condição perante o consumo de bebidas alcoólicas nos 12 meses anteriores à entrevista; [Internet]. Inquérito nacional de saúde 2019. 2021 [cited 2021 Oct 28]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008823&contexto=bd&selTab=tab2

42. Barros C, Gomes A, Pinto E. Estado de saúde e estilos de vida dos idosos portugueses: O que mudou em 7 anos? *Arq Med.* 2013;27(6):242–7.
43. Araújo J, Ramos E, Lopes C. Estilos de vida e percepção do estado de saúde em idosos Portugueses de zonas rural e urbana. *Acta Med Port.* 2011;24(SUPPL.2):79–88.
44. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas da Saúde: 2019 [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2021. Available from: <https://www.ine.pt/xurl/pub/257483090>
45. Instituto Nacional de Estatística, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 2014 [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2016. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt
46. Alarcão V, Madeira T, Peixoto-Plácido C, Sousa-Santos N, Fernandes E, Nicola P, et al. Gender differences in psychosocial determinants of self-perceived health among Portuguese older adults in nursing homes. *Aging Ment Heal* [Internet]. 2019;23(8):1049–56. Available from: <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1471583>
47. Instituto Nacional de Estatística. População residente com 15 e mais anos de idade (N.o) por Sexo, Grupo etário e Grau de intensidade da dor física sentida nas 4 semanas anteriores à entrevista [Internet]. Inquérito nacional de saúde 2019. 2021 [cited 2021 Oct 18]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008673&contexto=bd&selTab=tab2
48. Eurostat. Distribution of population aged 65 and over by type of household [Internet]. EU-SILC survey database: ILC_LVPS30. 2021 [cited 2022 Oct 23]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ILC_LVPS30__custom_2183269/default/table?lang=en
49. Instituto Nacional de Estatística. População residente com 15 e mais anos de idade (N.o) por Sexo, Grupo etário e Grau de suporte social percebido [Internet]. Inquérito nacional de saúde 2019. 2021 [cited 2021 Nov 11]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008931&contexto=bd&selTab=tab2
50. Gil AP, Santos AJ, Kislaya I, Nicolau R. Envelhecimento e violência [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2014 [cited 2018 Feb 22]. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.18/1955>
51. European Nutrition for Health Alliance. Malnutrition among Older People in the Community [Internet]. London; 2006 May [cited 2020 Oct 14]. Available from: https://www.bapen.org.uk/pdfs/malnut_in_the_community.pdf
52. Barbosa M, Granja L. Alimentação no Ciclo de Vida: Alimentação na pessoa idosa. Sociedade. Ávila H, editor. Sociedade Portuguesa de Nutricionistas; 2013.
53. Instituto Nacional de Estatística. População residente com 15 ou mais anos que toma habitualmente pelo menos uma refeição principal segundo o tipo de alimentos consumidos nas refeições principais no dia anterior à entrevista por sexo e grupo etário, Portugal, 2019 [Internet]. Inquérito nacional de saúde 2019. 2020 [cited 2021 Dec 8]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=414434213&DESTAQUESmodo=2
54. Eurostat. Daily consumption of fruit and vegetables by sex, age and educational attainment level [Internet]. European Health Interview Survey (EHIS) database: HLTH_EHIS_FV3E\$DE-FAULT-VIEW. 2021 [cited 2021 Nov 9]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hl-th_ehis_fv3e/default/table?lang=en

55. Eurostat. Body mass index (BMI) by sex, age and educational attainment level. European Health Interview Survey (EHIS) database: HLTH_EHIS_BM1E. 2021.
56. Calado R, Ferreira CS, Nogueira P, Melo P. III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais 6, 12, 18, 35-44 e 65-74 anos [Internet]. Lisboa; 2015 Nov [cited 2020 Oct 15]. Available from: <https://www.omd.pt/content/uploads/2017/12/estudo-doencas-orais-dgs.pdf>
57. Direção Geral da Saúde. Programa Nacional para a Saúde da Visão [Internet]. Lisboa; 2016 May [cited 2020 Oct 16]. Available from: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15278/1/i022608.pdf>
58. Magalhães, A., Falcão, M., Campos, N., Monteiro Grillo, M., Murta, J. N., Breda, J., Menéres, P., & Quadrado, M. J. (2018). Estratégia Nacional para a Saúde da Visão. *Revista Sociedade Portuguesa De Oftalmologia*, 42(3). <https://doi.org/10.48560/rspo.15414>
59. Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional de Saúde 2014 [Internet]. Lisboa; 2016. Available from: <https://www.ine.pt/xur-l/pub/263714091>
60. Torres AR, Nunes B, Roquette R, Dias C. Inca-pacidade auditiva autodeclarada na população portuguesa: comparação entre os Inquéritos Nacionais de Saúde 2005/2006 e 2014. *Obs Bol epidemiológico* [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 16];24(1). Available from: https://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/6385/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N24_2019_artigo1.pdf
61. Eurostat. Physical and sensory functional limitations by sex, age and educational attainment level [Internet]. European Health Interview Survey (EHIS) database: HLTH_EHIS_PL1E. 2021 [cited 2021 Dec 13]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_PL1E__custom_2152287/default/table?lang=en
62. Eurostat. Physical and sensory functional limitations by sex, age and educational attainment level [Internet]. Eurostat. 2019. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_ehis_pl1e
63. Eurostat. Difficulties in personal care activities by sex, age and educational attainment level [Internet]. Eurostat. 2019. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_p-c1e/default/table?lang=en
64. EuroSafe: Injuries in the European Union, Summary on injury statistics 2012-2014. EuroSafe. Amsterdam: EuroSafe: European Association for Injury Prevention and Safety Promotion; 2014. 505–518 p.
65. Hugo J, Ganguli M. Dementia and Cognitive Impairment. *Clin Geriatr Med*. 2014;30(3):421–42. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2014.04.001>
66. World Health Organization. Dementia: a public health priority. Geneva; 2012. <https://www.who.int/publications/i/item/dementia-a-public-health-priority>
67. OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018 [Internet]. Paris; 2018. Available from: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
68. Berr C, Wancata J, Ritchie K. Prevalence of dementia in the elderly in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005;15(4):463–71.
69. Associação Alzheimer Portugal. Prevalência da Demência [Internet]. Associação Alzheimer Portugal. 2019 [cited 2019 Nov 20]. Available from: <http://alzheimerportugal.org/pt/prevalencia>
70. Margarida F, Farinha C, Freitas S, Rodrigues V, Carvalho Á. Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Acta Med Port*. 2015;28(2):182–8.

71. Rodrigues AP, Sousa-uva M De, Galvão C, Nunes B, Dias CM. Prevalência de demências na população sob observação da Rede de Médicos-Sentinela em 2006. 2014;9–10.
72. Nunes, B., Silva, R. D., Cruz, V. T., Roriz, J. M., Pais, J., & Silva, M. C. Prevalence and pattern of cognitive impairment in rural and urban populations from Northern Portugal. *BMC Neurol* [Internet]. 2010;10. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2377-10-42>
73. Afonso M. Stress, Coping e Resiliência em pessoas idosas. In: Paúl C, Ribeiro O, editors. *Manual de gerontologia*. Lisboa: Lidel- edições técnicas, lda.; 2012. p. 163–76.
74. Chapman DP, Perry GS. Depression as a Major Component of Public Health for Older Adults. *Prev Chronic Dis* [Internet]. 2008 Jan 1 [cited 2022 Feb 24];5(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2248771/>
75. Baldwin, R & Wild, R. Management of depression in later life. *Adv Psychiatr Treat* [Internet]. 2004;10(2):131–9. Available from: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/295045EC68355228C3241C91FCC3CD6B/S135551460001164a.pdf/management_of_depression_in_later_life.pdf
76. Almeida TC de, Heitor MJ, Santos O, Costa A, Virgolino A, Rasga C, et al. Saúde mental em tempos de pandemia - SM-COVID-19: relatório final [Internet]. Lisboa; 2020. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.18/7245>
77. Eurostat. Current depressive symptoms by sex, age and income quintile [Internet]. European Health Interview Survey (EHIS) database: HLTH_EHIS_MH11. 2021. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_MH11__custom_2183734/default/table?lang=en
78. Eurostat. Persons reporting a chronic disease, by disease, sex, age and educational attainment level [Internet]. European Health Interview Survey (EHIS) database: hlth_ehis_cd1e. 2021 [cited 2021 Nov 3]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_CD1E/default/table?lang=en
79. Instituto Nacional de Estatística. População residente com 15 e mais anos de idade (N.o) por Sexo, Condição perante o trabalho e Tipo de doença crónica [Internet]. Inquérito Nacional de Saúde. 2015. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008891&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt
80. Eurostat. Causes of death - standardised death rate by NUTS 2 region of residence [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 22]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlt_h_cd_asdr2/default/table?lang=en
81. Instituto Nacional de Estatística. Taxa de mortalidade por 100 000 habitantes (N.o) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo, Grupo etário e Causa de morte (Lista OCDE adaptada) [Internet]. Óbitos por causas de morte (Anual). 2021. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0010004&contexto=bd&selTab=tab2
82. Murray CJL, Acharya AK. Understanding DALYs. *J Health Econ*. 1997;16:703–30.
83. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) [Internet]. Institute for Health Metrics and Evaluation. 2021 [cited 2021 Dec 19]. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
84. World Health Organization. Declaration of Alma Ata . In: *International Conference on Primary Health Care* [Internet]. USSR: World Health Organization; 1978 [cited 2020 Oct 20]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>

85. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Meio caminho andando: relatório primavera 2018 [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 20]. Available from: <https://www.opssaude.pt/relatorios/relatorio-de-primavera-2018/>
86. Instituto Nacional de Estatística. População residente com 15 e mais anos de idade (N.o) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo, Grupo etário, Tipo de consulta médica e Escalão de tempo decorrido desde a última consulta médica [Internet]. Inquérito nacional de saúde 2019. 2021 [cited 2021 Dec 14]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008801&contexto=bd&selTab=tab2
87. Eurostat. Persons visiting a doctor in the last 12 months by medical speciality, number of visits, educational attainment level, sex and age [Internet]. Eurostat. 2020. Available from: https://e-c.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_h-ch03/default/table?lang=en
88. World Health Organization. World Health Day 2019: campaign essentials [Internet]. World Health Organization. 2019 [cited 2020 Oct 21]. Available from: www.who.int/whd19
89. Programa nacional para a saúde das pessoas idosas, Direção Geral da Saúde. Saúde Oral das Pessoas Idosas [Internet]. Direção geral da saúde. 2007 [cited 2020 Oct 15]. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2021-2025-pdf.aspx>
90. Melo P, Marques S, Silva OM. Portuguese self-reported oral-hygiene habits and oral status. *Int Dent J* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2020 Oct 21];67(3):139–47. Available from: <https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/27981568/>
91. Simões J, Figueiredo Augusto G, do Céu A, Ferreira MC, Jordão M, Calado R, et al. Ten years since the 2008 introduction of dental vouchers in the Portuguese NHS. *Health Policy (New York)*. 2018 Aug 1;122(8):803–7.
92. Instituto Nacional de Estatística. População residente com 15 e mais anos de idade (N.o) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo, Grupo etário e Escalão de tempo decorrido desde a última consulta com dentista [Internet]. Inquérito nacional de saúde 2019. 2021 [cited 2021 Oct 28]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008829&contexto=bd&selTab=tab2
93. Instituto Nacional de Estatística. População residente com 15 e mais anos de idade que consultou um dentista nos 12 meses anteriores à entrevista (N.o) por Local de residência, Sexo, Grupo etário e Razão principal da última consulta com dentista [Internet]. Inquérito nacional de saúde 2019. 2021 [cited 2021 Dec 17]. Available from: https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0010153&contexto=bd&selTab=tab2
94. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Despacho 8591-B/2016 [Internet]. Diário da República no 125/2016 1o Suplemento Série II, 8591-B/2016 Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde; Jul 1, 2016 p. 20480(2)--20480(3). Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/8591-b-2016-74843527>
95. Serviço Nacional de Saúde. Atividade do Programa Nacional de Saúde Oral [Internet]. Serviço Nacional de Saúde. 2021 [cited 2021 Dec 20]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/ci-dadao/saude-oral/>
96. Instituto Nacional de Estatística. Proporção da população residente com 15 e mais anos de idade que referiu ter tomado a vacina contra o tétano nos 10 anos anteriores à entrevista (%) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário [Internet]. Inquérito nacional de saúde 2019. 2021. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008806&contexto=bd&selTab=tab2

97. Machado A, Mazagatos C, Dijkstra F, Kislaya I, Gherasim A, McDonald SA, et al. Impact of influenza vaccination programmes among the elderly population on primary care, Portugal, Spain and the Netherlands: 2015/16 to 2017/18 influenza seasons. *Euro Surveill* [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2020 Oct 21];24(45). Available from: [/pmc/articles/PMC6852314/?report=abstract](https://pmc/articles/PMC6852314/?report=abstract)
98. Instituto Nacional de Estatística. Proporção da população residente feminina com idade entre 50 e 69 anos que referiu ter realizado uma mamografia nos 2 anos anteriores à entrevista (%) por Nível de escolaridade [Internet]. Inquérito nacional de saúde 2019. 2021 [cited 2022 Nov 22]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008934&contexto=bd&selTab=tab2
99. Eurostat. Self-reported last breast examination by X-ray among women by age and educational attainment level [Internet]. European Health Interview Survey (EHIS) database: HLTH_EHIS_-PA7E. 2021. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/page/hlth_ehis_pa7e
100. Instituto Nacional de Estatística. Proporção da população residente com 15 e mais anos de idade que referiu ter tido a tensão arterial medida por um profissional de saúde nos 12 meses anteriores à entrevista (%) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário [Internet]. Inquérito nacional de saúde 2019. 2021 [cited 2021 Dec 15]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008807&contexto=bd&selTab=tab2
101. Instituto Nacional de Estatística. Proporção da população residente com 15 e mais anos de idade que referiu ter tido o nível de glicémia medido por um profissional de saúde nos 12 meses anteriores à entrevista (%) por Sexo e Condição perante o trabalho [Internet]. Inquérito nacional de saúde 2019. 2021 [cited 2021 Dec 15]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0010948&contexto=bd&selTab=tab2
102. Instituto Nacional de Estatística. Proporção da população residente com 15 e mais anos de idade que referiu ter tido o nível de colesterol medido por um profissional de saúde nos 12 meses anteriores à entrevista (%) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário [Internet]. Inquérito nacional de saúde 2019. 2021 [cited 2021 Dec 15]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008808&contexto=bd&selTab=tab2
103. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 1º semestre de 2019 [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 21]. Available from: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-de-Monitorizacao-da-RNCCI-sem-19-vfinal-3.pdf>
104. Ministério da Saúde. Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas [Internet]. 2018 Jul [cited 2020 Oct 21]. Available from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatorio_Acesso_2018-v.final_.pdf
105. Lei n.º 52/2012. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Diário da República nº 172, Série I de 2012-09-05. Disponível em: https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2012/Setembro/Lei_52_2012.pdf
106. Capelas ML, Silva A, Coelho P, Afonso T, Durão S, Teves C. Observatório Português dos Cuidados Paliativos: Secção Estimação de Doentes, Cobertura e Caracterização das Equipas e Profissionais das Equipas de Cuidados Paliativos [Internet]. 2018 Nov [cited 2020 Oct 21]. Available from: <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/2751/file>

107. Instituto Nacional de Estatística. População residente com 15 e mais anos de idade que foi ao hospital para cuidados de saúde nos 12 meses anteriores à entrevista (N.o) por Sexo, Grupo etário e Escalão do total de idas ao hospital [Internet]. Inquérito nacional de saúde 2019. 2021 [cited 2021 Dec 17]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008677&contexto=bd&selTab=tab2

108. Instituto Nacional de Estatística. População residente com 15 e mais anos de idade com internamento em hospital nos 12 meses anteriores à entrevista (N.o) por Sexo, Grupo etário e Escalão do total de dias de internamento [Internet]. Inquérito nacional de saúde 2019. 2021 [cited 2021 Dec 13]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008676&contexto=bd&selTab=tab2

109. Instituto Nacional de Estatística. População residente em risco de pobreza ou exclusão social (%) por Sexo e Grupo etário [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct 30]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0006271&selTab=tab0&xlang=pt

110. Instituto Nacional de Estatística. Proporção da população residente com 15 e mais anos de idade que referiu ter tomado a vacina contra o tétano nos 10 anos anteriores à entrevista (%) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário [Internet]. Inquérito Nacional de Saúde 2014. 2018. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008806&contexto=bd&selTab=tab2

_Departamento de Epidemiologia

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Av Padre Cruz, 1649-016 | Lisboa | Portugal

Tel: 217 519 200

E-mail: info@insa.min-saude.pt