



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

ESTRATÉGIA NACIONAL PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL 2017-2025

Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial
(Despacho n.º12427/2016)

10 de julho de 2017

Grupo de trabalho

Andreia Silva da Costa (Relatora), *Direção-Geral da Saúde*



António Ribeiro, *Direção-Geral das Autarquias Locais*

Armando Varela, *Associação Nacional de Municípios Portugueses*

Eleutério Manuel Alves, *CASES – Cooperativa António Sérgio para Economia Social*

Fernando Regateiro, *Coordenação Nacional dos Cuidados de Saúde Hospitalares*

Isabel Elias, *Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género*

Ana Porfírio, *Associação Nacional de Freguesias*

José Pereira Miguel (Coordenador), *Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa*

Manuel Lopes, *Coordenação Nacional dos Cuidados Continuados Integrados*

Manuel Oliveira, *Coordenação Nacional dos Cuidados de Saúde Primários*

Neusa Festas, *Instituto da Segurança Social, I.P.*

Paula Susana Ferreira, *Direção-Geral da Segurança Social*

Colaborações

Documento inicial da DGS:

Ana Alexandre Fernandes; Ana Paula Borges; Constança Paúl; Gisele Câmara; Helena Monteiro; Joana Duarte; José Luiz Telles de Almeida; Maria Adriana Henriques; Maria Amália Botelho; Maria da Graça Freitas; Maria Emília Campos Brito; Maria João Bárrios; Maria João Quintela; Mariana Ferreira de Almeida; Manuel José Lopes; Manuel Veríssimo; Miguel Arriaga.

Entidades e outras participações:

Ageing@Coimbra; ARS Alentejo; ARS LVT; ARS Norte; Associação Amigos da Grande Idade; Associação de Defesa do Consumidor – DECO; Associação Nacional de Municípios Portugueses – ANMP; Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar; Associação Portuguesa de Apoio à Vítima; Associação Portuguesa de Economia da Saúde – APES; Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação; Associação Portuguesa de Fisioterapeutas; Associação Portuguesa dos Higienistas Orais; Associação Portuguesa de Hospitalização Privada; Associação Portuguesa da Promoção para o Envelhecimento Ativo e Saudável; Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala; Associação Portuguesa dos Terapeutas Ocupacionais; Associação dos Profissionais de Serviço Social; Associação Rede de Universidades da Terceira Idade – RUTIS; Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade; Câmara Municipal de Lisboa; Centro de Estudos para a Intervenção Social – CESIS; Comissão Cidadania e a Igualdade de Género; Confederação Nacional de Reformados, Pensionistas e Idosos; Confederação Portuguesa das Coletividades de Cultura, Recreio e Desporto; Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida; Cruz Vermelha Portuguesa; Faculdade de Medicina do Conselho de Lisboa; Federação Portuguesa das Associações das Famílias de Pessoas com Experiência de Doença Mental; Fundação Calouste Gulbenkian; Grupo de Reflexão e Apoio à Cidadania Empresarial; Instituto da Mobilidade e dos Transportes; Instituto da Segurança Social – Centro Distrital de Lisboa; Ministério da Defesa Nacional; Ministério da Justiça; Ordem dos Enfermeiros; Ordem dos Farmacêuticos; Ordem dos Médicos Dentistas; Ordem dos Nutricionistas; Ordem dos Psicólogos Portugueses; Secretaria Regional da Madeira; Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental; Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia; Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar.



ÍNDICE

SIGLAS E ACRÓNIMOS	4
1.PREÂMBULO	6
2.ENQUADRAMENTO	8
3.PRINCÍPIOS ORIENTADORES	18
4. OBJETIVOS	18
5. EIXOS ESTRATÉGICOS	20
6. LINHAS ORIENTADORAS - SAÚDE	20
6.1. PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEL E VIGILÂNCIA DA SAÚDE	22
6.2. GESTÃO DOS PROCESSOS DE COMORBILIDADE	24
7. LINHAS ORIENTADORAS - PARTICIPAÇÃO	26
7.1 EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO AO LONGO DO CICLO DE VIDA	27
7.2. CRIAÇÃO DE AMBIENTES POTENCIADORES DA INTEGRAÇÃO E PARTICIPAÇÃO	29
8. LINHAS ORIENTADORAS - SEGURANÇA	32
8.1. CRIAÇÃO DE AMBIENTES FÍSICOS QUE GARANTAM A SEGURANÇA	32
8.2. IDENTIFICAÇÃO, SINALIZAÇÃO E SUPORTE EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE	34
9. LINHAS ORIENTADORAS – MEDIÇÃO, MONITORIZAÇÃO E INVESTIGAÇÃO	35
10. IMPLEMENTAÇÃO, MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO	36
11. BIBLIOGRAFIA	37
ANEXOS	41
ANEXO 1 – CONCEITOS-CHAVE	42
ANEXO 2 - LINKS PARA OUTROS DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA	44
ANEXO 3 – TABELAS DE APOIOS SOCIAIS	47
ANEXO 4 – INDICADORES DE RESULTADOS RELACIONADOS COM ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL POR FONTE DE INFORMAÇÃO	50



Siglas e Acrónimos

ACES Agrupamento de Centros de Saúde
ACM Alto Comissariado para as Migrações
ACSS Administração Central de Sistemas de Saúde
AIS – Avaliação do Impacto na Saúde
ANAFRE Associação Nacional de Freguesias
ANMP Associação Nacional de Municípios Portugueses
APAV Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
ARS Administração Regional de Saúde
CASES Cooperativa António Sérgio para a Economia Social
CID Classificação Internacional de Doenças
CIF Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIG Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género
CNPV Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado
CRP Constituição da República Portuguesa
CS Centro de Saúde
CSP Cuidados de Saúde Primários
DGS Direção-Geral da Saúde
ENEAS Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável
EUROSTAT Gabinete de Estatística da União Europeia
GNR Guarda Nacional Republicana
IEFP Instituto do Emprego e Formação Profissional
IMT Instituto da Mobilidade e dos Transportes, I.P.
INE Instituto Nacional de Estatística
IPSS Instituições Particulares de Solidariedade Social
IRN Instituto dos Registos e Notariado
ISS, IP Instituto da Segurança Social, I.P.
LNES Linhas Nacionais de Emergência Social
MAI Ministério da Administração Interna
MCTES Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
ME Ministério da Educação
MS Ministério da Saúde
OMS Organização Mundial de Saúde
ONG Organização Não Governamental
PIC Plano Individual de Cuidados
PNPAF Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física
PNPAS Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
PNS Plano Nacional de Saúde
PNSM Programa Nacional de Saúde Mental
PORDATA Base de Dados de Portugal Contemporâneo
PSP Polícia de Segurança Pública
RNCCI Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RUTIS Rede de Universidades Seniores
SPMS Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SSS Setor Social e Solidário
UE União Europeia
UNECE United Nations Economic Commission for Europe



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

WHO World Health Organization

RESERVADO



1. PREÂMBULO

Portugal, assim como outros países da Europa, tem vindo a registar nas últimas décadas profundas transformações demográficas caracterizadas, entre outros aspetos, pelo aumento da longevidade e da população idosa e pela redução da natalidade e da população jovem. Em 2015, as pessoas com 65 ou mais anos representavam 20,5% de toda a população residente em Portugal. Neste mesmo ano, a esperança de vida atingiu os 77,4 anos para homens e 83,2 anos para as mulheres (PORDATA, 2016).

O índice de envelhecimento em Portugal passou de 27,5% em 1961 para 143,9% em 2015 (PORDATA, 2015), o que naturalmente exerce um forte impacto na sociedade como um todo e exige adaptações e respostas em diversos níveis, nomeadamente por parte dos seus sistemas de suporte, como é o caso dos sistemas de saúde, segurança social, educação, justiça e transportes.

Muito embora o aumento da longevidade da população portuguesa seja um facto apreciável, a qualidade dos anos de vida ganhos apresenta ainda um potencial para melhorar. Considerando o conceito de Envelhecimento Ativo proposto em 2002 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (World Health Organization, 2002), esta melhoria dependerá muito do empenho de cada um, enquanto agente da sua própria saúde, participação e segurança, e da sociedade como um todo, de forma a que sejam garantidas as oportunidades para tal, à medida que as pessoas envelhecem.

Em matéria do envelhecimento ativo e saudável, Portugal está comprometido com a Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da OMS e com os valores e objetivos fundamentais da União Europeia (UE), que contemplam a promoção do envelhecimento ativo e estão refletidos em iniciativas como as Propostas de Ação da UE para a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável e da Solidariedade entre Gerações (Decisão n.º 940/2011/U, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de setembro).

O envelhecimento ativo e saudável 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, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio (World Health Organization, 2015).

À semelhança de outros organismos públicos, o Ministério da Saúde, através da Direção-Geral da Saúde (DGS), tem, no âmbito do Envelhecimento Ativo e Saudável, um assinalável historial no desenvolvimento de programas, de que é exemplo o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004).¹

A continuidade do desenvolvimento de políticas transversais e de estratégias de atuação multidisciplinares, flexíveis e de proximidade, que permitam que todas as pessoas idosas possam desfrutar de uma vida ativa e saudável, é um imperativo ético.



Importa, ainda, dar substância e coerência à ação no âmbito da promoção do envelhecimento ativo e saudável, em consonância com os compromissos assumidos com a OMS e a União Europeia, designadamente no que se refere à adoção de estratégias e de indicadores comuns que permitam a comparação internacional e inter-regional.

Aumentar a capacidade funcional das pessoas idosas é um ponto de referência para a formulação de um modelo orientador de intervenção que defina prioridades, parâmetros de monitorização e avaliação, e imprima dinâmicas e sinergias de cooperação entre interventores e instituições no âmbito dos diversos Programas Prioritários e outros Programas e projetos da saúde e vários parceiros empenhados na melhoria dos padrões de saúde, de participação, de segurança e de investigação.

Assim, nos termos do Despacho n.º 12427/2016, de 17 de outubro e em cumprimento com os objetivos definidos, num trabalho de parceria interministerial e intersectorial o Grupo de Trabalho propõe a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, de ora em diante designada por ENEAS.

A proposta que agora se apresenta apoia-se no trabalho desenvolvido pela DGS no âmbito dos programas de prevenção da doença, de promoção da saúde e do Plano Nacional de Saúde (PNS), com a colaboração da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), Instituto de Segurança Social, I.P., Direção-Geral da Segurança Social, I.P., Cooperativa António Sérgio para a Economia Social (CASES), Direção-Geral das Autarquias Locais, Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, Associação Nacional de Municípios Portugueses e Associação Nacional de Freguesias.

¹ <https://www.dgs.pt/saude-a-a-z.aspx?v=8e00381f-52ce-45fb-b5a0-35fe84fa926a#envelhecimento-ativo/infografias>



2. ENQUADRAMENTO

2.1. Envelhecimento ativo e saudável: desafios e oportunidades

O envelhecimento constitui uma vitória do desenvolvimento socioeconómico e da saúde pública que, em simultâneo, gera o desafio de adaptação da sociedade (World Health Organization, 2015b). O impacto do envelhecimento da população na sociedade vai depender, em parte, da natureza das políticas que vão dar resposta a esta nova realidade (Bloom *et al.*, 2015; World Health Organization, 1999, 2012).

O envelhecimento individual é um processo condicionado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos, podendo ser definido como um processo progressivo de mudança biopsicossocial da pessoa durante todo o ciclo de vida (World Health Organization, 1999, 2015d). Embora a categorização da população em grupos, de acordo com a idade, seja necessária para determinados fins, é importante ter em conta que existem variações consideráveis no estado de saúde, nos níveis de independência, na autonomia e na participação social entre as pessoas idosas com a mesma idade. Assim, é fundamental que esta variação seja considerada na elaboração de políticas e programas orientadores para o processo de envelhecimento (World Health Organization, 2002).

O envelhecimento populacional é definido a nível coletivo, com base na proporção da população de pessoas idosas na população total. A classificação demográfica de uma população, como jovem ou envelhecida, depende da proporção de pessoas nas faixas etárias extremas. Em Portugal, considera-se pessoa idosa, a pessoa com 65 ou mais anos de idade (PORDATA, 2016) (ver anexo 1)

A promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida tem sido um caminho apontado como resposta aos desafios relacionados com a longevidade e o envelhecimento da população (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing Steering Group, 2011; Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004; World Health Organization, 1999, 2002, 2012, 2015d).

O termo “ativo” refere-se à participação contínua na vida social, económica, cultural, espiritual e cívica, ou seja, vai muito além da possibilidade de ser física e profissionalmente 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 (World Health Organization, 2002).

As condições de saúde são determinantes no envelhecimento ativo, mas a promoção do envelhecimento ativo não se restringe à promoção de comportamentos saudáveis. É essencial considerar os fatores ambientais e pessoais, como os determinantes económicos, sociais e culturais, o ambiente físico, o sistema de saúde, o sexo e outros determinantes (World Health Organization, 2002). A família, a comunidade e a sociedade têm um forte impacto na forma como se envelhece (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013).

A qualidade de vida é, claramente, a tônica dominante do envelhecimento ativo (Cabral *et al.*, 2013), podendo esta ser definida como a perceção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto cultural e de valores no qual vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (World Health Organization, 1997).



As três componentes fundamentais no conceito de qualidade de vida nas pessoas idosas são o bem-estar financeiro, a saúde e o suporte e integração sociais. Cada uma destas componentes pode ser afetada por situações que surgem no percurso de vida, nomeadamente, a reforma, a perda de um emprego, a viuvez, o divórcio, problemas de saúde, a perda ou separação de uma pessoa próxima, a migração, entre outras (Zaidi, 2014).

A interdependência e a solidariedade entre gerações são princípios importantes do envelhecimento ativo – a criança de ontem é o adulto de hoje e a avó ou avô de amanhã. A família, a comunidade e a sociedade têm um forte impacto na forma como se envelhece (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013). A qualidade de vida das pessoas idosas depende dos riscos e oportunidades que experimentaram ao longo do ciclo de vida, bem como da maneira como as gerações seguintes fornecem ajuda mútua e apoio quando necessário (World Health Organization, 2002).

Por sua vez, o conceito de “envelhecimento saudável” refere-se ao processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio. O objetivo principal é o bem-estar, um conceito holístico que contempla todos os elementos e componentes da vida valorizados pela pessoa. Assim, mais do que o resultado do sucesso e da motivação individual, o envelhecimento saudável é o reflexo dos hábitos de vida, do suporte e das oportunidades garantidas pela sociedade para a manutenção da funcionalidade das pessoas idosas e para permitir que vivenciem aquilo que valorizam (World Health Organization, 2015).

A promoção do envelhecimento ativo e saudável em Portugal regista várias iniciativas, contudo há ainda um caminho a percorrer para que essa abordagem se reflita na saúde e na qualidade de vida das pessoas idosas, garantindo a realização plena da sua dignidade.

Neste sentido, importa destacar alguns dos indicadores do Índice de Envelhecimento Ativo da UNECE¹. Entre os 28 países da União Europeia, Portugal localiza-se em:

- 16.º lugar relativamente ao indicador “Envelhecimento Ativo Global”;
- 18.º lugar relativamente ao indicador “Capacidade para o Envelhecimento”;
- 21.º lugar relativamente ao indicador “Participação Social”;
- 21.º lugar relativamente ao indicador “Vida Independente”;
- 8.º lugar relativamente ao indicador “Emprego” (United Nations Economic Commission for Europe & European Commission, 2015).

Os indicadores acima apresentados realçam a necessidade de desenvolvimento de trabalho nesta área, oferecendo uma oportunidade de reflexão e implementação de mudanças conducentes à sua melhoria.

As expectativas das pessoas idosas e as necessidades económicas e sociais das sociedades exigem que estas possam participar na vida económica, política, social e cultural, devendo ter a oportunidade de trabalhar, quando desejam e sejam capazes, e continuar a ter acesso a programas de educação e formação. O potencial das pessoas idosas deve ser visto como uma base sólida para o desenvolvimento futuro, uma vez que possibilita que a sociedade beneficie

² United Nations Economic Commission for Europe, EC. Active Ageing Index Home, 2016.



das suas capacidades, experiências e sabedoria (Naciones Unidas, 2002). É essencial promover e facilitar esta contribuição, ajudando a manter o bem-estar e a qualidade de vida, a autonomia e a independência das pessoas idosas e a quebrar as inúmeras barreiras que impedem a sua participação na sociedade (United Nations Economic Commission for Europe, 2012; World Health Organization, 2012).

O envelhecimento ativo e saudável pode ser visto inclusivamente como um potenciador da economia através da dinamização do empreendedorismo, da cocriação e do codesenvolvimento. É possível gerar valor acrescentado através do impacto positivo na qualidade de vida das pessoas idosas, da maior satisfação dos profissionais de saúde e prestadores de cuidados, da melhor qualidade de vida e segurança financeira dos familiares e outros cuidadores informais, bem como da maior eficiência e aumento da produtividade dos sistemas de saúde e de segurança social (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing Steering Group, 2011).

Repensar o envelhecimento implica repensar todo um conjunto de políticas públicas, pelo que a mudança só acontece através da visão compartilhada de todo o país (Uruguay. Consejo Consultivo del Instituto Nacional del Adulto Mayor – INMAYORES, 2012), com o envolvimento de múltiplos sectores, como a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, a cidadania e a igualdade, a economia, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias e a cultura.

Um verdadeiro compromisso de investimento no envelhecimento ativo e saudável deve ser transversal e vertido em todas as políticas (Strategy, Plan & Ageing, 2015) ⁸ sectoriais. Alguns retornos serão logo evidentes mas outros, ainda que importantes, só ocorrerão a longo prazo. Por isso quantificar e considerar integralmente a extensão dos investimentos e os dividendos que originarem será crucial. Importa assim obter um conhecimento profundo da realidade do envelhecimento e o elencar de um conjunto de ações que permitam o repensar do envelhecimento de uma forma estruturada em Portugal.

O envelhecimento é uma conquista, quer para os indivíduos, quer para as sociedades, sendo consequência dos progressos económicos, sociais e biomédicos. Cabe analisar os desafios que emergem desta conquista e as necessidades de adaptação das sociedades (Cabral *et al.*, 2013).

Fenómeno multidimensional, o envelhecimento populacional tem impacto em todas as idades, atravessa diversas fronteiras e temáticas da vida humana, cruzando-se com outras tendências globais, tais como:

- i) a urbanização e o aumento da proporção de moradores urbanos com 60 e mais anos acarreta riscos de segurança, de exclusão e estilos de vida. Ao mesmo tempo, o fenómeno do êxodo rural da população mais nova resulta num aumento e isolamento das pessoas idosas nas zonas mais despovoadas;
- ii) a globalização e evolução tecnológica, se, por um lado, facilitam as redes sociais, por outro possibilitam o aumento da exclusão e dos estereótipos em relação às pessoas idosas, desvalorizando a capacidade e experiência em detrimento dos novos conhecimentos. Ao nível da saúde, embora expandam o potencial da prevenção de doenças, cuidados domiciliários, autonomia e independência, o acesso aos benefícios da tecnologia é desigual;

- iii) a migração de pessoas mais velhas à procura de uma vida melhor, migrantes que envelhecem nos países adotivos e ainda a migração dos filhos adultos que pode deixar os pais com menos apoio;
- iv) as transições epidemiológicas traduzidas pela diminuição dos riscos para doenças infecciosas, passando as doenças crónicas a ser a principal causa de morte e incapacidade, interseção o envelhecimento na medida em que as pessoas passam a viver o tempo suficiente para as doenças crónicas se desenvolverem (International Longevity Centre Brazil, 2015).
- v) A desigualdade entre homens e mulheres, designadamente no que concerne à divisão desequilibrada do trabalho de cuidado que continua a ser suportado sobretudo por mulheres, gerando-lhes desvantagens ao longo da sua vida profissional, tais como salários mais baixos, segregação, dificuldades de conciliação, interrupções e menos oportunidades de progressão na carreira, resultando em maiores índices de pobreza, sobretudo na velhice.
- vi) O reconhecimento do idadismo como forma de discriminação, por via legislativa (lei anti discriminação), outras medidas de políticas públicas e ações de formação e de sensibilização.

A discriminação em razão da idade (idadismo) radica em representações e atitudes enraizadas na sociedade portuguesa, assentes em construções sociais que associam o envelhecimento a incapacidade e dependência. Estas construções afetam a autoestima e identidade das próprias pessoas idosas e resultam em desvantagens concretas a vários níveis que impedem o envelhecimento ativo e saudável, tais como o abuso, o acesso limitado ou tratamento diferenciado no acesso a serviços, reduzidas oportunidades de trabalho e de formação profissional, falta de condições e técnicos nas residências/lares, reduzida cobertura de apoio domiciliário, a invisibilidade ou representações estereotipadas na comunicação social, acessibilidade reduzida, entre outros. Este fenómeno requer uma ação consistente e abrangente que implique um combate direcionado ao idadismo como forma de discriminação e a reforma consequente de atitudes.

Assim, viver mais também significa estar mais exposto a riscos, como a vulnerabilidade do estado de saúde, o isolamento social e a solidão, a dependência física, mental e também económica, a estigmatização (Cabral *et al.*, 2013) e os abusos, quer físicos, quer psicológicos, sexuais, financeiros ou materiais, por discriminação, ou por negligência (United Nations Economic Commission for Europe, 2013).

A Constituição da República Portuguesa (CRP) salvaguarda o reconhecimento da dignidade da pessoa humana, no que se refere especificamente à pessoa idosa, o artigo 72.º da CRP, sob a epígrafe “terceira idade”, determina que as “pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social”, como o direito à realização pessoal e a uma participação ativa na vida da comunidade.

No mundo, cerca de 23% da carga global da doença é atribuível a condições que afetam pessoas com 60 ou mais anos. As principais condições que contribuem para esta excessiva carga global da doença são as doenças crónicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, as neoplasias malignas, as doenças respiratórias crónicas, as doenças musculoesqueléticas (como a artrose e a osteoporose) (World Health Organization, 2002), os distúrbios neurológicos e mentais, como a demência e a depressão, (Prince *et al.*, 2015; World



Health Organization, 2002) destacando-se ainda o acidente vascular cerebral e a diabetes (World Health Organization, 2002). O aumento da sobrevivência na presença destas doenças também resulta na perda de funcionalidade em idades mais avançadas (Suzman, Beard, Boerma, & Chatterji, 2015).

A carga da doença e a redução do bem-estar afetam a pessoa idosa e também as suas famílias, os sistemas de saúde, social e a economia (World Health Organization, 2014). As pessoas idosas com problemas de saúde ou de dependência necessitam de mais cuidados de saúde e de apoio social, por parte da família e das instituições da economia social e dos serviços de saúde (Bloom *et al.*, 2015).

Importa destacar que as doenças crónicas não transmissíveis são responsáveis por 88% dos anos de vida vividos com incapacidades (YLD – *Years Lived with Disability*) em Portugal, com destaque para as perturbações musculoesqueléticas (30,5%) e as perturbações mentais e do comportamento (20,5%) (Portugal. Direção-Geral da Saúde, 2015a).

A polimedicação é também uma área a destacar neste sentido, sendo encarada como um dos principais problemas relacionados com a toma de medicamentos por pessoas idosas, resultando normalmente, das múltiplas comorbilidades presentes. Embora o elevado número de medicamentos possa acarretar um aumento do risco de reações adversas, interações, internamentos hospitalares e problemas de adesão à terapêutica, entre outros, não podem ignorar-se as situações, em que devidamente supervisionada, essa polimedicação é efetivamente necessária para o tratamento e gestão da doença crónica nesta faixa etária. A diversidade de definições e abordagens efetuadas a este fenómeno, constitui uma das principais barreiras ao estudo dos seus riscos e consequências. Acredita-se que o foco na prevenção de eventos adversos, no uso racional do medicamento, na promoção da adesão e no apoio à gestão da medicação, com base em cada caso individual, possa representar um imperativo para as intervenções futuras nesta componente da saúde da pessoa idosa (Ballentine, 2008; Fulton & Allen, 2005; Hammond & Wilson, 2013; Zia, Kamaruzzaman, & Tan, 2015).

Torna-se essencial tirar partido da informação crescentemente disponível de diferentes fontes e naturezas, ao longo do tempo, integrando indicadores de saúde, determinantes de saúde, custos, entre outros (Renner, 2016, Salcher, 2017). Analisar essa informação, transformando *Big Data* em conhecimento, através de avaliação de impacto em saúde (AIS/HIA-*Health Impact Assessment*) permitiria medir e prever o impacto geracional previsto de políticas e minimizar as iniquidades associadas, promovendo também a participação de todos os *stakeholders* adequados na construção e implementação de políticas saudáveis (Kemmm, 2013), incluindo estratégias de envelhecimento saudável. A AIS foi identificada com um mecanismo essencial por exemplo na implementação da estratégia European Healthy Cities Network da OMS (Ison, 2009), essencial para promover um envelhecimento saudável (World Health Organization, 2007).

Muito ainda pode ser feito para melhorar a qualidade dos anos de vida que temos vindo a ganhar. Neste sentido, as Metas de Saúde constantes do Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020 (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2015) perspetivam mudanças significativas relativas ao processo de envelhecimento, durante o ciclo de vida, até 2025 destacando-se:



- reduzir a mortalidade prematura (<70 anos) para um valor inferior a 20%;
- aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%;
- reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com 15 ou mais anos e eliminar a exposição ao fumo ambiental;
- e controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar.

A abordagem prevista no âmbito do novo pacto para a saúde refere-se à necessidade da criação de iniciativas integradas numa abordagem transversal e intersectorial que tenha como premissa a adequação da saúde em todas as políticas públicas, por forma a inverter a tendência negativa sobre o sistema de saúde, para os próximos 25 anos, dos quais o envelhecimento da população e o crescimento das doenças de longa duração são exemplos.

Intervenções em diferentes níveis e setores podem reduzir a vulnerabilidade das pessoas idosas, ao mitigar a probabilidade de uma ameaça se tornar um perigo ou ao reforçar a sua capacidade de lidar com as ameaças e os efeitos negativos resultantes das vulnerabilidades acumuladas durante toda a vida (Zaidi, 2014).

Considerando que o envelhecimento se inicia antes do nascimento e se prolonga por toda a vida e que os determinantes para o envelhecimento ativo exercem a sua influência durante todo o ciclo de vida, as respostas da sociedade para o envelhecimento da população devem passar pelas várias fases do ciclo de vida, nas diversas esferas sociais (World Health Organization, 2012) (ver anexos 2 e 3).

O reconhecimento da necessidade de uma ação concertada, para melhorar as oportunidades e a qualidade de vida das pessoas com o avançar da idade e garantir a sustentabilidade dos seus sistemas de suporte, (World Health Organization, 2012) é a premissa fundamental da ENEAS, exige a implementação de uma governação integrada.

A economia social tem vindo, nas últimas décadas, a afirmar a sua capacidade de colaborar de uma forma eficaz para a resolução dos novos desafios e problemas sociais, reforçando a sua posição no desenvolvimento económico sustentável e estável. É neste contexto que o Governo português subscreveu com diversos parceiros sociais o Compromisso de Cooperação para o Sector Social e Solidário (Protocolo para o Biénio 2017-2018).

O reconhecimento da importância da economia social tem vindo a reforçar-se por razões diversas, entre as quais se destaca o relevante contributo para a criação de emprego estável e duradouro, bem como o seu forte contributo para o desenvolvimento sustentável, a inovação social, ambiental, tecnológica e o reforço da coesão social, económica e regional.

Assim, a Economia Social detém a capacidade de detetar novas necessidades e criar novos empregos, de mobilizar e movimentar forças e criar as mais diversas e numerosas redes, bem como de fomentar aquilo que se designa de “capital social”, fruto de sua própria interação social, promovendo a cidadania ativa, a solidariedade e um tipo de economia com valores democráticos que põe as pessoas em primeiro lugar.

Atualmente existem milhares de entidades de economia social espalhadas pelo tecido urbano e rural de Portugal, inseridas nas comunidades locais adequando as suas ações às necessidades



da população, de forma eficiente e flexível, valorizando as atividades económicas ao serviço das necessidades sociais emergentes.

Integram a economia social as cooperativas; as associações mutualistas; as misericórdias; as fundações; as instituições particulares de solidariedade social; as associações com fins altruísticos que atuem no âmbito cultural, recreativo, do desporto e do desenvolvimento local; as entidades abrangidas pelos subsectores comunitário e autogestionário, integrados nos termos da Constituição no setor cooperativo e social; entre outras.

A atividade das entidades da economia social assenta sobretudo na parceria privilegiada com o Estado, sendo que com o objetivo de fortalecimento desta relação e estímulo do potencial de ação destas entidades foi criada a Cooperativa António Sérgio para a Economia Social (CASES).

À CASES compete entre outras atribuições as de dinamizar a atividade económica e social das entidades, bem como promover a colaboração com as instituições representativas das várias organizações e a criação de parcerias e participação em grupos de trabalho com interesse no âmbito do desenvolvimento da economia social.

Neste sentido é da maior relevância o envolvimento da CASES e do Instituto da Segurança Social, I.P., nas ações a implementar, face às competências atribuídas aos mesmos no âmbito da intervenção social, ao nível do envelhecimento ativo e saudável da população, reconhecidas no âmbito da área estratégica da saúde do Compromisso de Cooperação para o Sector Social e Solidário – Protocolo para o Biénio 2017-2018. A participação destas entidades deve pautar-se por uma coordenação envolvida, ativa e participativa, dirigida à divulgação e implementação da estratégia, ou seja, na garantia de concretização dos princípios orientadores e objetivos da ENEAS em território nacional.

A ENEAS está em linha com o Plano Nacional de Saúde (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2015) e os diversos Programas Prioritários e outros Programas Nacionais de Saúde, com a Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da OMS, com as Propostas de Ação da União Europeia para a Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável e da Solidariedade entre Gerações, e com a Agenda 2030 nos seus objetivos de desenvolvimento sustentável integrados e inseparáveis, notavelmente o objetivo 3: “Assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos, em qualquer idade” (United Nations, 2015).

2.2. O envelhecimento em Portugal

Portugal é o 4.º país da União Europeia (entre 28 países) com maior percentagem de pessoas idosas (Gráfico 1) (European Commission, 2015), ultrapassado apenas pela Grécia, Alemanha e Itália.

Gráfico 1. Percentagem da população com 65 ou mais anos na União Europeia



Mesmo as projeções mais conservadoras preveem um avanço desta condição demográfica (Gráfico 2) (Instituto Nacional de Estatística, 2014).

O gráfico de pirâmide populacional para o Brasil em 2012, com projeções para 2040, apresenta a seguinte estrutura:

- Eixo Vertical (Idade):** Varia de 0 a 100+ anos, com intervalos de 5 anos.
- Eixo Horizontal (População):** Medido em milhões, variando de 0,0 no centro para 100,0 milhões nas extremidades (50 milhões para homens à esquerda e 50 milhões para mulheres à direita).
- Sexos:** O lado esquerdo representa os homens e o lado direito representa as mulheres.
- Legenda:**
 - 2012:** Área cinza sombreada representando a população atual.
 - cenário baixo:** Linha vermelha contínua.
 - cenário central:** Linha verde contínua.
 - cenário alto:** Linha azul contínua.
 - cenário sem migrações:** Linha azul tracejada.

Observações principais do gráfico:

- Existem diferenças notáveis na estrutura etária entre homens e mulheres, com as mulheres apresentando uma população significativamente maior em todas as faixas etárias.
- As projeções para 2040 indicam um aumento substancial na população idosa (acima de 60 anos) em ambos os sexos.
- Os cenários de baixa e alta migração mostram impactos distintos na população jovem e adulta, com o cenário de alta migração projetando um aumento na população jovem.

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2014



Importa ainda destacar o aumento da população com 80 ou mais anos. Em 1971, esta faixa da população representava 1,43% da população residente em Portugal, passando a representar 5,84% em 2015 (PORDATA, 2015).

Neste mesmo ano, a esperança de vida à nascença para os homens era de 77,4 anos, enquanto para as mulheres era de 83,2 anos em Portugal (PORDATA, 2016). Estes valores estão bem próximos dos valores médios da Europa (entre 28 países), de 77,8 anos para homens e 83,3 anos para as mulheres (European Commission, 2015).

Embora esta diferença observada entre a esperança de vida de homens e mulheres seja transversal aos restantes países da União Europeia (European Commission, 2015) e tenha vindo a diminuir nos últimos anos (Eurostat, 2015), a esperança de vida à nascença masculina em Portugal em 2014 era inferior à média da União Europeia (28 países) e ocupava o 18.º lugar, o que pode ser atribuído à elevada mortalidade prematura da população portuguesa masculina, muito provavelmente relacionada com comportamentos de risco (Eurostat, 2015).

No que respeita à longevidade masculina, na União Europeia, em 2014, as mais elevadas ocorriam em países como a Espanha (80,4), a Itália (80,7), o Chipre (80,9), a Suécia (80,4), rondando os 80 anos, sendo que em Portugal se registou a idade de 77,4. (Eurostat, 2015). Do lado feminino, no mesmo ano, a esperança de vida à nascença média na União Europeia era de 83,6 anos. A esperança de vida feminina à nascença em Portugal ocupava o 6.º lugar mais alto (83,2) (Eurostat, 2015).

No ano de 2014 os anos de vida saudável aos 65 na União Europeia eram de 8,6 para homens e mulheres, os valores mais elevados surgiam em países como a Suécia (15,2) e Malta (13,3), sendo que em Portugal este valor era de 6,9 para os homens e 5,6 para as mulheres (PORDATA 2014). Este indicador consta como meta no Plano Nacional de Saúde, até o ano 2020 propõe-se o seu aumento em 30%.

O que determina as diferenças na esperança de vida à nascença que se observam entre as populações europeias está relacionado com comportamentos de risco e atitudes em geral face ao risco. Não é por isso provável que a esperança de vida à nascença evolua para além dos 85 anos, limiar já conquistado pelas mulheres em alguns países europeus.

Os ganhos em anos de vida medem-se, agora, nas idades mais tardias da estrutura etária. Mas as diferenças entre países traduzem provavelmente diferenças ao nível de condições de vida material, boas práticas em saúde, programas de promoção da saúde e prevenção de doença, e acesso a cuidados de saúde. No que respeita à população masculina têm vindo a ocorrer ganhos de esperança de vida, sobretudo após os 60 anos ³⁶. Contudo, Portugal é um dos países com mais baixa esperança de vida masculina e onde os ganhos não são acentuados face a outros países europeus ³⁷.

Relativamente à morbilidade, os indicadores revelam que as mulheres em Portugal vivem mais tempo, mas em pior estado de saúde (Eurostat, 2016).

Assim, homens e mulheres diferem em esperança de vida e condição de saúde ao longo do ciclo de vida, havendo uma discrepância considerável entre a saúde e a capacidade de sobrevivência: os homens são fisicamente mais fortes, mas têm substancialmente maior



mortalidade em todas as idades em comparação com as mulheres: este é um paradoxo da saúde e sobrevivência na relação masculino-feminino ³⁶.

O enfoque no género na análise do envelhecimento e da saúde procura enfatizar as particularidades femininas e masculinas; ao fazê-lo, evidenciam-se diferenças entre os sexos que decorrem de desigualdades e desvantagens nas condições sociais e económicas ao longo do ciclo de vida. Com a adoção desta perspetiva tem-se vindo a pesquisar sobre a articulação das relações de género como origem de vulnerabilidade face à doença e ao processo de envelhecimento, reflexo de discriminações estruturais, são apenas o resultado de opções individuais indo para além dos papéis sociais adotados, envolvendo estruturas socioculturais, as políticas, os modos de organização social e económica e as relações entre os diversos intervenientes ³⁷.

RESERVADO



3. PRINCÍPIOS ORIENTADORES

VISÃO

Ter uma sociedade onde o processo de envelhecimento ao longo do ciclo de vida venha a conferir elevados níveis de saúde, bem-estar, qualidade de vida e realização pessoal à população idosa e na qual todos vivenciem um envelhecimento ativo digno e saudável.

MISSÃO

Promover a saúde e o bem-estar, a participação, a não discriminação, a inclusão, a segurança e a investigação no sentido de aumentar a capacidade funcional, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem.

VALORES E PRINCÍPIOS

A ENEAS assume os valores e princípios das Nações Unidas para as pessoas idosas com destaque para a independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade.

A promoção dos direitos humanos, equidade, igualdade e não discriminação (nomeadamente baseada na idade), igualdade de género, solidariedade intergeracional preconizados pela OMS.

Assumindo ainda os valores e princípios do Plano Nacional de Saúde^{34,38}, com destaque para a capacitação do cidadão, a decisão apoiada na evidência científica, e o envolvimento e participação, e da Lei de Bases do Sistema de Segurança Social salientando-se a universalidade no acesso, a solidariedade, a diferenciação positiva, a subsidiariedade, a inserção social, o primado da responsabilidade pública, a complementaridade, a eficácia e a informação como garante de Justiça Social e de sustentabilidade das ações a implementar pela Estratégia através de cooperação interministerial e intersectorial.

4. OBJETIVOS



Os objetivos da ENEAS assentam na promoção da saúde e bem-estar das pessoas idosas, bem como no reconhecimento do facto de que os benefícios e a importância do envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida exigem a implementação de políticas intersectoriais e de uma abordagem holística na construção de uma “sociedade para todas as idades” (World Health Organization, 2002).

Objetivos Gerais:

- a) Sensibilizar para a importância do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações e promover a mudança de atitudes em relação ao envelhecimento e às pessoas idosas;
- b) Promover a cooperação e a intersectorialidade na concretização da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável;
- c) Contribuir para o desenvolvimento de políticas que melhorem a qualidade de vida das pessoas idosas.

Objetivos Específicos:

- a) Promover iniciativas e práticas que visem reduzir a prevalência e o impacto das doenças crónicas e da redução das capacidades físicas e mentais nas pessoas idosas, e melhorar o acesso aos serviços de saúde e de cuidado, e respetiva qualidade;
- b) Incentivar o desenvolvimento de iniciativas para a promoção da autonomia das pessoas idosas;
- c) Promover a educação e formação ao longo do ciclo de vida focando a promoção da literacia em saúde.
- d) Incentivar a criação de ambientes físicos e sociais protetores e potenciadores da integração e participação das pessoas idosas;
- e) Apoiar o desenvolvimento de iniciativas e práticas que visem a promoção do bem-estar e segurança das pessoas idosas;
- f) Promover iniciativas e práticas para a redução do risco de acidentes na pessoa idosa;
- g) Fomentar investigação científica na área do envelhecimento ativo e saudável;



5. EIXOS ESTRATÉGICOS

A ENEAS consolida-se num conjunto de Linhas Orientadoras da Ação e Medidas estruturadas a partir de 4 Eixos Estratégicos, focadas na implementação de intervenções nos sistemas de saúde, social e outros, assentes na abordagem intersectorial e multidisciplinar, tendo sempre em consideração os valores e princípios que devem nortear a ação.

- A. SAÚDE** – Promoção de iniciativas e práticas que visem reduzir a prevalência, adiar o aparecimento e controlar o agravamento e o impacto das doenças crónicas e da redução das capacidades físicas e mentais nas pessoas idosas e potenciar a sua autonomia.
- B. PARTICIPAÇÃO** – Promoção da educação e formação ao longo do ciclo de vida incluindo estratégias de promoção da literacia em saúde e incentivo à criação de ambientes físicos e sociais protetores e potenciadores da integração e da participação das pessoas idosas na sociedade e nos processos de decisão que afetam a sua vida.
- C. SEGURANÇA** – Apoio a iniciativas e práticas que visem minimizar riscos e promover o bem-estar e a segurança das pessoas idosas.
- D. MEDIÇÃO, MONITORIZAÇÃO E INVESTIGAÇÃO** – Promoção da investigação científica na área do envelhecimento ativo e saudável, potenciando o levantamento de necessidades, o desenvolvimento, monitorização e avaliação de intervenções e a disseminação de boas práticas e da inovação.

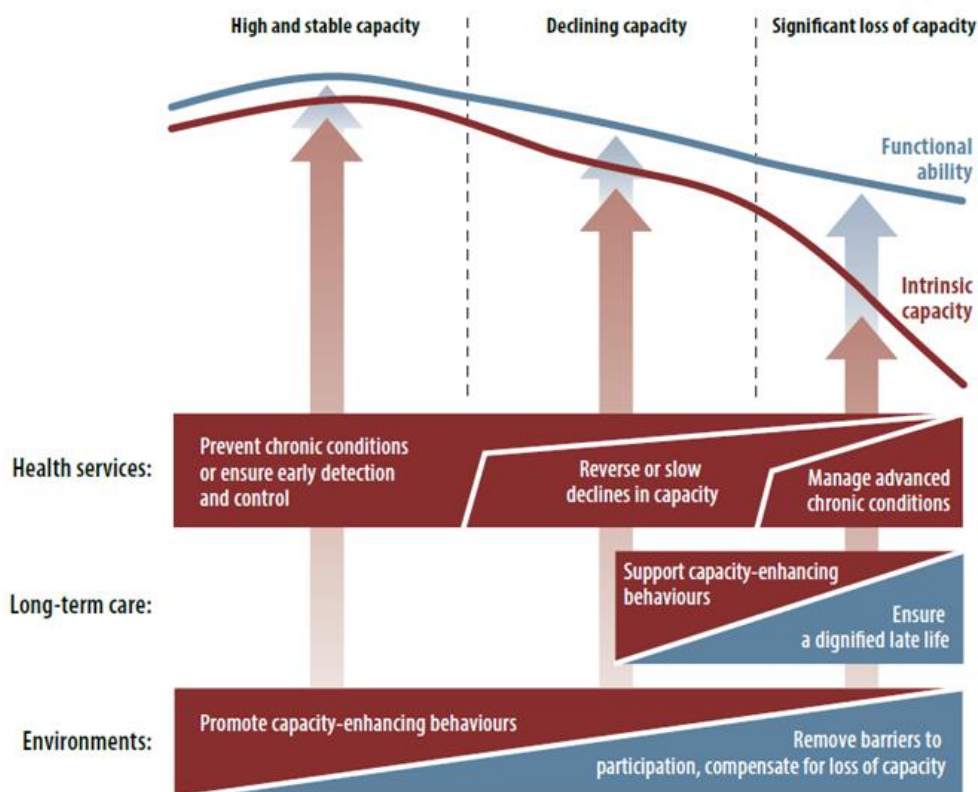
As tabelas 1 a 7 resumem as diversas medidas propostas em cada um dos eixos, indicando-se para cada as ações consideradas prioritárias, bem como as entidades responsáveis pela sua implementação, indicadores de realização e cronologia.

6. LINHAS ORIENTADORAS - SAÚDE

A OMS propõe um quadro de ação em saúde pública para o envelhecimento saudável (Figura1). Neste quadro, é possível identificar diversas oportunidades de promoção do envelhecimento saudável no percurso de vida, sempre com um objetivo comum: maximizar a capacidade funcional das pessoas idosas (World Health Organization, 2015d). As linhas orientadoras da ação da ENEAS para o eixo estratégico saúde são propostas com base neste quadro de ação, que se reflete nas orientações da Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável (World Health Organization, 2015).

Figura 1. Quadro de ação em saúde pública para o Envelhecimento Saudável: oportunidades no decurso de vida

A public-health framework for *Healthy Ageing*: opportunities for public-health action across the life course



Fonte: World Health Organization, 2015, p.33

Através da análise da Figura 1 é possível perceber que as ações dirigidas às pessoas com níveis altos e estáveis de capacidade intrínseca (capacidades físicas e mentais) visam aumentar ou manter estes níveis ao longo do tempo. Por outro lado, as ações dirigidas à população com redução das suas capacidades intrínsecas visam travar, reduzir, reverter e gerir estes quadros para que causem o menor impacto possível na capacidade funcional dessas pessoas.

Os diversos Programas e Estratégias Nacionais vigentes no sector da saúde refletem as principais prioridades nacionais no domínio da promoção da saúde da população ao longo do percurso de vida, da prevenção das doenças crónicas não transmissíveis e da readequação do sistema de saúde aos novos desafios em saúde. São exemplos destes programas e estratégias: o Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável; o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física; a Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, Saúde e Bem-Estar; o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo; o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados; a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde; o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; o Programa de Prevenção e Gestão da Doença Crónica; o Programa Nacional para a Diabetes; o Programa Nacional para a Saúde Mental; o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias; o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas; o Programa Nacional para as Doenças Cerebrovasculares, entre outros. A maioria destes Programas e Estratégias contempla orientações direcionadas à população idosa implícitas ou não nas orientações globais ³⁹.



A ENEAS apresenta linhas orientadoras para a ação no âmbito da prevenção e gestão das doenças crónicas e da redução das capacidades físicas e mentais nas pessoas idosas, bem como da reorientação do sistema de saúde para o atendimento das necessidades das pessoas idosas, considerando as necessidades específicas de mulheres e de homens, e do combate ao idadismo no acesso e utilização dos serviços. Estas iniciativas devem ser levadas a cabo em articulação com os programas e estratégias existentes, como forma de garantir a coerência das políticas e os princípios da economia.

6.1. Promoção de Estilos de Vida Saudável e Vigilância da Saúde

Condições e estilos de vida saudável desde o início da vida são o melhor investimento para a realização do potencial de saúde, prevenção das doenças crónicas não transmissíveis⁴⁰ e maximização das capacidades intrínsecas individuais, com vistas a promover a funcionalidade, a independência e a autonomia das pessoas mais velhas²⁷. A promoção de hábitos saudáveis de alimentação e atividade física, a prevenção e controlo do tabagismo e a redução do consumo abusivo de álcool, assim como a ação multisectorial sobre os fatores sociais, económicos e ambientais que influenciam a saúde nas várias fases do ciclo de vida constituem medidas essenciais^{6,41}.

O envelhecimento, os estilos de vida menos saudáveis e as influências ambientais negativas acentuam o aumento da prevalência das doenças crónicas e a redução das capacidades físicas e mentais das pessoas idosas, o que limita a sua independência, autonomia e participação social⁴¹. A deteção precoce e o controlo adequado das doenças crónicas e do declínio físico e mental das pessoas idosas são essenciais para um melhor prognóstico, redução da prevalência de comorbilidades² e manutenção da capacidade funcional (Strategy *et al.*, 2015).

Mas, apesar de todos os cuidados e suportes, muitas pessoas chegarão a um momento das suas vidas em que não serão mais capazes de cuidar de si mesmas, sendo necessário garantir que todos possam viver com dignidade até o fim das suas vidas².

Na maioria dos países, os cuidados prestados pela família são o modelo predominante de apoio às pessoas idosas. Contudo, muitas vezes, os familiares experienciam altos níveis de tensão e problemas de saúde, psicológicos e físicos, necessitando de formação e suporte para lidar com a situação. Além disso, a redução da proporção de adultos jovens capazes de prestar estes cuidados poderá tornar insustentável este modelo de cuidados, sendo imprescindível a adequação deste modelo de cuidados e o desenvolvimento de outros modelos (World Health Organization, 2012).

O modelo de cuidados continuados integrados tem sido adotado para garantir, de forma sustentável, os cuidados de saúde necessários e a qualidade de vida das pessoas idosas com diversos níveis de incapacidades (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing Steering Group, 2011). Desde 2006, Portugal possui uma Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados que presta cuidados de saúde e apoio social a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade. A sua avaliação e readequação às necessidades das pessoas dependentes, nomeadamente às pessoas idosas e suas famílias permitirão uma evolução da Rede no sentido de alcançar a garantia de uma cobertura universal, equitativa, não discriminatória, eficiente e efetiva, onde a articulação com a rede de cuidados de saúde primários será fundamental para o alcance deste desiderato, pela proximidade da sua intervenção e conhecimento que detém das pessoas, famílias e comunidades.



É ainda importante referir que o envelhecimento da população tem sido acompanhado por uma evolução tecnológica que fornece oportunidades nunca antes disponíveis. O incentivo ao desenvolvimento e à utilização racional da tecnologia para a maximização da capacidade funcional das pessoas idosas e do bem-estar dos cuidadores é mais um campo de atuação no âmbito desta Estratégia.

Tabela 1 - Promoção de estilos de vida saudável e vigilância da saúde

N.º	Medida	Ações	Entidades
1.	Promover a literacia em saúde, práticas de Estilos de Vida Saudável, e o autocuidado;	<p>Reconhecer a importância da dieta saudável e da atividade física regular, nomeadamente da mobilidade e coordenação motora das pessoas idosas portadoras de doença crónica;</p> <p>Promover ações dirigidas ao autocuidado, à vigilância da saúde, à vacinação, aos rastreios, aos exames médicos, adesão ao plano terapêutico e a outros cuidados de saúde;</p> <p>Promover competências que incrementem a autonomia da pessoa idosa na gestão do seu processo de cuidados;</p> <p>Criar uma plataforma para potenciar a produção, divulgação e aplicação de conhecimento e evidência relevantes e atempadas para a formulação de políticas e práticas de envelhecimento ativo e saudável;</p> <p>Disseminar boas práticas para a promoção do envelhecimento ativo, na redução das desigualdades em saúde, na promoção de maior informação acerca de direitos, e na melhoria da qualidade de vida da população idosa;</p>	MS DGS ARS SSS
2.	Criar um programa de vigilância da saúde das pessoas idosas que institua o registo da avaliação da funcionalidade, ações de promoção de saúde e prevenção da doença;	<p>Fomentar a realização de avaliações regulares com vista à deteção precoce de défices funcionais, défices psíquicos ou doenças crónicas a partir dos 50 anos de idade, tendo em conta as necessidades particulares de mulheres e de homens;</p> <p>Incluir diagnóstico compreensivo obrigatório aos 65 anos (avaliação CID e CIF) e estabelecimento de PIC colaborativo e que institua o registo da avaliação da funcionalidade, ações de promoção de saúde e prevenção da doença;</p> <p>Adotar o Plano Individual de Cuidados (PIC) como instrumento de intervenção integrada em todos os doentes com comorbilidades, com expressão ao nível da contratualização com os diferentes níveis de cuidados e unidades funcionais e que deve ter em conta as necessidades particulares de mulheres e de homens;</p> <p>Transitar para sistemas de informação que deem suporte ao PIC e sejam garante da continuidade de cuidados;</p>	DGS SPMS Min. Justiça
3.	Incentivar a monitorização e eventual prescrição na prevenção e controlo das alterações de comportamento,	<p>Monitorizar as principais vulnerabilidades em saúde nas pessoas idosas, tendo em conta as necessidades particulares de mulheres e homens, dando especial atenção aos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fatores de risco internos (idade avançada, 	DGS ISS,IP SPMS ACSS ANMP

nomeadamente nas áreas da atividade física, alimentar e da interação social.

- comorbilidades, compromisso cognitivo, deficiência sensorial, ...);
- fatores de risco externos (rede social pobre ou inexistente, morar sozinho, pobreza, ...);
 - “*bandeiras vermelhas*” (recurso frequente às urgências, internamentos frequentes, faltas sucessivas a consultas, sinais de negligência, maus-tratos às pessoas idosas, situações de violência doméstica...);

PSP
GNR
APAV
SSS
CIG

Garantir a avaliação regular de funcionalidade das pessoas idosas como instrumento fundamental de avaliação do seu estado de saúde.

6.2. Gestão dos Processos de Comorbilidade

À medida que as pessoas envelhecem, as suas necessidades em cuidados de saúde tendem a aumentar devido à complexidade das patologias crónicas e das incapacidades funcionais. No entanto, os sistemas de saúde, inicialmente desenhados para o atendimento de condições agudas, encontram-se numa fase de transição para a adequação às necessidades de uma população envelhecida, acometida por condições maioritariamente crónicas, que beneficiam da continuidade, proximidade e integração dos cuidados.

A crescente complexidade dos problemas de saúde, e especificamente das doenças crónicas na população idosa, requer cada vez mais a coordenação de prestação de cuidados de saúde e cuidados sociais, ou seja, de cuidados integrados, em continuidade e proximidade, essenciais no cuidado da pessoa idosa como um todo garantindo eficiência e sustentabilidade dos recursos disponíveis.

Este modelo de prestação de cuidados multidisciplinar será tanto mais eficiente quanto esteja orientado para o cuidado da pessoa no seu meio habitual de vida.

Assim, a continuidade da readequação do Sistema de Saúde e do Serviço Nacional de Saúde, em particular, é fundamental para o alcance dos objetivos da ENEAS, em consonância com as diversas reformas vigentes no setor (Saúde Pública; Cuidados de Saúde Primários; Cuidados Hospitalares e Cuidados Continuados Integrados).

Tabela 2. Gestão dos Processos de Comorbilidade

N.º	Medida	Ações	Entidades
4.	Capacitar os profissionais para a utilização de comunicação não discriminatória e adequada ao nível de literacia da pessoa idosa e dos seus cuidadores;	<p>Desenvolver competências específicas de cuidados a pessoas idosas;</p> <p>Assumir as competências de promoção de literacia em saúde como transversais a todos os profissionais;</p> <p>Garantir que os profissionais de saúde usam a</p>	<p>DGS MS APAV SSS</p>



		promoção da literacia como instrumento de intervenção terapêutica e recorrem ao Repositório de Literacia para a Promoção da Saúde;	
		Garantir que todos os contactos com os profissionais de saúde são aproveitados para incrementar de forma específica a literacia em saúde;	
5.	Capacitar os profissionais de saúde, familiares, outros cuidadores informais e pessoas idosas para a gestão do regime terapêutico;	Definir uma estratégia de combate à polimedicação de justificação obrigatória para mais de 5 medicamentos envolvendo uma abordagem multiprofissional;	DGS ARS
6.	Elaborar e executar Planos Individuais de Cuidados (PIC) baseados na promoção da saúde e das capacidades funcionais, e que tenham em conta as necessidades particulares de mulheres e homens;	Adotar a linguagem classificada CIF na avaliação diagnóstica e de resultados; Orientar as intervenções para a otimização da capacidade funcional; Promover a contratualização de cuidados a pessoas idosas com base em planos de intervenção;	DGS ARS SSS
7.	Garantir a integração entre os diferentes níveis de cuidados e prestação de serviços com o objetivo de assegurar o melhor percurso de cuidados para a pessoa idosa;	Desenvolver o "percurso de cuidados à pessoa com dependência"; Desmaterializar os processos de RNCCI e dos restantes níveis de cuidados de saúde, com o objetivo de corporizar a continuidade de cuidados;	DGS ARS ACSS RNCCI ISS,IP SSS
8.	Garantir a inclusão de indicadores de execução de cuidados de saúde e de apoio social prestados a pessoas idosas, nomeadamente na contratualização dos cuidados, desagregados por sexo;	Criar orientações para a otimização da capacidade funcional que comprometam com melhoria dos indicadores de saúde relativos a pessoas idosas;	ACSS
9.	Promover a integração da promoção do autocuidado nas respostas dirigidas a pessoas idosas em situação de dependência;		DGS ARS ACSS RNCCI ISS,IP ACSS SSS
10.	Incentivar a adaptação dos serviços, viabilizando a melhoria dos cuidados, da participação, da independência e de dignidade das pessoas idosas - "amigos das pessoas idosas";	Criar um sistema de diferenciação positiva, no atendimento às pessoas idosas nos serviços de urgência e nos serviços de internamento; Desenvolver adaptação dos serviços hospitalares à população idosa através, entre outras, da adaptação da triagem de urgência às pessoas idosas; Generalização do projeto "Centro de Saúde Amigo das Pessoas Idosas" (projeto da OMS); Adotar o acompanhamento obrigatório das pessoas idosas por familiar ou cuidador, sempre que se justifique;	MS ACSS DGS ANMP SSS

	Reduzir o tempo de permanência no hospital (internamento domiciliário sempre que necessário);	
	Adotar estratégias de resposta integrada aos problemas das pessoas idosas (equipas multidisciplinares);	
	Criar unidades de agudos para doentes idosos com programas específicos que tenham como objetivo a manutenção ou melhoria do nível de funcionalidade prévio ao internamento;	
11.	Incrementar a articulação da RNCCI com os restantes níveis de cuidados de saúde;	Valorizar em sede de contratualização de indicadores relativos à adoção de percursos de cuidados para pessoas com comorbilidades que assegurem continuidade de cuidados entre os diferentes níveis, adequados à condição de saúde da pessoa;
		Pelos serviços com responsabilidade na matéria, especialmente destinados às pessoas idosas mais carenciadas e em maior risco, nomeadamente pessoas idosas dependentes a viverem sozinhas ou acompanhadas por pessoa de idêntica idade ou de mobilidade reduzida;
12.	Incentivar a formação básica, a especializada e a contínua dos profissionais de saúde no âmbito da geriatria e gerontologia, baseada numa abordagem não discriminatória e de direitos humanos;	Formar e sensibilizar os profissionais de saúde para as questões da igualdade e não discriminação, designadamente em razão da idade e incluído a discriminação múltipla;
13.	Dinamizar ações de formação e capacitação dirigidas a cuidadores informais no sentido de aquisição de competências, nomeadamente de utilização das tecnologias e os serviços disponíveis para realizar o controlo das doenças crónicas e de potenciar as capacidades funcionais e de autonomia das pessoas idosas.	Integrar no PIC o potencial de cuidado de todos os cuidadores (doente, cuidador informal/familiar...);
		Adotar, pelas equipas de cuidados, de estratégias sistemáticas de capacitação do cuidador informal;
		Desenvolver instrumentos didáticos de capacitação do cuidador informal;
		Identificar as vulnerabilidades de cada cuidador e família cuidadora e avaliação periódica do seu estado geral de saúde e do seu nível de exaustão.
		Prevenir comportamentos violentos por parte dos prestadores de cuidados informais.

7. LINHAS ORIENTADORAS - PARTICIPAÇÃO

A OMS define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença^{3,42}. A integração e o apoio social são essenciais para as pessoas idosas, proporcionando-lhes recursos emocionais e práticos, participação ativa e maior autoestima. Pessoas mais integradas tendem a desfrutar de mais saúde. Assim, no quadro de



ação para o envelhecimento ativo, a promoção das relações sociais e da saúde mental são tão importantes quanto a promoção da saúde física (World Health Organization, 1999).

A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas: independência, participação, dignidade, cuidados e autorrealização (World Health Organization, 2002).

Às pessoas idosas assiste o direito efetivo de representação e de participação social e política. Reposicionar a pessoa idosa no conjunto do sistema de relações intergeracionais constitui um imperativo democrático e um desafio político que as sociedades envelhecidas enfrentam (Cabral *et al.*, 2013).

A discriminação em razão da idade no mercado laboral é evidente e generalizada, e reflete-se nas oportunidades de trabalho reduzidas, ou oportunidades de formação profissional reduzidas para as pessoas idosa. Tal como referido anteriormente Portugal, dos 28 países da União Europeia, situa-se em 20.º lugar no que concerne à dimensão trabalho entre os 55 e os 74 anos de idades. Torna-se premente garantir às pessoas idosas um sistema de apoio social e económico que mitigue as vulnerabilidades, sobretudo em situações de pobreza e privação material.

A maximização da capacidade funcional é determinante para que as pessoas idosas possam dar continuidade ao seu desenvolvimento pessoal e ao seu papel ativo nas sociedades, destacando-se cinco domínios essenciais: capacidade de satisfazer as necessidades básicas; capacidade de aprendizagem, desenvolvimento e tomada de decisão informada; capacidade de se movimentar; capacidade de fazer e manter relacionamentos; capacidade de contribuir para as suas famílias e comunidades (Strategy *et al.*, 2015). São muitos os exemplos de boas práticas na promoção da integração e da participação social das pessoas idosas, sendo a cooperação e integração intergeracional muito importantes neste sentido (World Health Organization, 2012).

A ENEAS propõe 2 conjuntos de ações essenciais à promoção da participação social da pessoa idosa: ao nível individual, a promoção da educação e formação ao longo do ciclo de vida, incluindo estratégias de promoção de literacia em saúde; ao nível contextual, a criação de ambientes físicos e sociais potenciadores da integração e participação das pessoas idosas.

7.1 Educação e formação ao longo do ciclo de vida

O acesso à informação constitui um elemento vital para o envelhecimento, capaz de influenciar o bem-estar, a empregabilidade, a solidariedade intergeracional e a prosperidade em geral (International Longevity Centre Brazil, 2015).

Experienciar oportunidades inovadoras, e uma cultura de aprendizagem ao longo do ciclo de vida, pode ser realizado quer através de atividades estruturadas (workshops, cursos de curta duração, seminários), quer por livre iniciativa em casa, no trabalho ou em atividades de lazer (International Longevity Centre Brazil, 2015).

A aprendizagem ao longo do ciclo de vida deve responder a múltiplas áreas como sejam a acessibilidade da informação sobre os direitos, alfabetização, literacia financeira, inclusão tecnológica, literacia em saúde e autocuidados (International Longevity Centre Brazil, 2015).

A literacia em saúde pode ser entendida como as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, entender e usar informações de uma forma que lhes permita promover e manter uma boa saúde.⁴³

Segundo os dados do Inquérito Europeu à Literacia em Saúde, quase metade dos europeus inquiridos têm competências de literacia em saúde inadequadas ou problemáticas. A promoção da literacia em saúde tem demonstrado efeitos positivos na resiliência de indivíduos e comunidades, na redução das iniquidades em saúde e na melhoria da saúde e do bem-estar⁴⁴.

Tabela 3. Educação e formação ao longo do ciclo de vida

N.º	Medidas	Ações	Entidades
14.	Investir na formação e educação sobre o envelhecimento em todos os graus de ensino, baseada nos direitos humanos, igualdade e não discriminação, e incentivar o estudo e investigação na área do envelhecimento;	<p>Promover a literacia em saúde em todos os graus de ensino com o objetivo de incrementar a capacidade de decisão saudável;</p> <p>Incentivar a investigação na área do envelhecimento;</p> <p>Promover ações de sensibilização dirigidas às instituições de ensino superior, no sentido de alertar para as necessidades de adequação dos planos curriculares às características populacionais emergentes;</p> <p>Intervir junto do Ministério da Educação no sentido de integrar nos programas e metas curriculares a valorização da população idosa e promover a sua imagem bem como o desenvolvimento de projetos intergeracionais, em articulação com a Estratégia Nacional da Educação para a Cidadania;</p>	ME MCTES APAV
15.	Incentivar/ divulgar as oportunidades de educação e formação para as pessoas idosas;	<p>Apoiar ao desenvolvimento de programas de educação/formação dirigidos a pessoas idosas, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Literacia em saúde;• Literacia básica (ler e escrever);• Literacia financeira (divulgação de informação relativa a crimes de burla, usura, apropriação ilícita de património e outros crimes de cariz patrimonial);• Literacia digital; <p>Apoiar o desenvolvimento do movimento de universidades seniores;</p> <p>Desenvolver o "Erasmus Sénior";</p> <p>Informar e sensibilizar as pessoas idosas para o exercício da cidadania, direitos e deveres, proteção contra a discriminação, formas de acesso à justiça, e serviços disponíveis (por exemplo, na área da violência doméstica);</p>	ME MCTES ANMP SSS APAV CIG
16.	Criar iniciativas para o desenvolvimento de	Qualificar os espaços de atendimento nos serviços de saúde para promoção da literacia em saúde;	MS DGS



competências das pessoas idosas, famílias, voluntários e profissionais das Organizações de Economia Social sobre os seus direitos e deveres enquanto utentes do Serviço Nacional de Saúde.

Acordar com empresas de entretenimento produtoras de programas de grande audiência a inserção de mensagens promotoras da literacia em saúde.

ANMP
APAV
SSS

7.2. Criação de ambientes potenciadores da integração e participação

O ambiente ainda impõe muitas barreiras que limitam a capacidade funcional e a participação das pessoas idosas na sociedade. Algumas delas são físicas, por exemplo, edifícios inadequados ou transportes inacessíveis. Mas muitas barreiras podem resultar simplesmente da maneira como pensamos sobre o envelhecimento e a forma como vemos e tratamos as pessoas idosas (Strategy *et al.*, 2015).

O envelhecimento é mais do que um simples processo biológico, é um fenómeno construído pela sociedade e o seu significado depende do contexto social e histórico⁴⁵. Esta construção afeta a perceção das pessoas acerca da população idosa e acerca da sua própria idade. Influencia decisões que são feitas acerca de recursos, prioridades e valores atribuídos a diferentes grupos etários⁴⁶. A forma como se encara o envelhecimento deve ser um ponto de partida para a promoção do envelhecimento ativo e saudável⁸.

Em 2010, a OMS criou a Rede Global de Cidades e Comunidades Amigas das Pessoas Idosas com o objetivo de conectar cidades, comunidades e organizações em todo o mundo com a visão comum de fazer das comunidades um ótimo lugar para envelhecer. Esta rede atua ao nível local, promovendo a plena participação das pessoas idosas na vida comunitária⁴⁷.

Numa cidade amiga das pessoas idosas, as políticas, serviços, configurações e estruturas de apoio permitem o envelhecimento ativo, uma vez que reconhecem as capacidades e recursos das pessoas mais velhas, antecipam e respondem com flexibilidade às necessidades e preferências relacionadas com o envelhecimento, respeitam as suas decisões e escolhas de estilo de vida, protegem os que são mais vulneráveis e promovem a sua inclusão e contribuição em todos os aspetos da vida da comunidade⁴⁸.

A adesão à Rede Global de Cidades e Comunidades Amigas das Pessoas Idosas não é um certificado, mas sim um compromisso, podendo servir como um excelente ponto de partida no sentido de promover o envelhecimento ativo e saudável em todas as políticas.

As orientações contidas no Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas, editado pela Fundação Calouste Gulbenkian, numa tradução e revisão técnica conjuntas com a Direção-Geral da Saúde⁴⁹, servem de base para o estabelecimento das linhas orientadoras para a criação de ambientes físicos e sociais potenciadores da integração, proteção e participação das pessoas idosas, quer através da remoção de barreiras à participação, quer através da compensação da perda de capacidades.

É muito importante lembrar que a preferência dos adultos mais velhos é continuar a viver no seu bairro e na sua casa à medida que envelhecem. Criar condições habitacionais para

responder às necessidades físicas, psicológicas e sociais, permitindo que se mantenham autónomos e independentes junto da família e dos amigos é imperativo ^{50,51}.

A proximidade da família e da comunidade possibilita a facilidade de criação de ambientes de intergeracionalidade, fundados no princípio basilar de que todos os seus elementos, independentemente da idade e ou grau de dependência, são cidadãos de pleno direito.

Num contexto de relações e solidariedades intergeracionais, a inclusão das pessoas idosas no quotidiano e na transmissão de conhecimentos e saberes, estímulos, valores e tradições é uma mais-valia para as gerações mais novas, mas também estas são enriquecedoras nesta relação. Na perspetiva da pessoa idosa esta interação é potenciadora de bem-estar, integração e reconhecimento social.

Tabela 4. Criação de ambientes potenciadores da integração e participação

N.º	Medidas	Ações	Entidades
17.	Desenvolver ações tendentes à promoção de uma imagem positiva do envelhecimento, nomeadamente a importância do envelhecimento ativo e saudável e o combate a atitudes e preconceitos estigmatizantes e à discriminação e exclusão social das pessoas idosas;	Desenvolver campanhas multicanais promotoras da Alimentação Saudável, Atividade física, Rede de relações sociais e Afetos positivos; Combater o <i>idadismo</i> através de campanhas que promovam os aspetos positivos do envelhecimento, promovam o maior conhecimento sobre as formas de discriminação, identifiquem os contributos das pessoas idosas para a sociedade e as vantagens das relações intergeracionais;	TODAS
18.	Promover o envelhecimento ativo e saudável no âmbito das políticas setoriais de nível nacional e local;	Criar iniciativas de transição progressiva para a reforma por forma a sensibilizar para a importância desta etapa e incentivar a criação de estruturas ou recursos que sejam agentes facilitadores desta mudança Incentivar a criação de mecanismos de participação das pessoas idosas nos processos de decisão promovendo a cidadania, participação e inclusão social destas e dos familiares; Promover atividades sociais, culturais, desportivas, de turismo e termalismo dirigidas às pessoas idosas;	TODAS
19.	Promover o desenvolvimento de programas no âmbito da interação social através da criação de espaços intergeracionais e ações tendentes a destacar o valor social e económico da solidariedade intergeracional na família e na comunidade;	Promover o desenvolvimento de programas e espaços intergeracionais; Promover programas de fortalecimento das relações familiares através da dinamização de atividades de anos, pais e netos; Promover ações intergeracionais que	ISS,IP ANMP CONS. NAC. PROM. VOL. ESTRUTURAS LOCAIS SSS

visem o apoio à atividade escolar no âmbito de partilha de experiências de vida, potenciando o capital de conhecimento e de experiência das pessoas idosas na formação das gerações mais jovens;

Prevenir a exclusão social através de políticas que promovam a relação intergerações;

Divulgar e incentivar a participação e integração das pessoas idosas em ações de voluntariado, atividades culturais, desportivas e recreativas, sociais e de aprendizagem, organizadas e dinamizadas com a participação ativa das pessoas idosas de uma comunidade, como forma de promover inclusão social e o bem-estar (e.g. universidades sénior e voluntariado sénior);

Promover o associativismo sénior:

Sensibilizar os promotores de atividades sociais e culturais para a acessibilidade dos espaços a pessoas com mobilidade condicionada;

Divulgar e incentivar a prática de mecenato no âmbito da responsabilidade social empresarial dirigidas à preparação para a reforma e à promoção de relações intergeracionais;

20. Incentivar o envelhecimento no contexto de proximidades da pessoa idosas (ageing in place);

Criar, organizar e divulgar redes de prestação de cuidados prestados no domicílio e em ambulatório, e apoiar nas necessidades pontuais de manutenção do conforto no domicílio das pessoas idosas;

Incrementar a domicilição dos cuidados através de uma abordagem integrada que inclua, entre outras, saúde, segurança social, autarquias, entidades/organizações do setor social e solidário;

Identificar e avaliar sistematicamente os fatores externos que contribuam para as vulnerabilidades em saúde das pessoas idosas com comorbilidades;

Desenvolver sistemas de informação que garantam a integração e continuidade de cuidados;

Criar ambientes de suporte físico e social nos bairros, permitindo a permanência das pessoas idosas em suas casas e comunidades o maior tempo possível;

Desenvolver sistemas de telemonitorização que permitam o "ageing in place" com qualidade e

ISS,IP
ANMP
MCTES
SPMS
SSS
Direção Geral
das
Autarquias
locais

segurança;

Incentivar a aprendizagem e utilização de tecnologias de informação e comunicação por parte das pessoas idosas (e-inclusão) com o objetivo de facilitar o processo designado por "ageing in place"; Cumprir a lei no que concerne à eliminação de barreiras arquitetónicas; Preparar zonas pedonais que facilitem a deslocação de pessoas independentemente da sua capacidade de mobilidade (a pé ou em cadeiras de rodas); Promover espaços de convívio e de atividades que mobilizem a participação; Dotar essas zonas de boa iluminação, segurança, mobiliário urbano adequado e promotor de descanso, convívio e atividade física;			REDE CIDADES SAUDÁVEIS ANMP MCTES IRN
21.	Incentivar o desenvolvimento de tecnologia e do design inclusivo/universal na construção e adaptação de edifícios habitacionais e no mobiliário urbano que seja promotor de atividade física e autonomia das pessoas idosas;		
22.	Incentivar a adesão das autarquias e freguesias aos princípios das cidades e vilas amigas das pessoas idosas e dos cidadãos com mobilidade reduzida.	Divulgar boas práticas ao nível da autarquia: - Loja móvel do cidadão idoso; - Gabinete de apoio ao cidadão idoso;	REDE CIDADES SAUDÁVEIS ANMP ANAFRE Direção Geral das Autarquias locais

8. LINHAS ORIENTADORAS - SEGURANÇA

A segurança é um dos pilares do envelhecimento ativo e saudável, sendo essencial para a manutenção da capacidade intrínseca e funcional das pessoas idosas. A proteção, os cuidados e a dignidade das pessoas idosas devem ser garantidos através de políticas e programas de segurança física, social e financeira (World Health Organization, 2002).

8.1. Criação de ambientes físicos que garantam a segurança

Os ambientes físicos exercem um forte impacto na segurança das pessoas idosas, sendo importante que estejam adaptados às suas necessidades e limitações para viabilizarem o aumento da sua capacidade funcional e, em simultâneo, a prevenção de riscos, como quedas, atropelamentos e outros acidentes, e o socorro rápido quando necessário.

Em 2014, a Comissão Europeia escolheu como uma das áreas prioritárias, no âmbito da Parceria Europeia de Inovação no Domínio do Envelhecimento Ativo e Saudável, a inovação para Edifícios, Cidades e Ambientes Amigos das Pessoas Idosas (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing Steering Group, 2011). Nesta matéria existe também um caminho a percorrer.

Tabela 5. Criação de ambientes físicos que garantam a segurança

N.º	Medidas	Ações	Entidades
23.	Incentivar a adoção das boas práticas de acessibilidade e segurança propostas para a criação de edifícios, cidades e ambientes amigos das pessoas idosas;	<p>Promover uma política de construção de habitações e ambientes promotores de acessibilidade total;</p> <p>Promover ações de aconselhamento, a desenvolver pelas câmaras municipais ou juntas de freguesia, em segurança e acessibilidade nas habitações das pessoas idosas;</p> <p>Facilitar a execução de pequenas obras de adaptação para conforto, acessibilidade e segurança das pessoas idosas de baixos recursos económicos, a desenvolver pelas câmaras municipais ou juntas de freguesias.</p>	ANMP ANAFRE AP AMBIENTE PSP GNR
24.	Promover ações de sensibilização dirigidas às pessoas idosas e respetivos prestadores de cuidados no âmbito da prevenção, proteção e apoio em situações de ocorrência de crime;	<p>Campanhas contra a violência sobre pessoas idosas, incluindo a violência doméstica e de género;</p> <p>Promover competências das forças de segurança para prevenção e deteção de sinais de violência;</p> <p>Sensibilizar as famílias e outros prestadores de cuidados informais para os riscos e consequentes sinais de qualquer tipo de violência contra a pessoa idosa (física, psicológica ou patrimonial) e posterior denúncia destes casos;</p> <p>Promover competências dos profissionais de saúde para:</p> <ul style="list-style-type: none">• Avaliação sistemática em todas as pessoas idosas, nos CSP, de sinais de violência pelo menos uma vez por ano;• Avaliação sistemática de sinais de violência e negligência sempre que se verifiquem lesões nas pessoas idosas; <p>Promover competências dos profissionais judiciais para gerir situações de violência sobre pessoas idosas, incluído a violência doméstica e de género;</p> <p>Implementar sistemas eletrónicos de vigilância e alerta em articulação com as forças de segurança PSP/GNR (e.g. telemetria);</p>	DGS ANMP MIN. JUST. PSP GNR APAV SSS CIG
25.	Orientar as pessoas idosas e seus cuidadores no sentido de utilizarem novas tecnologias e serviços disponíveis que favoreçam a sua segurança e proteção;	Divulgar o serviço de telealarme e associar acompanhamento social adequado à população isolada e carenciada.	MIM. JUST. SPMS SEC. EST. MOD. ADM. APAV SSS
26.	Promover a sensibilização, dos operadores de transportes públicos e seus utilizadores, para a proteção das pessoas idosas e das com mobilidade reduzida.	<p>Gradualmente generalizar a circulação de autocarros com piso rebaixado;</p> <p>Fazer formação dos condutores para transporte de pessoas idosas.</p>	IMT

8.2. Identificação, sinalização e suporte em situação de vulnerabilidade

A modernização das sociedades tem contribuído para a deterioração dos valores antes atribuídos à pessoa idosa, como sejam a sabedoria e a experiência (World Health Organization, 2012). Muitas perceções populares e pressupostos comuns sobre as pessoas mais velhas são baseadas em estereótipos ultrapassados. Na sua forma mais ostensiva estes podem levar à discriminação das pessoas apenas pela sua idade⁴¹. Nestes casos é perceptível a diminuição da participação social, a perda de autoestima e o isolamento social das pessoas idosas, com aumento da ocorrência de abusos de diversas formas (World Health Organization, 2012).

Além da necessidade de mudança dos estereótipos negativos, com a promoção de uma imagem positiva das pessoas idosas, é necessário garantir a segurança daqueles que estão expostos a este tipo de risco.

Tabela 6. Identificação, sinalização e suporte em situação de vulnerabilidade

N.º	Medidas	Ações	Entidades
27.	Sensibilizar os profissionais de saúde para a necessidade de sinalização, encaminhamento e colaboração com outras entidades nas situações de ocorrência de abuso e violência contra pessoas idosas, designadamente em situações de violência doméstica e de género;		DGS/MS CIG
28.	Reforçar a sinalização e acompanhamento de pessoas idosas em condições de isolamento e vulnerabilidade económica, assegurando que as mesmas acedam a todos os benefícios e apoios a que possam ter direito;	Promover um acompanhamento e apoio sistemático às situações de isolamento em meio rural; Promover a comunicação entre serviços da saúde e segurança social e sinalização de situações de isolamento e solidão em meio urbano.	DGS ISS,IP ANMP ANAFRE SSS MAI
29.	Reforçar as medidas de prevenção e de segurança das pessoas idosas, no que se refere à circulação pedonal e rodoviária;	Harmonizar o convívio entre peões e veículos: <ul style="list-style-type: none">• Passeios desimpedidos de viaturas e devidamente pavimentados (tendo em conta os riscos de queda);• Semaforização adequada com temporização adequada;• Passagens de peões bem assinaladas e iluminadas;• Incrementar zonas com limitação de velocidade;	GNR PSP
30.	Dinamizar a criação de equipas de apoio à pessoa idosa, sedeadas nos municípios/freguesias com a participação dos parceiros da comunidade.	Promover ativamente a intervenção das redes sociais de proximidade; Criar Fórum da Sociedade Civil para o Envelhecimento Ativo e Saudável. Promover informação via eletrónica (portal da junta de freguesia/facebook) de divulgação de matérias de interesse dirigida à população idosa.	ANMP ANAFRE SSS

9. LINHAS ORIENTADORAS – MEDIÇÃO, MONITORIZAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

No âmbito da ENEAS, a investigação constitui um pilar fulcral para a concretização dos diversos objetivos, bem como para a monitorização e avaliação das intervenções e disseminação de boas práticas.

A investigação é essencial para o estabelecimento de políticas e intervenções baseadas na evidência científica. Se, por um lado, os estudos realizados até à data permitiram o reconhecimento de alguns dos determinantes e padrões de envelhecimento ativo e saudável, a identificação de barreiras para o seu alcance, o desenvolvimento de estratégias de sucesso para a sua promoção e a disseminação de boas práticas adotadas em diversos contextos, requerem investimento em investigação de forma sistemática, organizada e orientada.

Tabela 7. Medição, monitorização e investigação

N.º	Medidas	Ações	Entidades
31.	Acompanhar e monitorizar as diversas realidades, necessidades e determinantes do Envelhecimento Ativo e Saudável;	Consensualizar abordagem analíticas, indicadores, desagregados por sexo, e metas para o Envelhecimento Ativo e Saudável; Promover a avaliação sistemática dos impactos na qualidade de vida das pessoas idosas, tendo em conta uma perspetiva de género, de políticas e medidas em diversos sectores, como sejam da saúde, da segurança social, do trabalho, do planeamento urbano, dos transportes, da habitação, do ambiente, entre outros; Promover a abordagem multidisciplinar no âmbito da investigação de forma a permitir abordagens inovadoras;	TODAS
32.	Desenvolver instrumentos de avaliação para estudo dos impactos da implementação de medidas, projetos e planos de ação no âmbito da promoção do envelhecimento ativo e saudável, tendo em conta uma perspetiva de género;	Promover o uso de instrumentos que permitam a monitorização de determinantes sociais e iniquidades; Promover o desenvolvimento de estudos longitudinais que permitam a monitorização das tendências numa análise multidisciplinar das pessoas idosas;	TODAS
33.	Contribuir para o conhecimento em matéria de promoção do envelhecimento ativo e saudável e ensaiar abordagens inovadoras.	Promover a identificação e o respetivo investimento na produção estatística necessária à caracterização e orientação na tomada de decisão em políticas intersectoriais; Produzir relatórios regulares de acompanhamento da evolução do fenómeno de envelhecimento ativo e saudável;	TODAS



Promover a definição de prioridades de investigação com vista à decisão baseada na evidência.

10. IMPLEMENTAÇÃO, MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

A implementação da ENEAS carece do envolvimento de muitas instituições do setor público, privado e, social e solidário, nomeadamente, dos ministérios das Finanças, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde, todos signatários do despacho n.º 12427/2016. Considera-se da maior urgência que as diversas entidades incorporem nas políticas, legislação, programas e projetos, em planeamento ou em curso, as medidas e ações aqui propostas.

Para a implementação, acompanhamento e monitorização da ENEAS, prevê-se a definição participada de prioridades e de planos de ação aos níveis nacional, regional e local, em articulação com os diversos *stakeholders*, num trabalho intersectorial. Esta tarefa deverá ser acompanhada por uma Comissão Nacional Interministerial para o Envelhecimento Ativo e Saudável, um conselho científico e consultivo constituído para o efeito.

À Comissão Nacional competirá fixar um conjunto de indicadores de realização nucleares que permitam avaliar o grau de execução das medidas propostas pelas diversas entidades sem prejuízo de outras formas de monitorização. Dada a existência de indicadores de resultados consagrados internacionalmente e disponíveis em diversas fontes de informação (INE, PORTDATA, DGS, SPMS, ACSS, entre outros) sugere-se que estes sejam contemplados na medida do possível (ver anexo 4).

As diversas organizações comunitárias, nomeadamente instituições de saúde, IPSS, ONG, RUTIS - Associação Rede de Universidades da Terceira Idade e outras, assim como as autarquias locais, têm um papel central na tomada de decisão e no desenvolvimento sistémico das intervenções, sendo de considerar a criação de uma plataforma a nível nacional visando promover o diálogo na definição, execução e acompanhamento de políticas, entre múltiplos sectores, parceiros e níveis territoriais, com destaque para o envolvimento de representantes das próprias pessoas idosas.

A monitorização e a avaliação da ENEAS são asseguradas pela Comissão Nacional Interministerial para o Envelhecimento Ativo e Saudável em parceria com instituições vocacionadas para a investigação. Para o efeito, será desenvolvida uma matriz de indicadores que deverá estar alinhada com o Plano Nacional de Saúde e que deverá ser desenvolvida pela comissão em articulação com o conselho científico e consultivo da ENEAS. A adequação às mais recentes *guidelines* permitirá a obtenção de dados fidedignos passíveis de comparação e estudo a nível nacional e internacional.

Aspetos a incluir na monitorização:



- Desagregação por grupos etários (abarcando as idades mais avançadas) nos diversos indicadores e medidas de monitorização e avaliação quer da ENEAS quer de outras estratégias e programas relevantes do Plano Nacional de Saúde;
- Desagregação por sexo;
- Equidade no tratamento dos diversos indicadores e medidas de monitorização e avaliação, designadamente incluindo a sua desagregação por grupos sociais e socioeconómicos.

Os resultados obtidos decorrentes das intervenções concretizadas serão amplamente divulgados e constituídos, como boas práticas a implementar.

11. BIBLIOGRAFIA

- Ballentine, N. (2008). Polypharmacy in the elderly: maximizing benefit, minimizing harm. No Title. *Critical Care Nursing Quarterly*, 31(1), 40–45. <http://doi.org/10.1097/01.CNQ.0000306395.86905.8b>.
- Bloom, D. E., Chatterji, S., Kowal, P., Lloyd-Sherlock, P., McKee, M., Rechel, B., ... Smith, J. P. (2015). Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. *The Lancet*, 385(9968), 649–657. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61464-1](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61464-1)
- Burton-jeangros, C., Editors, D. B., Howe, L. D., Firestone, R., Tilling, K., & Lawlor, D. A. (2015). *A Life Course Perspective on Health Trajectories and Transitions*. Springer (Vol. 4). <http://doi.org/10.1007/978-3-319-20484-0>
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. Da, Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Estes, C., Biggs, S., & Phillipson, C. (2003). *Social theory, social policy and ageing*. Maidenhead: Open University Press.
- European Commission. (2015). *Demography Report*. Luxembourg.
- European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing Steering Group. (2011). *Strategic Implementation Plan for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*. Brussels.
- Eurostat. (2015). Statistics explained.
- Eurostat. (2016). Healthy life years.
- Fulton, M., & Allen, E. (2005). Polypharmacy in the elderly: a literature review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17(4), 123–32. <http://doi.org/10.1111/j.1041-2972.2005.0020.x>
- Gergen, K. (2001). *Social construction in context*. London: Sage.
- Hammond, T., & Wilson, A. (2013). Polypharmacy and falls in the elderly: a literature review.



Instituto Nacional de Estatística. (2014, March). Projeções de População Residente, pp. 1–18. Lisboa.

International Longevity Centre Brazil. (2015). *Active ageing: a policy framework in response to the longevity revolution*. Rio de Janeiro.

ISON, E. 2009. The introduction of health impact assessment in the WHO European Healthy Cities Network. *Health Promot Int*, 24 Suppl 1, i64-i71.

KEMM, J. (ed.) 2013. *Health Impact Assessment: Past Achievements, Current Understanding and Future Progress*. Oxford University Press.

Lecovich, Esther. Aging in place: From theory to practice. *Anthropological Notebooks. Slovene Anthropological Society*, Vol. 20 Issue 1, p21-33, 2014.

Martin, F. G.; Neubuloni, C. C.; Najas, M. S. Associação entre estado nutricional e força de preensão palmar em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, RJ*, v. 15, n 3, p. 493-504. 2012.

Naciones Unidas. (2002). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. Nueva York: Naciones Unidas.

Organização Mundial da Saúde. (2009). *Guia global das cidades amigas das pessoas idosas*. Geneva.

Organização Mundial de Saúde. (2009). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Lisboa.

Pordata. (2015). Base de dados Portugal Contemporâneo.

PORDATA. (2016). *Retrato de Portugal. Edição 2016*. Lisboa.

Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: versão resumo*. Lisboa.

Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2015a). *A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015*. Lisboa.

Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2015b). Melhor informação, mais saúde.

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020*. Lisboa.

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa.

Prince, M. J., Wu, F., Guo, Y., Gutierrez Robledo, L. M., O'Donnell, M., Sullivan, R., & Yusuf, S. (2015). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet*, 385(9967), 549–562. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61347-7](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61347-7)

RENNER, A.-T. B., J.; OSTERMANN, H. 2016. Big Data for Health Service Research: Balancing Potentials and Challenges. *Eurohealth*, 22, 3.

SALCHER, M. 2017. Connecting the Dots: Putting Big Data to Work for Health Systems. *Eurohealth*, 23, 4.

Suzman, R., Beard, J. R., Boerma, T., & Chatterji, S. (2015). Health in an ageing world—what do we know? *The Lancet*, 385(9967), 484–486. <http://doi.org/10.1016/S0140->

6736(14)61597-X

- United Nations Economic Commission for Europe, & European Commission. (2015). Active ageing index home.
- United Nations Economic Commission for Europe. (2012). Active ageing. *UNECE Policy Brief on Ageing*, (13).
- United Nations Economic Commission for Europe. (2013). Abuse of Older Persons. *UNECE Policy Brief on Ageing*, (14), 24.
- United Nations. (2015). Sustainable Development Goals.
- Uruguay. Consejo Consultivo del Instituto Nacional del Adulto Mayor – INMAYORES. (2012). Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2013-2015. ontevideo: Ministerio de Desarrollo Social.
- WHO 2007. Global Age-friendly Cities: A Guide. In: ORGANIZATION, W. H. (ed.) *Ageing and Life Course, Family and Community Health*.
- World Health Organization (2015). *Draft 1: Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*. Geneva.
- World Health Organization Regional. (2013). *Health literacy: the solid facts*. Denmark.
- World Health Organization. (1997). Programme on Mental Health. WHOQOL: Measuring quality of life, 13. <http://doi.org/10.5.12>
- World Health Organization. (1999). A life course perspective of maintaining independence in older age. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: a policy framework*. Geneva.
- World Health Organization. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2012). *Good health adds life to years: Global brief for World Health Day 2012*. Geneva.
- World Health Organization. (2014). "Ageing well" must be a global priority.
- World Health Organization. (2015a). Age-friendly world.
- World Health Organization. (2015b). Ageing.
- World Health Organization. (2015c). *Draft 0: Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*. Geneva.
- World Health Organization. (2015d). *World report on ageing and health* (Vol. 1).
- World Health Organization. (n.d.). Track 2: Health literacy and health behaviour.
- World Health Organization. Constitution of the World Health Organization (1948).
- Zaidi, A. (2014). *Life cycle transitions and vulnerabilities in old age: a review*. New York.
- Zia, A., Kamaruzzaman, S., & Tan, M. (2015). Polypharmacy and falls in older people: Balancing evidence-based medicine against falls risk. *Postgraduate Medicine*, 127(3), 330–7. <http://doi.org/10.1080/00325481.2014.996112>



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

RESERVADO



ANEXOS



Anexo 1 – Conceitos-chave



Autonomia - Capacidade percebida do indivíduo para controlar e lidar com situações e poder tomar decisões sobre a sua vida de acordo com as suas regras e preferências.

Funcionalidade - a capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente

Dependência – situação de incapacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente

Continuidade dos Cuidados - A sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social

Mecenato – Trata-se de uma relação de apoio financeiro ou não financeiro atribuído por um indivíduo ou pessoa coletiva a uma entidade pública ou privada – sem fins lucrativos e com o propósito de promover atividades nas áreas social, cultural, ambiental, desportiva ou educacional.

As empresas mecenas, de acordo com a lei vigente, podem deduzir aos seus impostos a totalidade dos donativos concedidos a projetos e instituições, até a um montante equivalente a 0,8% do seu volume de negócios.

Rede Social - A rede social assume-se como um modelo de organização e de trabalho em parceria alargada, efetiva e dinâmica entre os organismos do setor público (serviços desconcentrados e autarquias locais), instituições solidárias e outras entidades que trabalham na área da ação social, e visa o planeamento estratégico da intervenção social local.

As medidas necessárias à prossecução dos objetivos e das ações de intervenção, no âmbito da rede social, são assumidas localmente pelos conselhos locais de ação social, (CLAS), e pelas comissões sociais de freguesia (CSF).



Anexo 2 - Links para outros documentos de referência (*)

(*) Listagem não exaustiva, a carecer ainda de revisão especializada e atualização.

- **Direção-Geral da Saúde** - www.dgs.pt
- **Segurança Social** - www.seg-social.pt
- **CASES** - www.cases.pt
- **Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género** - www.cig.gov.pt
- **Associação Nacional dos Municípios Portugueses** - www.anmp.pt
- **Associação Portuguesa de Apoio à Vítima** - www.apav.pt
- **Direção-Geral das Autarquias Locais** - www.portautarquico.pt
- **Associação Nacional de Freguesias** – www.anafre.pt/
- **Guia Prático Apoios Sociais - Pessoas Idosas. Instituto da Segurança Social. I.P** - www.seg-social.pt/documents/10152/27202/apoios_sociais_idosos



- **Lei n.º112/2009, de 16 de Setembro** – Estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à proteção e à assistência das suas vítimas.
- **Diretiva 2012/29/UE, de 25 de outubro de 2012** (Lei n.º 130/2015 – Assembleia da República – Procede à vigésima terceira alteração ao Código de Processo Penal e aprova o Estatuto da Vítima, transpondo a Diretiva 2012/29/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 25 de outubro de 2012, que estabelece normas relativas aos direitos, ao apoio e à proteção das vítimas da criminalidade e que substitui a Decisão-Quadro 2001/220/JAI do Conselho, de 15 de março de 2001)
- Parlamento Europeu e do Conselho - Diretiva que estabelece normas mínimas relativas aos direitos, ao apoio e à proteção das vítimas da criminalidade
- **Resolução da Assembleia da República n.º4/2013, de 21 de janeiro**
Assembleia da República
Aprova a Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica, adotada em Istambul a 11 de maio de 2011
- **Lei n.º104/2009, de 14 de setembro**
Assembleia da República
Aprova o regime de concessão de indemnização às vítimas de crimes violentos e de violência doméstica.
- Lei nº 121/2015, de 1 de setembro: – Dá nova redação aos artigos 1º e 6º do Regime de Concessão de Indemnização às Vítimas de Crimes Violentos e de Violência Doméstica, aprovado pela Lei nº 104/2009, de 14 de setembro.
- **Decreto-Lei n.º120/2010, de 27 de outubro**
Regula a constituição e funcionamento da Comissão de Proteção às Vítimas de Crimes.
- **Decreto-Lei n.º 117/2014, de 5 de agosto**
Regula o acesso às prestações do Serviço Nacional de Saúde por parte dos utentes, no que respeita ao regime de taxas moderadoras e à aplicação dos regimes especiais de benefícios.
- **Lei n.º 90/2009, de 31 de agosto**
Assembleia da República
Aprova o regime especial de proteção na invalidez. - *Última alteração: Decreto-Lei nº 246/2015, de 20 de outubro, com as alterações introduzidas pela Lei nº 6/2016, de 17 de março.*
- **Decreto-Lei n.º 187/2007, de 10 de maio**
Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
No desenvolvimento da Lei n.º 4/2007, de 16 de janeiro, aprova o regime de proteção nas eventualidades invalidez e velhice dos beneficiários do regime geral de segurança social - *Última alteração: Decreto-Lei nº 10/2016, de 8 de março*



- Determina as normas de implantação de estabelecimentos correspondentes a lares de idosos. **Decreto-Lei n.º 208/2001, de 27 de julho**
Ministério do Trabalho e da Solidariedade
Define as regras a observar na atribuição do complemento extraordinário de solidariedade aos beneficiários das pensões sociais de invalidez e de velhice do regime não contributivo e de regimes equiparados.
- **Decreto-Lei n.º 309-A/2000, de 30 de novembro**
Ministério do Trabalho e da Solidariedade
Altera o artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 265/99 de 14 de julho (procede à criação de uma nova prestação destinada a complementar a proteção concedida aos pensionistas de invalidez, velhice e sobrevivência dos regimes de segurança social em situação de dependência).
- **Decreto-Lei n.º 265/99, de 15 de julho**
Ministério do Trabalho e da Solidariedade
Procede à criação de uma nova prestação destinada a complementar a proteção concedida aos pensionistas de invalidez, velhice e sobrevivência dos regimes de segurança social em situação de dependência - *Última alteração: Decreto-Lei n.º 246/2015, de 20 de outubro, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 6/2016, de 17 de março.*
- **Decreto-Lei n.º 391/91, de 10 de outubro**
Ministério do Emprego e da Segurança Social
Disciplina o regime de acolhimento familiar de idosos e adultos com deficiência.
- **Decreto-Lei n.º 464/80, de 13 de outubro**
Presidência do Conselho de Ministros e Ministério dos Assuntos Sociais
Estabelece em novos moldes as condições de acesso e de atribuição da pensão social - *Última alteração: Decreto-Lei n.º 167-E/2013, de 31 de dezembro*
- **Decreto-Lei n.º 160/80, de 27 de maio**
Ministérios das Finanças e do Plano e dos Assuntos Sociais
Estabelece um esquema de prestações de segurança social a não beneficiários do sistema contributivo e revoga o Decreto-Lei n.º 513-L/79 de 26 de Dezembro.
- **Decreto-Lei n.º 187/2007, de 10 de maio**
Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
No desenvolvimento da Lei n.º 4/2007 de 16 de Janeiro, aprova o regime de proteção nas eventualidades invalidez e velhice dos beneficiários do regime geral de segurança social - *Última alteração: Decreto-Lei n.º 10/2016, de 8 de março*
- **Rede Social – DL n.º 115/2006, de 14 de junho**
Ministério do trabalho e da Solidariedade Social
Consagra os princípios, finalidades e objetivos da rede social.



- **Mecenato** - <http://saldopositivo.cgd.pt/empresas/mecenato-quais-sao-as-vantagens-fiscais-empresa/>

Anexo 3 – Tabelas de Apoios Sociais



Respostas Sociais
Pessoas Idosas

Respostas Sociais	Conceito	Objetivos	Legislação
Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)	Prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária	<ul style="list-style-type: none"> * Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias * Garantir a prestação de cuidados de ordem física e apoio psicossocial a indivíduos e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar * Apoiar os indivíduos e famílias na satisfação das necessidades básicas e atividades da vida diária * Criar condições que permitam preservar e incentivar as relações intrafamiliares * Colaborar e/ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde * Contribuir para retardar ou evitar a institucionalização * Prevenir situações de dependência, promovendo a autonomia. 	Portaria n.º 38/2013, 30 de janeiro
Centro de Convívio	Resposta social, desenvolvida em equipamento, de apoio a atividades sócio-recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas de uma comunidade.	Prevenir a solidão e o isolamento. Incentivar a participação e potenciar a inclusão social. Incentivar a participação e potenciar a inclusão social. Fomentar as relações interpessoais e intergeracionais. Contribuir para retardar ou evitar a institucionalização.	Sem legislação específica.
Centro de Dia	Resposta social, desenvolvida em equipamento, que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar.	Proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades dos utentes. Contribuir para a estabilização ou retardamento das consequências nefastas do envelhecimento. Prestar apoio psicossocial. Fomentar relações interpessoais e intergeracionais. Favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida. Contribuir para retardar ou evitar a institucionalização. Contribuir para a prevenção de situações de dependência, promovendo a autonomia.	Sem regulamentação específica. Guião Técnico n.º 8, Centro de Dia, editado pela ex-DGAS, aprovado por despacho do SEIS de 29/11/1996.



Centro de Noite	Resposta social, desenvolvida em equipamento, que tem por finalidade o acolhimento noturno, prioritariamente para pessoas idosas com autonomia que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança necessitam de suporte de acompanhamento durante a noite	Acolher, durante a noite, pessoas idosas com autonomia. Assegurar bem-estar e segurança. Favorecer a permanência no seu meio habitual de vida. Evitar ou retardar a institucionalização.	Portaria n.º 96/2013, de 04 de março.
Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas e Adultas com Deficiência	Consiste em integrar temporária ou permanentemente em famílias consideradas idóneas pessoas idosas e/ou adultas com deficiência, quando, por ausência ou falta de condições de familiares e/ou inexistência ou insuficiência de respostas sociais, não possam permanecer no seu domicílio.	<ul style="list-style-type: none"> * Acolher pessoas idosas e/ou adultas com deficiência (no máximo de três), que se encontrem em situação de dependência ou de perda de autonomia, vivam isoladas e sem apoio de natureza sociofamiliar e/ou em situação de insegurança; * Garantir à pessoa acolhida um ambiente sociofamiliar e afetivo propício à satisfação das suas necessidades e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade; * Evitar ou retardar o recurso à institucionalização; * Facilitar a interação com a comunidade; * Promover estratégias de reforço de autoestima e de autonomia pessoal e social. 	Decreto-Lei n.º 391/91, de 10 de outubro
Estrutura Residencial para Pessoas Idosas	Estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> * Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; * Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; * Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar; * Potenciar a integração social. 	Portaria n.º 67/2012, de 21 de março

Fonte: www.seg-social.pt (abril 2017) –

Guia Prático disponível em

http://www4.segsocial.pt/documents/10152/27202/apoios_sociais_idosos .

Outros apoios prestados pela Segurança Social: respostas sociais a pessoas adultas com deficiência, prestações sociais e outros serviços de apoio social, disponíveis em: http://www.segsocial.pt/documents/10152/27270/acolhimento_familiar_pessoas_adultos_deficiencia/b0993281-5617-4dca-b5bc-ae19c05cf430



Anexo 4 – Indicadores de Resultados relacionados com Envelhecimento Ativo e Saudável por fonte de Informação

N.º	Indicador	Valor	Fonte
1.	Percentagem de óbitos até aos 70 anos (relativamente ao total de óbitos)	22.1%	DGS/INE (2014)*
2.	Esperança de vida saudável aos 65 anos de idade	9,6 Anos para homens 5,6 Anos para mulheres	DGS/INE (2014)*
3.	Prevalência do consumo de tabaco na população com ≥ 15 anos	20.0%	DGS/INS (2014)*
4.	Prevalência da hipertensão arterial	26.9%	DGS/SPMS (2015)
5.	Prevalência de excesso de peso/obesidade na população adulta	Excesso peso Grau I 18.0% Excesso peso Grau II 18.4% Obesidade 16.4%	DGS/INS (2014)
6.	População residente em risco de pobreza ou exclusão social	21.7% (65+ Anos)	INE (2015)
7.	Taxa de desemprego por idade e	12.4% (55-64 Anos)	EUROSTAT/INE (2015)*



sexo			
8.	Esperança de vida aos 65 anos, por sexo	19.12%	DGS/INE (2011)*
9.	Índice de envelhecimento	127.8	DGS/INE (2011)
10.	Índice de dependência Total	51.3	DGS/INE (2011)
11.	Índice dependência dos idosos	28.8	DGS/INE (2011)
12.	Índice de longevidade %	47.9	DGS/INE (2011)
13.	Active Ageing Index	33.5%	UNECE (2014)
14.	Employment Rate 55-59	56.6%	UNECE (2014)
15.	Employment Rate 60-64	35.6%	UNECE (2014)
16.	Employment Rate 65-69	21.7%	UNECE (2014)
17.	Employment Rate 70-74	16.6%	UNECE (2014)
18.	Voluntary activities Percentage of population aged 55+ providing unpaid voluntary work through the organizations (at least once a week)	5.9%	UNECE (2014)
19.	Care to children and grandchildren Percentage of population aged 55+ providing care to their children and/or grandchildren (at least once a week)	27.9%	UNECE (2014)
20.	Care to older adults Percentage of population aged 55+ providing care to elderly or disabled relatives (at least once a week)	14.6%	UNECE (2014)
21.	Political Participation Percentage of population aged 55+ taking part in various forms of political activities	6.3%	UNECE (2014)
22.	Physical exercise Percentage of people aged 55 years and older undertaking physical exercise or sport almost every day	5.9%	UNECE (2014)
23.	Access to health and dental care Percentage of population aged 55+ who report no unmet need for medical and dental examination	78.5%	UNECE (2014)
24.	Independent living arrangements Percentage of persons aged 75 and older living in single or couple households	80.0%	UNECE (2014)
25.	Relative Median income Ratio of the median equivalised disposable income of people aged 65+ to the median equivalised disposable income of those aged below 65	91.7%	UNECE (2014)
26.	No poverty risk for older persons Percentage of people aged 65+ who are not at the risk of poverty	93.4%	UNECE (2014)



using 50% of the national median
equivalised disposable income as
the poverty threshold

27.	No severe material deprivation for older persons Percentage of people aged 65+ not severely materially deprived	91.6%	UNECE (2014)
28.	Physical Safety Percentage of people aged 55 years and older who are feeling safe to walk after dark in their local area (ESS)	70.1%	UNECE (2014)
29.	Lifelong Learning Percentage of older person aged 55-74 who received education or training in the 4 weeks preceding the survey	3.2%	UNECE (2014)
30.	Remaining life expectancy at age 55, as a share of the target of 50 years	51.0%	UNECE (2014)
31.	Share of healthy life expectancy at age 55	52.0%	UNECE (2014)
32.	Mental Well-being (for older population 55+)	51.8%	UNECE (2014)
33.	Use of ICT by older persons aged 55-74 at least once a week (including everyday)	24.0%	UNECE (2014)
34.	Social Connectedness Percentage of older population aged 55+ who meet friends, relatives or colleagues at least once a month	27.1%	UNECE (2014)
35.	Educational Attainment for older persons Percentage of older persons aged 55-74 with upper secondary or tertiary educational attainment	74.3%	UNECE (2014)
36.	Coeficiente de GINI (distribuição do rendimento)	33.9%	INE/ICOR (2015)*

*Indicadores de Monitorização do Plano Nacional de Saúde 2016-2020.