

EBOOK



OS MUITO IDOSOS: ESTUDO DO ENVELHECIMENTO EM COIMBRA

PERFIS FUNCIONAIS E INTERVENÇÃO



HEALTH SCIENCES
RESEARCH UNIT
NURSING

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENFERMAGEM

Editor: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

ISBN eBook: 978-989-98909-2-3

Coordenação: Investigador Principal do Projeto Estruturante: “Os muito idosos: estudo do envelhecimento em Coimbra”

EBOOK



OS MUITO IDOSOS: ESTUDO DO ENVELHECIMENTO EM COIMBRA

PERFIS FUNCIONAIS E INTERVENÇÃO

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

OS MUITO IDOSOS: ESTUDO DO ENVELHECIMENTO EM COIMBRA
Perfis funcionais e intervenção

EDITOR

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

AUTORES

Rogério Manuel Clemente Rodrigues
Sílvia Manuela Dias Tavares da Silva
Sandrina Sofia da Silva Crespo
Cristiana Filipa da Silva Ribeiro
Fernando Augusto Pereira
José Ignacio Guinaldo Martín
Hilma Alexandra Almeida Caravau
Luís Manuel de Jesus Loureiro
Zaida de Aguiar Sá Azeredo
José Ignacio Calvo Arenillas
Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes
Jorge Manuel Maranhas Alves
Luís Filipe Pedro Silva

ISBN – eBook

978-989-98909-2-3

MAQUETIZAÇÃO

Eurico Nogueira, *MS em Tecnologias de Informação Visual*

REVISÃO FINAL

Rogério Rodrigues, PhD., Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Sandrina Crespo, Lic., Bolseira de Investigação na UICISA: E
Cristiana Silva, Lic., Bolseira de Investigação na UICISA: E

REVISÃO DOCUMENTAL

Rogério Rodrigues, PhD., Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Sandrina Crespo, Lic., Bolseira de Investigação na UICISA: E
Cristiana Silva, Lic., Bolseira de Investigação na UICISA: E

APOIO TÉCNICO

Cristina Louçano, *Secretariado da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

ANO DE PUBLICAÇÃO 2014

Manual desenvolvido no âmbito do projeto *Os muito idosos: estudo do envelhecimento em Coimbra*, financiado pelos fundos nacionais através da FCT/MCTES (PIDDAC) e co-financiado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) através do COMPETE – Programa Operacional Fatores de Competitividade (POPC) do QREN [PTDC/CS-SOC/114895/2009].
Investigador Responsável: Rogério Rodrigues, PhD.

AGRADECIMENTOS

À Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), à Administração Regional de Saúde do Centro (ARS Centro), à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) e à Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E), pelo financiamento e colaboração em todas as fases do projeto.

A todos os participantes e familiares que aceitaram colaborar no estudo, dando a este projeto um carácter possível, útil e necessário, em Coimbra e em Portugal.

A todos os enfermeiros, dos Centros de Saúde de Coimbra, pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego, nomeadamente:

- Centro de Saúde de Celas;
- Centro de Saúde de Eiras;
- Centro de Saúde de Fernão de Magalhães;
- Centro de Saúde de Norton de Matos;
- Centro de Saúde de Santa Clara;
- Centro de Saúde de São Martinho do Bispo.

Aos investigadores do projeto:

- Rogério Manuel Clemente Rodrigues, PhD (Investigador Responsável)
- Luis Manuel de Jesus Loureiro, PhD
- Silvia Manuela Dias Tavares da Silva, MSc

Aos bolsiros de investigação do projeto:

- Sandrina Sofia da Silva Crespo, Lic.
- Cristiana Filipa Ribeiro da Silva, Lic.

Aos colaboradores envolvidos no projeto:

Cristina Louçano (Secretariado da UICISA:E)

Dina Maria de Almeida Marques (Gabinete de Apoio aos Projetos)

Aos autores/preletores:

Fernando Augusto Pereira, PhD

Hilma Alexandra Almeida Caravau, MSc

Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes, PhD

Jorge Manuel Maranhas Alves, Lic.

José Ignacio Calvo Arenillas, PhD

José Ignacio Guinaldo Martin, PhD

Luís Filipe Pedro Silva, MSc

Zaida de Aguiar Sá Azeredo, PhD

ÍNDICE

NOTA EDITORIAL.....	9
<i>Rogério Manuel Clemente Rodrigues</i>	
CAPÍTULO 1	
Os Muito Idosos: Estudo do Envelhecimento em Coimbra.....	13
<i>Rogério Manuel Clemente Rodrigues</i>	
<i>Silvia Manuela Dias Tavares da Silva</i>	
<i>Sandrina Sofia da Silva Crespo</i>	
<i>Cristiana Filipa Ribeiro da Silva</i>	
CAPÍTULO 2	
Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos: Validação e Utilização da Metodologia QAFMI/OARS.....	27
<i>Rogério Manuel Clemente Rodrigues</i>	
CAPÍTULO 3	
Recursos Sociais: uma Dimensão Essencial na Avaliação de Idosos Residentes na Comunidade.....	35
<i>Rogério Manuel Clemente Rodrigues</i>	
CAPÍTULO 4	
Saúde, Fatores Sociais e Suporte Social dos Idosos.....	47
<i>Fernando Augusto Pereira</i>	
CAPÍTULO 5	
Os Recursos Económicos dos Idosos e Muito Idosos.....	69
<i>José Ignacio Guinaldo Martin</i>	
<i>Hilma Alexandra Almeida Caravau</i>	
CAPÍTULO 6	
Caraterização da Saúde Mental dos Muito Idosos: um Domínio da Avaliação Funcional Multidimensional.....	87
<i>Luís Manuel de Jesus Loureiro</i>	

CAPÍTULO 7	
<i>A Saúde Física do Idoso numa Comunidade.....</i>	103
<i>Zaida de Aguiar Sá Azeredo</i>	
CAPÍTULO 8	
<i>Actividades de Vida Diaria.....</i>	125
<i>José Ignacio Calvo Arenillas</i>	
CAPÍTULO 9	
<i>Perfil Funcional dos Muito Idosos Residentes na Comunidade: Diferenças de Género.....</i>	147
<i>Rogério Manuel Clemente Rodrigues</i>	
<i>Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes</i>	
<i>Sandrina Sofia da Silva Crespo</i>	
<i>Cristiana Filipa Ribeiro da Silva</i>	
CAPÍTULO 10	
<i>Perfil Funcional do Idoso: da Classificação à Intervenção.....</i>	163
<i>Rogério Manuel Clemente Rodrigues</i>	
<i>Sílvia Manuela Dias Tavares da Silva</i>	
<i>Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes</i>	
CAPÍTULO 11	
<i>Avaliação da Utilização e Necessidade Sentida de Serviços dos Muito Idosos de Coimbra: Respostas e Intervenções do Município.....</i>	177
<i>Jorge Manuel Maranhas Alves</i>	
<i>Luís Filipe Pedro Silva</i>	
ANEXOS	
<i>Questionário de avaliação funcional multidimensional para idosos (QAFMI)....</i>	205
<i>Manual de instruções para aplicação do questionário.....</i>	227
<i>Tabelas.....</i>	241

NOTA EDITORIAL

A edição deste eBook resulta da compilação de análises e reflexões centradas nos resultados obtidos no âmbito do projeto *Os Muito idosos: estudo do envelhecimento em Coimbra* (PTDC/CS-SOC/114895/2009) realizadas pelo investigador principal, colaboradores e por convidados, que honram esta edição, que integraram o seminário internacional “*Os muito idosos: estudo do envelhecimento de Coimbra - Perfis funcionais e intervenção*”, realizado no dia 27 de junho de 2014, promovido pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC) e pela Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E).

O projeto de investigação foi financiado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER), através do Programa Operacional Factores de Competitividade (COMPETE) e por Fundos Nacionais através da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), coordenado por Rogério Manuel Clemente Rodrigues, sediado na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Temos como objetivo geral avaliar a capacidade funcional e a utilização e necessidade sentida de serviços de saúde e de apoio social pelos muito idosos. Foi desenvolvido um estudo quantitativo de tipo descritivo com recurso a uma amostra probabilística estratificada por sexo, grupo etário e área de residência, de 1153 idosos com idade igual ou superior a 75 anos, residentes na área geográfica de abrangência dos seis Centros de Saúde do concelho de Coimbra, pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego, onde foi aplicado o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos.

Este projeto foi autorizado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (autorização N°1713/2012), pela Administração Regional de Saúde do Centro (autorização N°017809 de 10-05-2012) e pela Comissão de Ética da UICISA:E, da ESEnFC (parecer N° 90-05/2012).

Num contexto de envelhecimento populacional, procuramos neste eBook demonstrar a premência da implementação de uma avaliação funcional multidimensional, compilando um conjunto de trabalhos que têm em comum a reflexão do estado funcional em cinco

áreas: recursos sociais, recursos económicos, saúde física, saúde mental e atividades de vida diária; bem como a reflexão sobre a utilização e necessidade sentida, pelos muito idosos, de um conjunto de serviços de apoio social, e de saúde, disponíveis na comunidade.

A presente edição é, também, fruto de um percurso investigativo que se vem a desenvolver desde 1998 pelo investigador principal deste projeto, quando iniciou o estudo de validação do *Older Americans Resources and Services* (OARS), na versão em língua portuguesa, Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos (QAFMI).

Ao longo desta, década e meia, aproximadamente, tem produzido publicações científicas em autoria e coautoria, algumas obras em formato de livro com os seus professores de referência no seu percurso académico de Mestrado e Doutoramento (Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira e Professora Doutora Zaida Azeredo) e outras publicações em formato de artigos, com os seus colaboradores nas diversas investigações desenvolvidas no âmbito da temática da avaliação funcional multidimensional de idosos.

A avaliação funcional multidimensional de idosos centra-se na avaliação de cinco áreas funcionais (recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades de vida diária) e na utilização e necessidade sentida de serviços, em indivíduos com mais de 65 anos (neste estudo indivíduos com 75 ou mais anos). Da utilização deste instrumento e metodologia, resulta uma avaliação da funcionalidade dos idosos bem como das suas necessidades sentidas, e não atendidas, de serviços na comunidade.

Focando-nos na presente edição, nos onze capítulos seguintes, cada uma das áreas da avaliação multidimensional será abordada mediante as diversas perspetivas que resultam da análise e reflexão sobre os resultados obtidos no decorrer do projeto acima referido. Aproveitamos a oportunidade de divulgação para incluir nesta edição um exemplar do QAFMI/OARS, o manual de utilização do instrumento e um conjunto de tabelas com alguns dos dados resultantes do projeto.

Procurámos apresentar as principais conclusões decorrentes das diversas análises, nas diferentes áreas funcionais, legando aos profissionais que intervêm nas áreas social e de saúde, um contributo para orientar futuras intervenções ao nível da população idosa.

Deste modo, o **Capítulo 1** diz respeito ao estudo *Os Muito idosos: estudo do envelhecimento em Coimbra*, apresentando o projeto e alguns dos aspetos metodológicos, como as características sociodemográficas da amostra representativa da população dos muito idosos do concelho de Coimbra.

O **Capítulo 2**, *“Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos: Validação e Utilização da Metodologia QAFMI/OARS”*, da autoria do investigador principal do projeto, integra a revisão do quadro conceptual e metodológico da avaliação funcional multidimensional

de idosos, que está subjacente a toda a análise e reflexão seguintes. O autor sistematiza todo o percurso desenvolvido, desde o processo de validação do instrumento *Older Americans Resources And Services* (OARS) para a versão portuguesa - Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (QAFMI), até à sua aplicação, dando visibilidade, da sua utilidade, enquanto instrumento de avaliação da capacidade funcional em idosos que pode fornecer informação significativa para fundamentar adequadas estratégias de intervenções comunitárias neste grupo populacional.

O **Capítulo 3** versa sobre “*Recursos Sociais: Uma Dimensão Essencial na Avaliação de Idosos Residentes na Comunidade*”, salientando-se no texto apresentado a importância da avaliação dos recursos sociais e das necessidades sentidas pelos muito idosos.

Na continuação do capítulo anterior, o **Capítulo 4**, tendo por base os resultados do projeto na área dos recursos sociais do presente estudo reflete sobre “*Saúde, Fatores Sociais e Suporte Social dos Idosos*”, centrando-se na importância do suporte social dos muito idosos, desde as pessoas com quem vive, à disponibilidade da pessoa para a prestação de cuidados em caso de doença, ou incapacidade, até à autoavaliação de recursos sociais na perspetiva dos muito idosos integrados no seu meio social/comunitário.

No **Capítulo 5**, “*Os Recursos Económicos dos Idosos e Muito Idosos*”, são tecidas considerações a partir dos dados referentes à área dos recursos económicos da amostra do estudo, centrando-se a análise nos rendimentos dos muito idosos, na situação laboral, avaliação e autoavaliação de recursos económicos, e implicações na funcionalidade geral que resulta da dimensão económica.

O **Capítulo 6**, debruça-se sobre a “*Caracterização da Saúde Mental dos Muito Idosos: Um Domínio da Avaliação Funcional Multidimensional*”, tendo por base os resultados do projeto na área da saúde mental, centrando-se na avaliação da ocorrência de sintomas psiquiátricos e na autoavaliação da saúde mental dos muito idosos.

O **Capítulo 7**, “*A Saúde Física do Idoso numa Comunidade*”, resultante dos dados obtidos na área de saúde física realça aspetos como a avaliação das doenças referidas, grau de limitação associado às patologias referidas, o consumo de medicamentos, frequência de vigilância de saúde por consulta médica e necessidade de mais cuidados médicos. Analisa, ainda, o envelhecimento patológico e envelhecimento fisiológico, interligando as comorbilidades que afetam esta faixa etária, dando aos profissionais de saúde uma visão global das necessidades sentidas que são fundamentais para um planeamento e programação de ações interventivas no âmbito da saúde.

No **Capítulo 8**, “*Actividades de Vida Diária*”, o autor apresenta um Programa de Revitalização Geriátrica desenvolvido entre a Universidade e o município de Salamanca que tem como objetivo principal promover o envelhecimento ativo da população.

O **Capítulo 9**, “*Perfil Funcional dos Muito Idosos Residentes na Comunidade: Diferenças de Género*” são analisadas, tendo por base uma visão integradora do conceito de género, as cinco áreas funcionais estudadas, pretendendo contribuir para que o estabelecimento do *gendermainstreaming* sugerido pelas agências internacionais, adquira significativa expressão prática, com o intuito de minorar as iniquidades em saúde ligadas ao género e, para uma efetiva resposta às necessidades sentidas pelos homens e mulheres muito idosos. As diferenças de género são manifestamente notórias nestas idades mais avançadas, traduzindo-se em maiores custos quer ao nível da saúde, quer ao nível familiar, social e económico.

No **Capítulo 10**, “*Perfil Funcional do Idoso: da Classificação à Intervenção*”, o autor debruça-se sobre os perfis funcionais, dando a conhecer o nível de funcionalidade da população estudada, mostrando, num desenho multidimensional, as diversas áreas onde a intervenção deverá ser primordial.

Por último, o **Capítulo 11** “*Avaliação da Utilização e Necessidade Sentida de Serviços dos Muito Idosos de Coimbra: Respostas e Intervenções do município*”, centra-se na análise dos serviços de apoio social, procurando compreender a relação entre a sua utilização e a necessidade sentida pelos idosos. É, ainda, dado espaço para apresentar os recursos que estão disponíveis na comunidade para colmatar essas necessidades expressas, numa tentativa de divulgar o trabalho já realizado por profissionais com intervenção direta na comunidade e por outros profissionais de outras áreas.

Em suma, o fio condutor que interliga e atravessa os diferentes textos é a necessidade de realizar, ao nível da população muito idosa, uma avaliação funcional multidimensional, procurando criar intervenções que vão ao encontro das suas reais necessidades. Temos presente, igualmente, que as problemáticas do envelhecimento populacional e a sua heterogeneidade são demasiado amplas e complexas para que se esgote nos trabalhos que aqui se apresentam. Por isso, recomendamos que sejam entendidos como contributos para uma maior valorização e especificação de formas desejáveis de avaliar de forma multidimensional, planear e implementar intervenções dirigidas à população muito idosa.

Rogério Manuel Clemente Rodrigues
Coordenador e Investigador Principal do Projeto
Coimbra, junho 2014
rogerio@esenfc.pt

CAPÍTULO 1

OS MUITO IDOSOS: ESTUDO DO ENVELHECIMENTO EM COIMBRA

ROGÉRIO MANUEL CLEMENTE RODRIGUES
SILVIA MANUELA DIAS TAVARES DA SILVA
SANDRINA SOFIA DA SILVA CRESPO
CRISTIANA FILIPA RIBEIRO DA SILVA

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Nota Introdutória

O projeto de investigação, intitulado *Os Muito idosos: estudo do envelhecimento em Coimbra* [PTDC/CS-SOC/114895/2009] foi submetido no final do ano 2009 à Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), tendo sido aprovado para cofinanciamento com a classificação de Excelente. O projeto de investigação desenvolveu-se na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tendo como Investigador Responsável o Professor Rogério Rodrigues.

No cenário de transição demográfica, com implicações em todas as áreas da vida social, mas em que ao mesmo tempo se assume como dever ético reduzir as desigualdades de acesso a bens e serviços, surge como imperativo social a necessidade de adequar as respostas de cuidados e serviços a uma população idosa cada vez mais significativa colaborando no esforço de responder às suas carências e expectativas. A avaliação geriátrica, enquanto avaliação multidimensional ou compreensiva, inclui não apenas os aspetos patológicos ou meramente clínicos, mas também as funções física, cognitiva, emocional e social, permitindo, com o conhecimento do ambiente onde estão inseridos os idosos, um concreto conhecimento das realidades e um melhor planeamento em saúde.

Tendo como objetivo geral avaliar a capacidade funcional e a utilização e necessidade sentida de serviços de saúde e de apoio social pelos idosos, foi desenvolvido no âmbito

deste projeto de investigação, um estudo quantitativo de tipo descritivo com recurso a uma amostra probabilística estratificada por sexo, grupo etário e área de residência de 1153 idosos com idade igual ou superior a 75 anos, residentes na área geográfica de abrangência dos seis centros de saúde do concelho de Coimbra, pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego¹, onde foi aplicado o Questionário de Avaliação Funcional e Multidimensional para Idosos (QAFMI).

Este objetivo resulta dos estudos desenvolvidos pelo Principal Investigador (Ferreira & Rodrigues, 1999; Ferreira, Rodrigues & Nogueira, 2006; Rodrigues, 1999; Rodrigues, 2008; Rodrigues, 2009), de onde se sublinha a importância da avaliação multidimensional dos idosos para uma compreensão das necessidades reais deste grupo populacional para as quais se exige uma resposta profissional multidisciplinar efetiva.

Os objetivos específicos deste projeto são: avaliar o estado funcional em cinco áreas (recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades de vida diária) na população idosa pertencente aos centros de saúde do concelho de Coimbra do Agrupamento Baixo Mondego; e avaliar a utilização e necessidade sentida de serviços, da mesma população.

O Centro de Saúde, dentro do Serviço Nacional de Saúde, surge como entidade capaz de gerar e dinamizar a efetiva intervenção que maximize e promova a fundamentada afetação de recursos, fornecendo aos decisores das políticas de saúde e sociais, informação sobre a capacidade funcional dos idosos e sobre a utilização e necessidade sentida de serviços deste grupo populacional. Nesta perspetiva, a resposta às necessidades deste grupo populacional não poderá estar apenas centrada nos serviços de saúde, mas igualmente atender à conjugação de esforços entre estes e os serviços de apoio social.

A estratégia de uma adequada resposta em termos de saúde pressupõe a colaboração dos restantes recursos da comunidade num objetivo comum. Num modelo que coloca o utente como parceiro nos cuidados de saúde e outras intervenções sociais, associado a novas estratégias centradas na efetividade e eficiência das intervenções, é necessário saber que ganhos os cuidados de saúde se produzem e a que custo. Para tal, a capacidade funcional é considerada o padrão de medição dos resultados das intervenções clínicas.

Neste contexto, a definição de objetivos e a sua avaliação torna-se central nos cuidados de saúde a fim de justificar as intervenções e os meios a utilizar.

1 Agrupamento de Centros de Saúde (ACES): com a reconfiguração dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal (Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de junho) surgem os ACES constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam em um ou mais centros de saúde.

Assim, pretende-se com este estudo:

- Melhorar a qualidade dos cuidados, adequando a formação dos enfermeiros a esta nova realidade social e de saúde;
- Fornecer aos decisores das políticas de saúde e sociais, informação sobre a capacidade funcional dos idosos e sobre a utilização e necessidade sentida de serviços deste grupo populacional;
- Demonstrar as possibilidades do instrumento como ferramenta de monitorização do estado funcional deste grupo etário no âmbito da intervenção comunitária.

Metodologia

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo de tipo descritivo, com recurso a uma amostra probabilística estratificada por sexo, grupo etário e área de residência.

População e amostra

Definimos como população alvo do estudo os indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos a 31 de dezembro (inclusive) inscritos e residentes na área geográfica de abrangência dos seis centros de saúde do concelho de Coimbra, pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego, sendo eles o Centro de Saúde de Celas, Centro de Saúde Fernão de Magalhães, Centro de Saúde São Martinho do Bispo, Centro de Saúde Norton de Matos, Centro de Saúde de Santa Clara e Centro de Saúde de Eiras.

Para definir a amostra, consideraram-se os dados autorizados, disponibilizados pela Administração Regional de Saúde do Centro (ARS Centro), da população inscrita nos centros de saúde do concelho de Coimbra com idade ≥ 75 anos. Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (2011), a população residente em Coimbra com idade igual ou superior a 75 anos, seria de 13872 indivíduos, no entanto, quando os dados dos inscritos nos seis Centros de Saúde nos foram facultados, deparámo-nos com uma população total de 16474 indivíduos. O que foi imediatamente justificado pelos profissionais de saúde, atendendo à falta de regularização dos ficheiros e às inscrições esporádicas realizadas em épocas migratórias como são o caso das férias.

Para estratificar a amostra, recorreu-se aos seguintes critérios: sexo, grupos etários (74-84 e ≥ 85) e área de residência. A seleção da amostra foi efetuada, em cada estrato, mediante seleção aleatória simples, segundo a ordem aleatória das bases de dados fornecidas pelos

centros de saúde. Assim, a população alvo englobava 16474 indivíduos tendo sido obtida uma amostra de 1153 participantes, correspondendo a 7,0% da população.

Esta é constituída, quanto ao sexo, por 422 participantes do sexo masculino e 731 do sexo feminino. Quanto ao grupo etário é constituída por 814 indivíduos dos 75 aos 84 anos e por 339 indivíduos com idade ≥ 85 anos.

A recolha de dados decorreu no período de junho de 2012 a outubro de 2013.

Segundo a autorização da Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD), o primeiro contacto com o potencial participante teria de ser realizado pelo enfermeiro de cada centro de saúde, que os informava sobre o estudo e questionava sobre o seu interesse em participar. Este primeiro contacto foi feito quer por via telefónica, quer presencialmente com o idoso e/ou informante. Posteriormente, caso a entrevista não ficasse previamente marcada, as bolseiras de investigação (ambas licenciadas em Enfermagem) entravam novamente em contacto com o idoso e/ou informante e realizavam a marcação da entrevista atendendo ao dia e local de preferência do idoso e/ou informante. Assim sendo, a recolha de dados foi realizada maioritariamente no domicílio, mas também nos centros de saúde, pelas bolseiras de investigação, com uma duração medida de 47,38 minutos ($\sigma=15,661$), incluindo a deslocação ao domicílio do entrevistado ou ao local da entrevista e a realização da mesma.

O facto das bolseiras de investigação serem referenciadas ou apresentadas, pelos enfermeiros dos centros de saúde e sendo referido aos utentes que eram licenciadas em Enfermagem, contribuiu na extensa maioria das entrevistas para o seu sucesso, reduzindo os níveis de desconfiança e os índices de recusas dos participantes.

Para alcançar os 1153 entrevistados, foram realizados 2175 contactos, dos quais 1022 (46,99%), corresponderam a: recusas de participação (21,43%), óbitos (12,72%), contactos telefónicos indisponíveis/errados (41,39%), entre outras causas (24,46%) como morada errada, não atender o telefone (após 3 tentativas de ligação em dias alternados), não possuir contacto telefónico no processo e estar internado ou estar a residir fora do concelho de Coimbra no momento de realização do estudo. Quando ocorria uma destas situações os potenciais entrevistados eram substituídos por outros, respeitando a aleatoriedade definida.

Instrumento de Recolha de Dados

O instrumento de recolha de dados utilizado foi o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos (QAFMI), versão validada em português europeu (Rodrigues, 2008) do Older Americans Resources and Services (OARS). O estudo de

adaptação cultural e psicométrico do instrumento para a população portuguesa encontra-se descrito em estudos anteriores (Ferreira & Rodrigues, 1999; Ferreira, Rodrigues & Nogueira, 2006; Rodrigues, 1999; Rodrigues, 2009) e pode ser consultado em detalhe no Capítulo 2 deste documento.

O QAFMI/OARS (pode ser consultado em Anexo) é um instrumento multidimensional com qualidades reconhecidas na área da saúde, desenvolvido especificamente para idosos, cujas características lhe permitem desempenhar um papel no estudo desta população, auxiliando na identificação de problemas e orientando intervenções (Hook, Berkman & Dunkle, 1996).

Este modelo conceptual centra-se em três elementos:

- Avaliação da capacidade funcional, em cada uma das áreas definidas, classificando o indivíduo em escalas cujas pontuações permitem definir funcionamentos equivalentes;
- Utilização e necessidade sentida de serviços caracterizando o uso atual e a necessidade sentida;
- Avaliação de alternativas de serviços a implementar em respostas às incapacidades detetadas.

A utilização na íntegra deste modelo conceptual permite avaliar a capacidade funcional e medir a utilização de serviços estabelecendo a relação entre funcionalidade e disponibilidade de apoio.

O QAFMI é constituído apenas por perguntas fechadas e, atendendo às características da população alvo, o limite máximo de apelo à memória é de seis meses.

O QAFMI inicia-se pela caracterização sociodemográfica e pelo *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) composto por 10 questões, que avalia o défice da função cognitiva, determinando se o idoso é idóneo para responder ao questionário ou se é necessário recorrer a um informante. A determinação da idoneidade é realizada tendo em conta o somatório de respostas incorretas dadas pelo idoso, ou seja, se o idoso tiver errado em mais de 3 perguntas (num total de 10), deve ser aplicado o questionário a outra pessoa que o acompanhe (informante). No nosso estudo, tendo em conta a idade dos entrevistados, ficou definido que o participante poderia responder ao questionário se o número de respostas certas correspondesse a 5.

Em termos de estrutura global, o QAFMI é composto fundamentalmente por duas partes. A parte A corresponde à avaliação funcional das áreas de recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades de vida diária (AVD). Constituída por 70 questões dirigidas ao inquirido (perguntas 1 a 70).

A parte B recolhe informação sobre a utilização, nos últimos seis meses, e necessidade sentida de seis conjuntos de 6 serviços, nomeadamente, serviços de saúde, serviços de avaliação e coordenação, serviços não classificados, serviços de apoio geral, serviços de apoio económico e serviços sociais e recreativos, num total de 23 serviços. No questionário este grupo constitui o grupo de questões com o número 71.

No final do questionário, ao entrevistador, é reservado um conjunto de 20 questões (perguntas 72 a 91) relativas, na sua maioria, às cinco áreas funcionais. Este poderá classificar o respondente desde 1 a 6 correspondendo a recursos “muito bons” até “totalmente insatisfatórios”, formando a pontuação de incapacidade funcional (PIF). Esta avaliação permite ao entrevistador, em função dos parâmetros avaliados e baseado em toda a informação recolhida ao longo da entrevista, emitir um juízo quantitativo.

Quanto às cinco áreas funcionais avaliadas, os recursos sociais são avaliados pela quantidade e adequação da interação social, bem como, pela disponibilidade de ajuda em caso de doença. A avaliação dos recursos económicos centra-se nos rendimentos e na autoavaliação das necessidades económicas. A avaliação da saúde mental inclui o SPMSQ; o *Short Psychiatric Evaluation Schedule* (SPES) para identificação de sintomas psiquiátricos; e a autoavaliação da saúde mental. A avaliação da saúde física centra-se na existência de patologias, uso de medicamentos e autoavaliação. E, por último, a área das AVD é avaliada com recurso às escalas de AVD instrumentais e físicas, onde são avaliados catorze itens, incluindo a presença de incontinência.

A análise fatorial, tendo por base o modelo QAFMI/OARS, permitiu obter fatores para cada uma das cinco áreas funcionais. Foram obtidos um total de 11 fatores, três na área dos recursos sociais, um na área de recursos económicos, quatro na área da saúde mental, um na área da saúde física e dois na área das AVD.

Na dimensão dos recursos sociais os três fatores refletem a disponibilidade e a quantidade de contactos com amigos, a disponibilidade de um apoio próximo e a adequação desses contactos (Ferreira, Rodrigues & Nogueira, 2006). Quanto aos recursos económicos o fator associado reflete o aspeto subjetivo do bem-estar económico. Na avaliação de saúde mental, a análise fatorial, permitiu obter quatro fatores: satisfação geral; distúrbio do sono; dimensão energia/letargia que pretende refletir a depressão; e a presença de paranoia. O fator associado à saúde física é constituído por uma escala subjetiva de saúde. Os itens associados às AVD distribuem-se por AVD instrumentais e AVD físicas (Ferreira, Rodrigues & Nogueira, 2006).

A identificação destes fatores permitiu a construção de um programa informático que atribui um padrão de funcionalidade ou incapacidade a cada um dos participantes, pontuando-os de 1 a 6, desde “excelente”, “boa”, “limitação pequena”, “limitação

moderada”, “limitação grave” e “limitação total”, respetivamente, para cada uma das cinco áreas funcionais em estudo, conforme Tabela 1. Este trabalho encontra-se explanado no estudo de Ferreira, Rodrigues & Nogueira (2006).

Tabela 1 - *Classificação nas cinco áreas funcionais segundo a pontuação de incapacidade funcional*

Pontuação de incapacidade	Recursos Sociais	Recursos Económicos	Saúde Mental	Saúde Física	Atividades de Vida Diária (AVD)
1. Excelente	As suas relações sociais são muito satisfatórias e amplas; pelo menos uma pessoa o cuidaria indefinidamente	Os seus rendimentos são amplos; o sujeito tem economias	Intelectualmente alerta gozando claramente a vida. Controla com facilidade o quotidiano e os problemas graves da vida e não apresenta sintomas psiquiátricos	Ocupa-se de atividades físicas vigorosas, regularmente ou pelo menos de vez em quando	Pode realizar todas as atividades da vida diária sem ajuda e com facilidade
2. Boa	As suas relações sociais são moderadamente satisfatórias e adequadas e pelo menos uma pessoa o cuidaria indefinidamente; <i>Ou</i> As relações sociais são muito satisfatórias e amplas e só teria disponível uma ajuda temporária	Rendimentos amplos; o sujeito não tem economias; <i>Ou</i> Rendimentos suficientes; o sujeito tem economias	Controla tanto o quotidiano como os problemas graves da vida satisfatoriamente e intelectualmente está intacto e livre de sintomas psiquiátricos	Insignificantes doenças ou incapacidades. Apenas requer cuidados médicos de rotina como avaliação (<i>check up</i>) anual	Pode realizar todas as atividades da vida diária sem ajuda
3. Limitação pequena	As suas relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; pelo menos uma pessoa o/a cuidaria indefinidamente; <i>Ou</i> As relações sociais são moderadamente satisfatórias, adequadas e apenas disporia de ajuda por um período curto de tempo	Rendimentos suficientes; o sujeito não tem economias; <i>Ou</i> Rendimentos algo insuficientes; o sujeito tem economias	Tem ligeiros sintomas psiquiátricos e/ou ligeiro deterioro intelectual. Controla o quotidiano mas não satisfatoriamente os problemas graves da sua vida	Tem uma ou mais doenças que podem beneficiar de tratamento médico ou de medidas corretivas	Só não realiza de uma a três AVD. Requer alguma ajuda para de uma a três AVD, mas não necessariamente todos os dias. Pode passar um dia sem ajuda. É capaz de preparar as suas próprias refeições

4. Limitação moderada	As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; só dispõe de ajuda por um período curto de tempo;	Rendimentos um pouco insuficientes; o sujeito não tem economias	Tem sintomas psiquiátricos definidos e/ou um moderado deterioro intelectual. Controla o quotidiano e é capaz tomar decisões com senso comum, mas incapaz de lidar com os problemas graves da sua vida	Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são dolorosas ou requerem considerável tratamento médico	Requer assistência regular em pelo menos quatro AVD mas pode passar um dia sem ajuda;
	<i>Ou</i>				<i>Ou</i>
	As relações sociais são pelo menos ajustadas ou satisfatórias, mas a ajuda só seria possível de vez em quando				Requer ajuda regular para a preparação das refeições
5. Limitação grave	As relações são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; e a ajuda só seria possível de vez em quando;	Rendimentos totalmente insuficientes; o sujeito pode ter ou não ter economias	Tem sintomas psiquiátricos graves e/ou um grave deterioro intelectual que interfere com os juízos e decisões do quotidiano	Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são fortemente dolorosas ou ameaçam a sua vida, ou que requerem amplo tratamento médico	Necessita ajuda diária mas não necessariamente todo o dia ou noite com muitas AVD
	<i>Ou</i>				
	As relações sociais são pelo menos satisfatórias ou adequadas; mas a ajuda não é sequer disponível de vez em quando				
6. Limitação total	As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; e a ajuda não é sequer disponível de vez em quando	O sujeito é indigente, sem rendimentos ou economias	Manifestamente psicótico ou completamente deteriorado intelectualmente. Requer supervisão periódica ou constante devido ao seu comportamento claramente anormal ou potencialmente nocivo	Acamado e requer permanente assistência médica ou cuidados de enfermagem para manter as funções vitais do organismo	Necessita ajuda durante todo o dia e/ou noite para realizar as AVD

O ponto de corte definido para caracterizar os indivíduos com incapacidade foi estabelecido ao nível da pontuação 5 e 6 numa determinada área funcional. As restantes pontuações, de 1 a 4, indicam não haver incapacidade na área avaliada. Da combinação das diferentes pontuações nas cinco áreas avaliadas, resulta um conjunto de 32 perfis funcionais, agrupando os indivíduos desde “sem incapacidade em nenhuma área” até “incapacidade nas cinco áreas”, conforme Quadro 1.

No Capítulo 10 apresenta-se com detalhe o processo de definição dos perfis funcionais e os resultados mais relevantes deste estudo.

Quadro 1 - Sistema de 32 perfis funcionais

1	S	E	M	F	A	Sem incapacidade	17	S	E	M	F	A	
2	S	E	M	F	A	Incapacidade em 1 área	18	S	E	M	F	A	
3	S	E	M	F	A		19	S	E	M	F	A	
4	S	E	M	F	A		20	S	E	M	F	A	
5	S	E	M	F	A		21	S	E	M	F	A	Incapacidade em 3 áreas
6	S	E	M	F	A		22	S	E	M	F	A	
7	S	E	M	F	A	Incapacidade em 2 áreas	23	S	E	M	F	A	
8	S	E	M	F	A		24	S	E	M	F	A	
9	S	E	M	F	A		25	S	E	M	F	A	
10	S	E	M	F	A		26	S	E	M	F	A	
11	S	E	M	F	A		27	S	E	M	F	A	Incapacidade em 4 áreas
12	S	E	M	F	A		28	S	E	M	F	A	
13	S	E	M	F	A		29	S	E	M	F	A	
14	S	E	M	F	A		30	S	E	M	F	A	
15	S	E	M	F	A		31	S	E	M	F	A	
16	S	E	M	F	A		32	S	E	M	F	A	Incapacidade em 5 áreas

Legenda: **S** – recursos sociais; **E** – recursos económicos; **M** – saúde mental; **F** – saúde física; **A** – AVD

Análise dos Dados

A análise dos dados foi feita por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 22.0 do Windows, sendo calculadas, as estatísticas recorrendo a métodos inerentes à estatística descritiva (apresentando cálculos referentes a frequências absolutas e relativas) e inferencial (utilizou-se, para a análise das variáveis dicotómicas, o teste de Qui quadrado e na comparação de médias, o teste não paramétrico de U de Mann-Whitney). A análise estatística teve em conta um nível de significância de 0,05.

Em anexo, neste documento, podem ser consultadas todas as tabelas elaboradas e respetivas análises estatísticas por áreas funcionais.

Considerações Ético-Legais

O estudo foi autorizado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados segundo autorização N°1713/2012, pela Administração Regional de Saúde do Centro mediante autorização N°017809 de 10-05-2012 e pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) segundo o parecer N° 90-05/2012. No momento da entrevista o indivíduo, ou informante, era informado dos objetivos do estudo e da garantia de confidencialidade dos dados recolhidos, assinando o consentimento informado.

Caracterização Geral da Amostra

A amostra é constituída por 1153 indivíduos dos quais 422 do sexo masculino e 731 do sexo feminino. De forma a analisar os dados, os participantes foram distribuídos por grupos etários e por sexos. Um grupo etário dos 75 aos 84 anos, com 814 indivíduo e um segundo grupo composto por indivíduos com idade igual ou superior a 85 anos, com 339 indivíduos.

Na tabela 2, podem ser consultados os dados da caracterização geral da amostra nas variáveis sociodemográficas por grupo etário e sexo.

Tabela 2 - Caracterização geral da amostra nas variáveis sociodemográficas por grupo etário e sexo

Variáveis sociodemográficas	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total	
	M		F		Total		M		F		Total		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo	320	39,3	494	60,7	814	70,6	102	30,1	237	69,9	339	29,4	1153	100,0
Estado civil														
Solteiro	4	1,3	42	8,5	46	5,7	2	2,0	32	13,5	34	10,0	80	6,9
Casado	259	80,9	221	44,7	480	59,0	62	60,8	27	11,4	89	26,3	569	49,3
Viúvo	51	15,9	214	43,3	265	32,6	36	35,3	170	71,7	206	60,8	471	40,8
Divorciado/separado	6	1,9	17	3,4	23	2,8	2	2,0	8	3,4	10	2,9	33	2,9
NS/NR	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	320	100	494	100	814	100	102	100	237	100	339	100	1153	100
Habilitações literárias														
Não sabe ler nem escrever	24	7,5	103	20,9	127	15,6	13	12,7	87	36,7	100	29,5	227	19,7
Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino	10	3,1	37	7,5	47	5,8	3	2,9	18	7,6	21	6,2	68	5,9
Ensino básico primário	171	53,4	247	50,0	418	51,4	46	45,1	86	36,3	132	38,9	550	47,7
Ensino básico preparatório	27	8,4	31	6,3	58	7,1	12	11,8	6	2,5	18	5,3	76	6,6
Ensino secundário	26	8,1	25	5,1	51	6,3	10	9,8	16	6,8	26	7,7	77	6,7
Ensino médio	35	10,9	22	4,5	57	7,0	5	4,9	8	3,4	13	3,8	70	6,1
Ensino superior	27	8,4	29	5,9	56	6,9	13	12,7	15	6,3	28	8,3	84	7,3
NS/NR	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	0,3	1	0,1
Total	320	100	494	100	814	100	102	100	237	100	339	100	1153	100

Em relação ao estado civil dos participantes observam-se diferenças significativas entre género e grupo etário ($p < 0,001$). O estado solteiro foi referido maioritariamente por mulheres (10,1%) contra 1,4% dos homens. Verificamos uma maior percentagem de mulheres solteiras no grupo etário de idade igual ou superior a 85 anos em relação ao grupo etário de 75-84 anos, com 13,5% e 8,5% respetivamente.

Observamos que, em ambos os grupos etários, a percentagem de homens casados é superior à das mulheres, com 80,9% e 44,7%, respetivamente, para o grupo etário mais

jovem, e 60,8% e 11,4%, para o grupo etário com idade igual ou superior a 85 anos. Quanto à percentagem de homens viúvos a situação inverte-se, sendo muito inferior àquela apresentada pelas mulheres, com 15,9% e 43,3%, respetivamente, para o grupo etário mais jovem, e 35,3% e 71,7%, para o grupo etário com idade igual ou superior a 85 anos.

Para o total da amostra, 2,9% dos indivíduos encontram-se divorciados/separados, sendo esta percentagem maior entre as mulheres (3,4%).

Temos, assim, para o estado civil, maior percentagem de solteiros entre as mulheres e, com o envelhecimento, observamos a diminuição do número de indivíduos casados e um aumento do número de viúvos.

As habilitações literárias encontradas na amostra vão desde a situação de não saber ler nem escrever, até ao ensino superior. No grupo etário 75-84 anos mais de metade (51,4%) dos participantes possui o ensino básico primário, sendo o valor para os homens de 53,4% e para as mulheres de 50,0%. Observamos que 28,4% das mulheres não possuem grau de ensino e que 15,5% detêm ensino secundário ou superior. Quanto aos homens, a situação inverte-se sendo que 61,8% apresentam o ensino básico e 27,4% detêm o ensino secundário ou superior. Sendo assim significativa a diferença ($p < 0,001$) de formação literária para este grupo etário quanto ao sexo, apresentando as mulheres menos habilitações.

No grupo etário de 85 ou mais anos salientamos o facto de 44,3% das mulheres não saber ler nem escrever ou saber ler e escrever sem possuir grau de ensino, quando para os homens esse valor é de 15,6%, resultando um valor global de 35,7%, neste grupo etário, de pessoas analfabetas. Tal como no grupo etário mais jovem, a diferença entre sexos é significativa ($p < 0,001$), verificando-se globalmente menores habilitações e também aqui uma pior situação das mulheres.

Entre grupos etários, a diferença nas habilitações literárias, é estatisticamente significativa ($p < 0,001$), apresentando o grupo etário com 85 e mais anos menores habilitações que o grupo de 75-84 anos. Para o total da amostra a diferença entre sexos é significativa ($p < 0,001$), apresentando as mulheres menos habilitações.

Referências Bibliográficas

- Ferreira, P., Rodrigues, R. M. C., & Nogueira, D. (2006). *Avaliação Multidimensional em idosos*. Coimbra, Portugal: Mar da Palavra.
- Ferreira, P., & Rodrigues, R. M. C. (1999). Portuguese version of the OARS multidimensional functional assessment of older adults questionnaire. *Quality of life research*, 8(7), 597.

- Hook, M., Berkman, B., & Dunkle, R. (1996). Assessment tools for general health care settings: Prime-MD, OARS, and SF-36. *Health & Social Work, 21*, 230-234.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). Anuário Estatístico da Região Centro-2011. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística.
- Rodrigues, R. M. C. (1999). *Avaliação funcional multidimensional de idosos: estudo das incapacidades funcionais e utilização de serviços* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Rodrigues, R. M. C. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação multidimensional de idosos. *Revista Panamericana de Salud Pública, 23*(2), 109-115.
- Rodrigues, R. M. C. (2009). *Avaliação comunitária de uma população de idosos*. Coimbra, Portugal: Mar da Palavra.

CAPÍTULO 2

AVALIAÇÃO FUNCIONAL MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS: VALIDAÇÃO E UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA QAFMI/OARS

ROGÉRIO MANUEL CLEMENTE RODRIGUES

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Nota Introdutória

O *Older Americans Resources And Services Program (OARS)* é o resultado dos trabalhos desenvolvidos nos Estados Unidos da América (EUA) pelo *Center for the Study of Aging and Human Development* da Duke University desde 1972.

A metodologia OARS foi desenvolvida para avaliar a capacidade funcional em cinco áreas fundamentais na qualidade de vida do idoso: recursos sociais, saúde mental, saúde física e actividades de vida diária (AVD). Mede, ainda, a utilização e a necessidade sentida de vários tipos de serviços o que permite a avaliação de programas de intervenção e a tomada de decisões fundamentadas sobre a afectação de recursos e serviços (Fillenbaum & Smyer, 1981).

Os idosos estão sujeitos a uma multiplicidade de diagnósticos de saúde onde os aspectos físicos, mentais e sociais estão fortemente interligados, pelo que medidas de avaliação multidimensionais são as mais apropriadas. De igual modo as medidas de capacidade funcional que avaliam a possibilidade de independência apesar da doença, limitações físicas ou mentais e apoio social, são úteis indicadores para quem cuida de idosos (George & Fillenbaum, 1985).

Partindo destes pressupostos o modelo conceptual do OARS inclui três elementos: avaliação da capacidade funcional, classificando o indivíduo em escalas com pontuações que permitem definir funcionamentos equivalentes; utilização e necessidade de serviços, definindo o uso actual e a necessidade sentida; avaliação de alternativas de serviços a implementar em função da capacidade funcional.

Validação da Metodologia QAFMI/OARS

O processo de validação resultou dos estudos de Rodrigues (1999), tendo posteriormente sido publicado um manual de divulgação por Ferreira, Rodrigues e Nogueira (2006). O primeiro estudo tinha como objectivo, e permitiu, a criação da versão portuguesa do OARS, efectuando a sua validação linguística e cultural. Com o estudo de Nogueira (2003), e publicações seguintes, foi possível diversificar os contextos populacionais de aplicação da metodologia e promover a sua divulgação entre técnicos e comunidade científica a trabalhar na área do envelhecimento humano.

Metodologia

A metodologia do estudo de Rodrigues (1999), autorizado pelos autores do instrumento original, começou com a tradução e adaptação cultural para língua portuguesa do OARS. A versão resultante, Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos (QAFMI), validada por peritos, foi aplicada a 302 idosos com apoio institucional (amostra aleatória e estratificada por idade, género e tipo de apoio institucional), permitindo o estudo psicométrico global do instrumento (validade e fiabilidade).

O QAFMI/OARS é constituído por duas partes. A parte A avalia a funcionalidade em cinco áreas e a parte B a utilização, e necessidade sentida, de serviços.

Parte A do QAFMI/OARS (*OARS - Multidimensional Functional Assessment Questionnaire*)

A parte A do OARS (OARS-MFAQ) é composta por conjuntos de perguntas que avaliam cada uma das cinco áreas funcionais. Permite uma classificação em escalas que posicionam os inquiridos segundo as suas incapacidades em cada área.

Área de recursos sociais - A avaliação dos sociais centra-se na quantidade e adequação da interação social e na disponibilidade de ajuda em caso de doença ou incapacidade.

Área de recursos económicos - A avaliação dos recursos económicos dirige-se aos rendimentos e à autoavaliação da sua adequação às necessidades.

Área de saúde mental - A avaliação da saúde mental inclui o questionário preliminar (avaliação da função cognitiva com o *Short Portable Mental Status Questionnaire* [SPMSQ]); a avaliação da presença de sintomas psiquiátricos (*Short Psychiatric Evaluation Schedule* [SPES] que não aponta diagnósticos); e a autoavaliação de saúde mental.

Área de saúde física - A avaliação da saúde física inclui o levantamento do uso de medicamentos prescritos, a existência de doenças (particularmente as crónicas) e a forma como interferem nas actividades diárias e a autoavaliação da saúde física.

Área de actividades de vida diária (AVD) - A área de AVD é avaliada recorrendo a duas escalas (AVD instrumentais e AVD físicas) e à identificação de algum grau de incontinência.

Pontuação de incapacidade funcional - Ao completar o questionário o entrevistador atribui uma pontuação de incapacidade funcional (PIF) que permite enquadrar o sujeito no conjunto de características predefinidas para cada área funcional, classificando-o com base em toda a informação recolhida ao longo da entrevista. Apesar da descrição de cada categoria variar segundo a área em avaliação, o seu significado é idêntico, correspondendo o 1 a “muito bom”, 2 a “bom”, 3 a “ligeiramente insatisfatório”, 4 a “moderadamente insatisfatório”, 5 a “fortemente insatisfatório” e 6 a “totalmente insatisfatório”.

Parte B do QAFMI/OARS (OARS - Services Assessment Questionnaire)

A parte B (OARS-SAQ), recolhe informação sobre serviços. Avalia a utilização actual, a frequência com que são utilizados e a necessidade sentida de 23 serviços. São agrupados em seis categorias (serviços gerais de apoio; serviços sociais e recreativos; serviços de saúde; serviços de apoio económico; serviços de apoio, avaliação e coordenação e serviços não classificados) (Fillenbaum, 1988).

Resultados

A validação de um questionário tem como objectivo demonstrar a sua capacidade para obter resultados semelhantes quando utilizado em idênticas circunstâncias.

Adaptação cultural e linguística

A tradução do OARS da sua versão original para outras línguas tem-se mostrado uma tarefa não isenta de alguma complexidade, mas que se torna simplificada (apesar da sua extensão) por utilizar uma linguagem acessível e adaptada a idosos, um grupo populacional junto de quem se tornam mais evidentes as dificuldades de recolha de informação. Na elaboração da versão portuguesa foram mantidas todas as características da versão original dando atenção a um conjunto de aspectos que facilitam e validam a informação recolhida.

Estudo psicométrico

Os resultados do estudo psicométrico efectuado com a aplicação do OARS na sua versão portuguesa, pretendem demonstrar que essa versão é equivalente à versão original do instrumento (Ferreira & Marques, 1998).

Fiabilidade

Coerência interna

Na escala de recursos sociais o valor global obtido do coeficiente α (alfa) de Cronbach foi de 0,64; na escala de recursos económicos de 0,89; na escala de saúde mental de 0,83; na escala de saúde física de 0,85; e na escala de AVD de 0,91.

Numa análise geral das cinco escalas, e comparando a versão portuguesa com a versão original (E.U.A.) e espanhola, verificamos que todas elas apresentam valores similares.

Reprodutibilidade

Para o estudo da reprodutibilidade foram seleccionados trinta indivíduos, a quem foi aplicado o questionário na sua totalidade, em dois momentos, com um intervalo de uma semana. A correlação entre os dois resultados obtidos na escala de classificação de saúde física e de desempenho de AVD foi de 1,000; na escala de classificação de recursos sociais 0,962; na de recursos económicos 0,964; e na de saúde mental 0,979. Estes valores são elevados, permitindo afirmar uma idêntica avaliação pelo entrevistador, do mesmo indivíduo, nos dois diferentes tempos.

Concordância entre observadores

Ainda não foi possível efectuar esse estudo para a versão portuguesa já que nos estudos de Ferreira, Rodrigues, e Nogueira (2006), Nogueira (2003), Rodrigues (1999) e Silva (2005) apenas se dispunha dos autores para a realização das entrevistas. No entanto, a informação disponível neste campo demonstra que os resultados das avaliações nas diferentes áreas não são influenciados pelo entrevistador (Fillenbaum, 1988; Patiño, 1994).

Validade

Validade de conteúdo

Sujeito à análise crítica de dois juízes considerados conhecedores do tema, e desconhecendo o original, a versão apresentada em língua portuguesa foi considerada

adequada, quer nos itens que incluía quer na terminologia utilizada, à informação a recolher e ao contexto social e cultural português.

Validade de construção

O modelo de desenvolvimento do OARS foi baseado numa equipa multidisciplinar e na adaptação de algumas escalas já existentes, criando as condições para um consenso entre técnicos de diversas áreas que se traduz por boas condições de validade (Fibla, Patiño, & Dominguez, 1996; Fillenbaum, 1988; Fillenbaum & Smyer, 1981).

Validade de critério

Adoptou-se como medida de critério um instrumento multidimensional, o Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey (MOS SF-36), utilizado para avaliar a qualidade de vida também em idosos (Stadnyk, Calder, & Rockwood, 1998). Aplicado à mesma população e no primeiro momento do estudo de reprodutibilidade, foram os dados correlacionados, obtendo-se a matriz da correlação de Pearson. Os valores do coeficiente de correlação demonstram a correspondência entre as duas escalas.

Utilização da Metodologia OARS/QAFMI

Desde o estudo psicométrico da metodologia QAFMI/OARS alguns estudos têm sido desenvolvidos, dando visibilidade à utilidade deste instrumento.

Nesse sentido, entendemos como pertinente apresentar um quadro (Quadro 1) que agrupa todos os estudos realizados até à data, por ordem cronológica ascendente, em Portugal.

Quadro 1 - Estudos realizados em Portugal recorrendo à metodologia QAFMI/OARS

Ano	Título	Autores	Desenho do Estudo	Participantes
1999	Avaliação funcional multidimensional de idosos: estudo das incapacidades funcionais e utilização de serviços	Rogério M. C. Rodrigues	Estudo descritivo correlacional	Indivíduos com idade ≥ 65 anos residentes em lar ou com apoio de centro de dia da Região Centro de Portugal
2003	Avaliação multidimensional de idosos. Estudo de uma população idosa não institucionalizada: caracterização das incapacidades funcionais e utilização de serviços	Dália M. S. Nogueira	Estudo descritivo correlacional	Indivíduos com idade ≥ 65 anos residentes no domicílio de freguesia da Região Centro/Sul de Portugal
2005	Avaliação multidimensional dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Vale de Cambra	Sílvia M. D. Tavares Silva	Estudo descritivo correlacional	Utentes de Centro de Saúde com idade ≥ 65 anos
2009	Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços	Rogério M. C. Rodrigues	Estudo descritivo correlacional	Utentes de Centro de Saúde com idade ≥ 65 anos da Região Centro de Portugal
2012	Funcionalidade e utilização de serviços nos idosos inscritos no Centro de Saúde de Tábua	Tânia F. S. Rodrigues	Estudo descritivo correlacional	Utentes de Centro de Saúde com idade ≥ 65 anos
2014	Estado funcional e utilização de serviços em idosos no habitat urbano – Estudo em São João da Madeira (Portugal)	Sílvia M. D. T. Silva	Estudo descritivo correlacional	Utentes de Centro de Saúde com idade ≥ 65 anos

Nota Conclusiva

Pela metodologia, pela qualidade e volume de informação recolhida, o QAFMI/OARS pode desempenhar um importante papel no estudo desta população, identificando problemas e orientando intervenções (Hook, Berkman, & Dunkle, 1996).

A análise dos dados do estudo aponta para que se possa considerar a versão portuguesa uma versão equivalente à original, com resultados do estudo psicométrico idênticos à versão original e a outras versões em línguas latinas.

Referências Bibliográficas

- Ferreira, P. L., & Marques, F. B. (1998). *Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: princípios metodológicos gerais*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde.
- Ferreira, P. L., Rodrigues, R., & Nogueira, D. (2006). *Avaliação multidimensional em idosos*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Fibla, G., Patiño, P. E., & Domínguez, A. C. (1996). Version española del OARS multidimensional functional assessment questionnaire: adaptación transcultural y medida de la validez. *Atención Primaria, 17*(8), 486-495.
- Fillenbaum, G. G., & Smyer, M. A. (1981). The Development, validity, and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. *Journal of Gerontology, 10*(4), 428-434.
- Fillenbaum, G. G. (1988). *Multidimensional Functional Assessment of Older Adults. The Duke Older Americans Resources and Services Procedures*. Hilldale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- George, L. K., & Fillenbaum, G. G. (1985). OARS Methodology. A decade of experience in geriatric assessment. *Journal of the American Geriatrics Society, 33*(9), 607-615.
- Hook, M. P. V., Berkman, B., & Dunkle, R. (1996). Assessment tools for general health care settings: Prime-MD, OARS, and SF-36. *Health & Social Work, 21*(3), 230-234.
- Nogueira, D. M. S. (2003). *Avaliação multidimensional de idosos. Estudo de uma população idosa não institucionalizada: caracterização das incapacidades funcionais e utilização de serviços* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, Portugal.
- Patiño, P. E. (1994). *Valoración multidimensional de la tercera edad en el municipio de Vigo*. (Tese de Doutoramento). Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, Espanha.
- Rodrigues, R. M. C. (1999). *Avaliação funcional multidimensional de idosos: estudo das incapacidades funcionais e utilização de serviços* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

- Rodrigues, R. M. C. (2009). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Rodrigues, T. F. S. (2012). *Funcionalidade e utilização de serviços nos idosos no Centro de Saúde de Tábuá* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Silva, S. M. D. T. (2005). *Avaliação multidimensional dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Vale de Cambra* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Silva, S. M. D. T. (2014). *Estado funcional e utilização de serviços em idosos no habitat urbano, estudo em São João da Madeira* (Tese de Doutoramento). Facultad de Medicina da Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, Espanha.
- Stadnyk, K., Calder J., & Rockwood, K. (1998). Testing the measurement properties of the Short Form-36 Health Survey in a frail elderly population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(10), 827-835.

CAPÍTULO 3

RECURSOS SOCIAIS: UMA DIMENSÃO ESSENCIAL NA AVALIAÇÃO DE IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE

ROGÉRIO MANUEL CLEMENTE RODRIGUES

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Nota Introdutória

Na atualidade assiste-se a uma melhoria das condições de vida na sociedade em geral, e no grupo de idosos em particular. Contudo, apesar da maioria das pessoas idosas ser saudável e independente, com o avançar da idade aumenta a probabilidade de se desenvolverem, em simultâneo, diversas patologias, crónicas e degenerativas, que se potenciam entre si, dando origem, com o passar do tempo, à instalação de alguma dependência de ordem física, mental ou social.

As tendências de saúde relativas ao grupo populacional com crescimento mais rápido (os idosos mais velhos) têm recebido particular atenção devido ao aumento dos custos com a saúde.

Parker e Thorslund (2007) deram conta de que apesar das avaliações de incapacidade frequentemente revelarem melhorias, existe contudo, em simultâneo, um aumento do número de doenças crónicas e incapacidades funcionais que são consideradas no âmbito da componente saúde e provocam aumento na procura de recursos na área de cuidados de saúde. Isto é, a acompanhar a redução da incapacidade está a expansão de outros problemas de saúde. Por conseguinte, o conceito da morbilidade em geral não é suficiente quando se discutem as tendências de saúde e a necessidade de serviços de saúde na população idosa.

Estes autores salientam que esta situação se torna generalizada nos países ocidentais. A prevalência de doenças crónicas, e as limitações funcionais, estão em expansão ao mesmo tempo que a invalidez/incapacidade está a diminuir, o que sugere necessidade

de mudança de estratégia na disponibilidade de recursos para a saúde. As limitações funcionais implicam medidas de reabilitação e compensatórias enquanto a incapacidade entre os idosos frequentemente requer necessidades de serviços sociais e/ou de cuidados continuados (*long-term care*).

Neste contexto é de suma importância uma intervenção integrada de vários sectores da sociedade, entre os quais se salienta o papel dos serviços de saúde como promotores do desenvolvimento de parcerias potenciadoras da sua abrangência. Este ponto exige o aumento da proporção de idosos dependentes que usufruam de apoio domiciliário integrado e uma medicina familiar de qualidade, como a forma mais adequada para responder à diversidade dos seus problemas, assim como promover o desenvolvimento de uma rede de cuidados continuados integrados na área de

A sobrevivência na velhice avançada implica a existência de factores relativamente favoráveis ao estado de saúde e qualidade de vida na fase inicial do envelhecimento, entre outros salientam-se: estado marital, género, agregado familiar e seu tamanho, grau de instrução e recursos económicos. Estes factores reflectem o contexto social das pessoas e, em conjunto, podem ser parcialmente considerados preditores de risco de vulnerabilidade nos idosos (Frankish, Milligan, & Reid, 1998; Manor, Israeli, & Freidlander, 2000; Manor & Eisenbach, 2003; Pizzetti, Manfredini, & Lucchetti, 2005).

A literatura sugere que o papel das relações sociais no processo de incapacidade é complexo e que uma melhor compreensão desse papel requer atenção específica às várias facetas que caracterizam essas relações. Importa distinguir dois componentes das relações sociais: o estrutural, relativo às características da rede social como o número e frequência de contactos; e o funcional, relativo à actual troca de recursos entre elementos da rede ou apoio social. Assim, apoio social, refere-se apenas aos aspectos funcionais das relações sociais (Mendes de Leon, Gold, Glass, Kaplan, & George, 2001).

Os aspectos sociais (recursos sociais e económicos) têm implicações no estado de saúde e o seu impacto, ainda que indirecto, na saúde mental e física, aponta para que o seu estudo não seja desligado destas componentes. A evidência dos efeitos, sobre a saúde, da funcionalidade social e dos recursos sociais são escassos, raramente avaliados e ainda pouco compreendidos (Thomson *et al.*, 2004).

As determinantes sociais que estão associadas a esta vulnerabilidade foram estudadas por Woo, Goggins, Sham e Ho (2005), observando-se o aumento dessa vulnerabilidade nos homens que não tinham ocupação dos tempos de lazer, com abstinência alcoólica, sem prática de exercício físico, com poucos familiares ou vizinhos e sem a prática frequente de actividades de ajuda aos outros membros da comunidade. Quanto às mulheres foi referido o pouco ou nenhum contacto com familiares (em vez do número de familiares) e a ausência de participação em actividades religiosas ou comunitárias.

O agregado familiar representa um cenário importante para o desenvolvimento das relações sociais e para o papel social de todos os envolvidos e em especial para os idosos, e a sua composição tem uma forte associação com o estado de saúde destes (Pizzetti *et al.*, 2005).

A rede social de apoio dos idosos tende a variar em número e composição ao longo do tempo. Vários estudos apontam para a associação entre a rede social de apoio e o estado de saúde física e mental dos indivíduos (Fiori, Antonucci, & Cortina, 2006; Litwin, 1998; Litwin, 2001; Melchior, Berkman, Niedhammer, Chea, & Goldberg, 2003; Shaw, Krause, Liang, & Bennett, 2007), reduzindo a mortalidade (Walter-Ginzburg, Blumstein, Chetrit, & Modan, 2002), uma vez que esta variável entre outras tem um factor protector na sobrevivência do indivíduo (Bisschop *et al.*, 2003; Keller, Magnuson, Cernin, Stoner, & Potter, 2003; Litwin & Shiovitz-Ezra, 2006) e na utilização de serviços de saúde e sociais (Litwin, 2004; Wenger, 1997).

A população idosa é predominantemente feminina (as tendências demográficas assim o comprovam, com a maior esperança de vida associada ao sexo feminino) estando por isso mais sujeitas a enfrentar problemas de saúde sem a ajuda do seu cônjuge (Grunfeld, Glosop, McDowell & Danbrook, 1997).

De forma mais abrangente verificou-se que a qualidade de vida de idosos com idades compreendidas entre os 75-99 anos era mais elevada nos idosos que viviam em suas casas, acompanhados, e que estes apresentavam poucas queixas relativamente àqueles que conseguiam viver sozinhos (Hellström & Hallberg, 2004).

À medida que as pessoas envelhecem as suas casas e o meio que a rodeia tornam-se mais significativos para estas criando laços afectivos e em consequência, envelhecer no seu espaço habitacional prevenindo o internamento em instituições é uma das maiores necessidades dos idosos e das suas famílias (Gitlin, 2003).

Por outro lado o sentimento de pertença, de ter algo como a sua casa é importante para os idosos e quando estes têm descendentes é uma forma de deixar uma herança e de ter recursos para assegurar e financiar os últimos anos de suas vidas (Fisher, Johnson, Marchand, Smeeding & Torrey, 2007).

Os recursos da rede social têm um impacto positivo nas diferentes dimensões relativas ao bem-estar geral, à saúde e desenvolvimento social e económico deste grupo na comunidade (Bouchard, Gilbert, Landry & Deveau, 2006). Os laços sociais promovidos por essa rede proporcionam aos idosos um suporte social, cognitivo e emocional que lhes é favorável na manutenção da sua auto-estima e sentido de desenvolvimento pessoal.

O apoio social de amigos, resultante em apoio emocional e instrumental, tem benefícios na saúde mental dos idosos, apresentando estes maior satisfação na qualidade de vida e

um maior auto domínio (Okabayashi, Mizuno, & Kobori, 2004). A percepção deste apoio social, (Lyles, King, Given, & Given, 1990), é ainda influenciada pelo contacto telefónico dos familiares e amigos, e a frequência semanal das suas visitas.

As actividades sociais e lúdicas nos idosos que se encontram isolados na comunidade aumentam a sua actividade cognitiva, assim como o sentimento de auto-estima, de identidade de grupo, e de bem-estar psíquico e físico, apesar das limitações funcionais, diminuindo os sintomas de vulnerabilidade emocional e de depressão (Greaves & Farbus, 2006).

No contexto do apoio social, o apoio dos vizinhos é referenciado como elemento protector entre os idosos sugerindo que o efeito da proximidade entre estes se reflecte positivamente no seu estado de saúde (Subramanian, Kubzansky, Berkman, Fay, & Kawachi, 2006).

A coesão social existente entre vizinhos pode ser observada como efeito modificador entre saúde mental do indivíduo e a perda de recursos de acessibilidade da área de residência. Isto é, áreas de residência com elevado número de pessoas com incapacidades terão menores níveis de coesão social, devidas às dificuldades de envolvimento social resultantes das doenças crónicas e incapacitantes, e este efeito tem maiores repercussões nos grupos de pessoas idosos mais velhas nomeadamente no seu estado de saúde mental (Fone, Lloyd, & Dunstan, 2007).

A exclusão social na velhice é também determinada por acontecimentos do percurso de vida como a viuvez, o ajustamento resultante de ter de viver sozinho e a perda de familiares, amigos e vizinhos. Outros acontecimentos como as ruturas nos relacionamentos familiares, a instalação de doenças crónicas, a saída do mercado de trabalho, também são relevantes (Scharf, Philipson, & Smith, 2005). Segundo Jonhson (2002), o tipo de estrutura familiar, ambiente familiar de proximidade e as relações sociais têm uma significativa influência na manutenção do bem-estar dos idosos.

Deste modo fica patente que a intervenção comunitária em resposta às solicitações dos idosos pressupõe uma avaliação integrada com abordagens não só dos aspectos de saúde mental e física, mas também da rede de apoio social (Clarkson, Venables, Hughes, Burns, & Challis, 2006), com vista a uma mais efectiva afectação de serviços.

O envolvimento em actividades sociais mantendo relações sociais e um elevado nível de participação em actividades sociais tem vindo a ser observado como factor que previne o declínio cognitivo nos idosos (Bassuk, Glass, & Berkman, 1999). São definidos seis indicadores de envolvimento social: presença de cônjuge, contacto visual/pessoal com familiares ou amigos próximos, contacto telefónico ou por carta com familiares e amigos, participação regular em serviços religiosos, membro de outros grupos e participação em actividades sociais e recreativas (Bassuk *et al.*, 1999).

Com uma crescente ênfase nos problemas crónicos e sintomas, os actuais cuidados de saúde primários não estão adequados a uma perspectiva de cuidados geriátricos compreensivos resultantes de uma avaliação multidimensional (Bodenheimer, Wagner & Grumbach, 2002). Neste sentido, Levine, Phelan, Balderson e Wagner (2006) e Parker (2006), sugerem a integração de uma equipa geriátrica no contexto dos cuidados de saúde primários, assente na abordagem geriátrica compreensiva o que permitiria otimizar a comunicação entre os doentes e a família e a sua equipa clínica. Desta forma estabelecer-se-iam prioridades com o desenvolvimento de intervenções quer formais, quer informais, para os idosos com múltiplas situações crónicas, melhorando os cuidados prestados.

As mudanças na política social no que diz respeito à segurança social são prioritárias face à emergência do grupo populacional de idosos e às carências destes relacionados com as incapacidades, e a pobreza decorrente dos baixos rendimentos, e pensões de sobrevivência. Decorrente desta preocupação Svihula e Estes (2007) analisaram os diferentes valores dominantes e ideologias relativas à segurança social, nos países ocidentais e deram conta que a tendência actual da visão de mercado, em detrimento da visão com uma perspectiva social, poderá trazer consequências altamente condicionantes para o futuro da segurança social e para o público em geral.

Com a emergência dos cuidados centrados no doente e família e o conseqüente aumento dos cuidados domiciliários, urge igualmente que seja feita uma avaliação dos mesmos e uma monitorização das necessidades daqueles que são os consumidores destes cuidados, os idosos vulneráveis a residirem na comunidade de forma a garantir eficácia nos cuidados e a promover a qualidade dos mesmos (Applebaum, Kunkel, & Wilson, 2007).

A Importância da Avaliação dos Recursos Sociais e as Necessidades Sentidas dos Muito Idosos

Se o foco está na satisfação das necessidades idosos, não só as necessidades de saúde, mas também as necessidades resultantes do seu contexto familiar e social, bem como para a compreensão das suas capacidades funcionais, a intervenção pode ser coerente, permitindo a implementação de avaliações devidas das necessidades sentidas e, assim, promover serviços que atendam a essas necessidades (Bottomley, 2001).

Os estudos no âmbito da qualidade de vida centrados na auto-avaliação demonstram a importância da inclusão dos aspectos funcionais, sociais, culturais, o desempenho do papel social, a vida independente e o bem-estar na concepção de cuidados de saúde (Albrecht, 1994). Devido a isso, a definição de cuidados de saúde vai além da componente clínica. Neste sentido, Bowling (2005), sugere que a qualidade de saúde

relacionada com a saúde seja definida como a otimização dos níveis funcionais físicos e mentais, os papéis (trabalho, família...) e as funções sociais (incluindo relações sociais), percepções de saúde, satisfação com a vida e bem-estar e avaliação da satisfação com os cuidados de saúde.

Esta avaliação deve abranger a pesquisa sobre a qualidade de vida do idoso e do envelhecimento “positivo”, a sensação de controlo, relacionamento social e qualidade do ambiente em que vivem, a saúde mental, a eficiência cognitiva, competência social e produtiva, controle de pessoal, a satisfação com a vida e motivações.

Neste modelo, partimos de uma visão centrada na doença para outra visão que inclui a saúde e bem-estar, integrando uma perspectiva sociológica (a existência de boa forma física e mental para o desempenho de um papel social) e humanista (com a presença de componentes, tais como a autonomia, e um sentido positivo da vida) no conceito de saúde.

As indicações de medida e avaliação das alterações quantitativas e qualitativas são dados importantes para os decisores, os profissionais de saúde e utentes, devido à preocupação com o uso desses dados pelas pessoas responsáveis pela alocação de recursos, resultante da natureza subjetiva e complexa do conceito de qualidade de vida (Brazier & Cairns, 1996).

O interesse pela qualidade de vida no processo de envelhecimento, e a procura da manutenção da independência nos idosos tem, como base principal a preocupação na redução de gastos públicos, que se prevêem crescentes, com pensões e serviços, respondendo, ainda, às expectativas da sociedade de se manter e prolongar uma vida activa comprimindo a morbilidade e incapacidade num curto período do final da vida (Bowling, 2005).

As necessidades de cuidados aos idosos são, muitas vezes, solucionadas em primeira estância, por respostas institucionais. No entanto, este tipo de resposta, retira as pessoas de seu contexto social e de residência, quando era a sua intenção de permanecer lá, o que implica, além dos custos humanos e sociais, custos financeiros para a pessoa e para a sociedade. O atendimento e os serviços prestados na comunidade e na residência do idoso são uma alternativa para a redução de custos.

Desta forma, num cenário de transição demográfica, com implicações em todas as áreas da vida social, mas em que, ao mesmo tempo, é um dever ético o reduzir as iniquidades no acesso a bens e serviços, a necessidade de adaptar as respostas de cuidados de saúde e serviços a uma população cada vez mais envelhecida surge como um imperativo social, colaborando em um esforço para satisfazer as suas carências e expectativas.

A avaliação geriátrica, como uma avaliação multidimensional ou compreensiva, inclui não só os aspectos puramente clínicos e patológicos, mas também as funções físicas,

cognitivas, emocionais e sociais, permitindo desta forma, com conhecimento do ambiente em que os idosos são integrados, uma compreensão concreta das realidades e um melhor planeamento em saúde.

O Centro de Saúde, dentro do Sistema Nacional de Saúde, surge como uma entidade capaz de criar e promover uma intervenção eficaz que maximiza e fomenta a alocação de recursos de forma fundamentada, fornecendo aos decisores de políticas de saúde e sociais informações sobre a capacidade funcional dos idosos e sobre o uso de e a necessidade destes serviços por este grupo populacional. Desta forma, as respostas, a fim de atender às necessidades deste grupo populacional não podem ser apenas centrada em serviços de saúde, mas também têm que ter em conta a consolidação de esforços conjuntos entre estes serviços e os serviços de apoio social. A estratégia para uma resposta adequada em termos de saúde requer a colaboração de todos os recursos da comunidade em direção a um objetivo comum.

Num modelo que coloca o utente como um parceiro na área da saúde e noutras intervenções sociais, associado a novas estratégias centradas na eficácia e eficiência das intervenções, é necessário saber quais são os ganhos em saúde obtidos e a que custo.

Para este fim, devido ao fato de que as habilidades funcionais e suas limitações podem representar barreiras ao alcance de metas e capacidade para o desempenho de papéis que são importantes para uma pessoa, a capacidade funcional é considerada o padrão para medir os resultados das intervenções de saúde e sociais. Neste contexto, a definição de objectivos e a sua avaliação tornam-se fundamentais para os cuidados de saúde, de modo a justificar as intervenções e os recursos utilizados.

A promoção do envelhecimento saudável deve ser a componente central do desenvolvimento das políticas de saúde (Ashraf, 2002; Nolan, 2001). A introdução e utilização do conceito nas escalas de medição na prática clínica certificou esta preocupação, colocando de lado as avaliações subjectivas. Desta forma, a avaliação multidimensional surge como uma medida que avalia a capacidade funcional, tornando possível racionalizar as intervenções na comunidade e providenciar cuidados. (Fillenbaum, 1988; Nogueira, 2003; Patiño, 1994; Rodrigues, 1999; Rodrigues, 2007; Rodrigues, 2008; Rodrigues, 2009; Silva, 2005).

Referências Bibliográficas

- Albrecht, G. L. (1994). Subjective health assessment. In J. C. Jenkinson, (Ed.), *Measuring health and medical outcomes. Social Research Today Series, No. 3* (pp. 7-26). London: UCL Press.
- Applebaum, R., Kunkel, S., & Wilson, K. (2007). Transforming data into practical information: using consumer input to improve home-care services. *The Gerontologist, 47*(1), 116-122.

- Ashraf, H. (2002). Older people must be on the health and development policy agenda. *The Lancet*, 359, p.1321.
- Bailey, A. (2002). National Service Framework for older people: promoting health. *British Journal of Nursing*, 11(7), 469-476.
- Bassuk, S. S., Glass, T. A., & Berkman, L. F. (1999). Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Annals of Internal Medicine*, 131(3), 165-173.
- Bisschop, M. I., Kriegsman, D. M., van Tilburg, T. G., Pennix, B., van Eijk, J. T., & Deeg, D. J. H. (2003). The influence of differing social ties on decline in physical functioning among older people with and without chronic diseases: the Amsterdam longitudinal aging study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 15, 164-173.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *Journal of the American Medical Association*, 288(14), 1775-1779.
- Bondevik, M., & Skogstad, A. (1998). The oldest old, ADL, social network, and loneliness. *Western Journal of Nursing Research*, 20(3), 325-343.
- Bottomley, J. M. (2001). Policies of health care and the needs of older adult: the social context of changes in the delivery system. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 16(4), 28-44.
- Bouchard, L., Gilbert, A., Landry, R., & Deveau, K. (2006). Social capital, health, and Francophone minorities. *Canadian Journal of Public Health*, 97(suppl.2), S16-S20.
- Bowling, A. (2005). *Ageing well. Quality of life in old age*. Maidenhead: Open University Press.
- Brazier, J., & Cairns, J. (1996). An economic perspective on health outcome measurement. In A. Hutchinson, E. McColl, M. Christie, & C. Ricalton (Eds.) *Health outcome measures in primary and out-patient care* (pp. 65-75). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Clarkson, P., Venables, D., Hughes, J., Burns, A., & Challis, D. (2006). Integrated specialist assessment of older people and predictors of care admission. *Psychological Medicine*, 36(7), 1011-21.
- Ferreira, P. L., Rodrigues, R. M. C., & Nogueira, D. (2006). *Avaliação multidimensional em idosos*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Fillenbaum, G. G. (1988). *Multidimensional functional assessment of older adults. The Duke older Americans resources and services procedures*. Hilldale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Fiori, K. L., Antonucci, T. C., & Cortina, K. S. (2006). Social network typologies and mental health among older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61B, P25-P32.
- Fisher, J. D., Johnson, D. S., Marchand, J. T., Smeeding, T. M., & Torrey, B. B. (2007). No place like home: older adults and their housing. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62B(2), S120-S128.
- Frankish, C. J., Milligan, C. D., & Reid, C. (1998). A review of relationships between active living and determinants of health. *Social Science & Medicine*, 47(3), 287-301.

- Fone, D. L., Lloyd, K., & Dunstan, F. D. (2007, 3 de Maio). Measuring the neighbourhood using UK benefits data: a multilevel analysis of mental health status. *BMC Public Health*, 7(69). Recuperado Junho 2, 2007, de <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/69/prepub>.
- Gitlin, L. N. (2003). Conducting research on home environments: lessons learned and new directions. *Gerontologist*, 43, 628-637.
- Greaves, C.J., & Farbus L. (2006). Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people: Outcomes from multi-method observational study. *Journal of the Royal Society of Health*, 126(4), 134-142.
- Grunfeld, E., Glossop, R., McDowell, I., & Danbrook, C. (1997). Caring for elderly people at home: the consequences to caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, 157, 1101-1105.
- Hellström, Y., & Hallberg, I. R. (2004). Determinants and characteristics of help provision for elderly people living at home and in relation to quality of life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(4), 387-395.
- Johnson, C. L. (2002). *Longitudinal study of African-American oldest old 1988-1996*. Murray Research Center. Harvard University.
- Johnson, N. J., Backlund, E., Sorlie, P. D., & Loveless, C. A. (2000). Marital status and mortality: The National Longitudinal Mortality Study. *Annals of Epidemiology*, 10(4), 224-238.
- Kallan, J. (1997). Effects of sociodemographic variables on adult mortality in the United States: comparisons by sex, age, and cause of death. *Social Biology*, 44(1-2), 136-147.
- Keller, B. K., Magnuson, T. M., Cernin, P. A., Stoner, J. A., & Potter, J. F. (2003). The significance of social network in a geriatric assessment population. *Aging Clinical and Experimental Research*, 15, 512-517.
- Levine, M., Phelan, E. A., Balderson, B. H. K., & Wagner, E. H. (2006). Collaborative treatment planning for older patients in primary care. *Generations*, 30(3), 83-85.
- Litwin, H. (1998). Social network and health status in a National sample of elderly Israelis. *Social Science & Medicine*, 46, 599-609.
- Litwin, H. (2001). Social network type and morale in old age. *The Gerontologist*, 41, 516-524.
- Litwin, H., & Shiovitz-Ezra, S. (2006). Network type and mortality risk in later life. *The Gerontologist*, 46(6), 735-743.
- Lyles, J., King, S., Given, B., & Given, C. W. (1990). Social interaction, instrumental support and family caregiver perception of support. *Behavior, Health and Aging*, 1(2), 105-120.
- Manor, O., Israeli, E., & Friedlander, Y. (2000). Mortality differentials among Israeli women: the Israel longitudinal mortality study. *Social Science and Medicine*, 51(8), 1175-1188.
- Manor, O., & Eisenbach, Z. (2003). Mortality after spousal loss: are there socio-economic differences? *Social Science and Medicine*, 56, 405-413.
- Mendes de Leon, C. F., Gold, D.T., Glass, T. A., Kaplan, L., & George, L. K. (2001). Disability as a function of social networks and support in elderly African Americans and Whites: The Duke

- EPESE 1986-1992. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 6B(3), S179-S190.
- Melchior, M., Berkman, L. F., Niedhammer, I., Chea, M., & Goldberg, M. (2003). Social relations and self-reported health: a prospective analysis of the French Gazel cohort. *Social Science & Medicine*, 56, 1817-1830.
- Nolan, M. (2001). Successful ageing: keeping the person in person-centred care. *British Journal of Nursing*, 10(7), 450-454.
- Nogueira, D. M. S. (2003). *Avaliação multidimensional de idosos. Estudo de uma população idosa não institucionalizada: caracterização das incapacidades funcionais e utilização de serviços* (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, Portugal.
- Okabayashi, H., Mizuno, N., & Kobori, H. (2004). Caregiving experience, social supports from friends, personal control, and life satisfaction among the Japanese elderly. *The Gerontologist: program abstracts: 57th Annual Scientific Meeting*, 44(1), 651.
- Parker, S. G. (2006). Acute hospital care for frail older people. *Age and Ageing*, 35, 551-552.
- Parker, M. G., & Thorslund, M. (2007). Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. *The Gerontologist*, 47(2), 150-158.
- Patiño, P. E. (1994). *Valoracion multidimensional de la tercera edad en el municipio de Vigo* (Tese de Doutoramento). Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, Espanha.
- Pizzetti, P., Manfredini, M., & Lucchetti, E. (2005). Variations in late-age mortality by household structure and marital status in Parma, Italy. *Ageing & Society*, 25, 305-318.
- Rodrigues, R. M. C. (1999). *Avaliação funcional multidimensional de idosos: estudo das incapacidades funcionais e utilização de serviços* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Rodrigues, R. M. C. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Rodrigues, R. M. C. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Revista Panamericana Salud Pública*, 2(23), 109-115.
- Rodrigues, R. M. C. (2009). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Scharf, T., Phillipson, C., & Smith, A. E. (2005). Social exclusion and quality of life of excluded older people. *Working With Older People*, 9(3), 32-35.
- Shaw, B. A., Krause, N., Liang, J., & Bennett, J. (2007). Tracking changes in social relations throughout late life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62B(2), S90-S99.

- Silva, S. M. D. T. (2005). *Avaliação multidimensional dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Vale de Cambra* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Svihula, J., & Estes, C. L., (2007). Social security policy: ideology and reform. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62B(2), S79-S89.
- Subramanian, S. V., Kubzansky, L., Berkman, L., Fay, M., & Kawachi, I. (2006). Neighbourhood effects on the self-rated health of elders: uncovering the relative importance of structural and service-related neighbourhood environments. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61B(3), S153-S160.
- Walter-Ginzburg, A., Blumstein, T., Chetrit, A., & Modan, B. (2002). Social factors and mortality in the old-old in Israel: the CALAS study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57, S308-S318.
- Wenger, G. C. (1997). Social networks and the prediction of elderly people at risk. *Aging & Mental Health*, 1, 311-320.
- Woo, J., Goggins, W., Sham, A., & Ho, S. C. (2005). Social determinants of frailty. *Gerontology*, 51(6), 402-408.

CAPÍTULO 4

SAÚDE, FATORES SOCIAIS E SUPORTE SOCIAL DOS IDOSOS

FERNANDO AUGUSTO PEREIRA

Instituto Politécnico de Bragança; Centro de Investigação e Intervenção Educativa da FPCEUP; Núcleo de Investigação e Intervenção no Idoso da Escola Superior de Saúde de Bragança

Nota Introdutória

É com grande gosto e redobrado interesse que aceitei o convite para comentar os aspetos relativos aos recursos sociais deste estudo denominado *Os Muito idosos: estudo do envelhecimento em Coimbra*.

Este convite é também uma oportunidade excelente para me familiarizar com os resultados do instrumento de recolha de dados, o Questionário de Avaliação Multidimensional para Idosos/*Older Americans Resources and Services* (QAFMI/OARS), que estamos a aplicar no distrito de Bragança, no âmbito do compromisso *Be Home Be Happy – Observatory for the Quality of Life of the Elderly Living in the Community*, que integra a parceria europeia *Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing* (EIP AHA).

No meu comentário darei realce aos aspetos que considero mais relevantes dos resultados em “contraluz” com algumas daquelas que são as minhas principais preocupações com o sistema de suporte social dos idosos no nosso país, designadamente a situação demográfica e a capacidade de resposta dos sistemas formais e informais de apoio aos idosos. Antes, nos pontos 1, 2 e 3, desenvolverei o quadro de análise teórico que, julgo, poderá potenciar a pertinência e relevância dos dados do estudo ora apresentado. O ponto 4 é dedicado ao meu comentário acerca dos dados do estudo agora apresentado e o ponto 5 à apresentação de algumas sugestões para a intervenção na prática.

1. A Evolução Demográfica e a Capacidade de Resposta do Sistema de Apoio aos Idosos

A evolução demográfica da população portuguesa é deveras preocupante e será dramática nas décadas seguintes. Um estudo da projecção da população portuguesa efectuado pelo

Instituto Nacional de Estatística (INE, 2009) sublinha que: qualquer que seja o cenário considerado, a proporção da população idosa com 65 ou mais anos de idade, face ao total de efetivos, aumentará, de forma significativa, passando de 17,4% em 2008 para 32,3% no cenário central, 30,7% no cenário elevado, 35,5% no cenário baixo e 36,1% no cenário sem migrações, em 2060. Para o aumento da percentagem da população idosa contribuirá sobretudo o aumento da proporção da população mais idosa, com 80 e mais anos de idade, em qualquer dos cenários, passando de 4,2% do total da população em 2008 para 13,3% no cenário central (mais do que o triplo), para 12,7% no cenário elevado, para 15,0% no cenário baixo e para 15,8% no cenário sem migrações, em 2060.

Vejam os principais indicadores para o total do país (Tabela 1).

Tabela 1 - *Principais indicadores demográficos com impacto no apoio aos idosos*

Indicadores (Censos, 2011)	Portugal
Índice de envelhecimento (n.º)	128,60
Índice de longevidade (n.º)	28,80
Índice de dependência de idosos (n.º)	22,50
Índice de dependência de jovens (n.º)	51,30
Índice de dependência total (n.º)	47,86
Índice sintético de fecundidade (2012) (n.º)	1,28
Taxa de crescimento natural (%)	-0,17
Taxa de crescimento migratório (%)	-0,36

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2012). Censos 2011. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

O panorama é verdadeiramente preocupante. Todos os indicadores demográficos concorrem para que, na atualidade, se assista a uma sobrecarga dos sistemas de apoio aos idosos e que essa sobrecarga seja irreversível e se venha a agravar nos anos vindouros, a julgar pelos indicadores de fecundidade e de crescimento natural e migratório. Particularmente o índice sintético de fecundidade é assustador situando-se em 2012 a pouco mais de metade do considerado necessário para que a pirâmide etária se equilibre (1,28)¹, no pressuposto que não haja grandes movimentos na taxa de crescimento migratórios (que no caso também é negativo). Mesmo que por um qualquer “milagre” ocorresse um *babyboom* no país o problema demográfico manter-se-ia pelo menos pelo espaço de uma geração.

1 Este valor é consistente nos últimos 20 anos, pelo menos a julgar pelo que se passa no total nacional em que a média dos últimos 20 anos é de 1,43 (INE, 2013b).

A evolução destes indicadores demográficos, embora preocupante, não reflete com a nitidez necessária as circunstâncias de âmbito político, social e cultural registadas no país desde o início da crise da banca em 2008. O impacto desta crise nas economias dos países periféricos da Europa como Portugal rapidamente se transformou numa crise económica e social intensa que, entre outros efeitos, despoletou um processo de emigração intenso e seletivo (saem sobretudo os mais jovens e também muitos com maior nível de qualificações académicas e profissionais) e estancou o processo de imigração jovem para o nosso país. Mais grave ainda, muitos dos novos emigrantes saem sem a perspetiva de retorno ou de qualquer investimento no país de origem, ao contrário do que se verificava na emigração dos anos sessenta e setenta. Dados do INE relativos a 2012, ilustram bem esta realidade: “a taxa de crescimento efetivo de valor negativo (-0,52%) devido a valores negativos quer da taxa de crescimento natural (-0,17%) quer da taxa de crescimento migratório (-0,36%); por outro lado o índice de envelhecimento passou de 128 pessoas idosas por cada 100 jovens, em 2011, para 131 pessoas idosas por cada 100 jovens” (INE, 2013a).

Em síntese, estas circunstâncias vão acelerar e intensificar os fenómenos de desequilíbrio demográfico antes descritos. Num estudo recente sobre os fatores que influenciam a taxa de fecundidade em Portugal, fazendo uso de dados estatísticos recentes, Pinto e Gomes (2010, p. 75) lançam o seguinte alerta que pela sua importância transcrevemos na íntegra:

O facto dos fatores económicos e sociais se revelarem como os que têm maior capacidade explicativa nas diferenças da fecundidade, quando analisados à escala nacional e concelhia, conduz-nos à conclusão da necessidade de uma articulação firme entre as políticas que se destinam à família e as políticas no âmbito do mercado de trabalho, que visam a defesa da maternidade/parentalidade. A este último nível, têm ganho particular expressão, em outros países europeus, a flexibilização dos horários de trabalho para pai e/ou mãe, a possibilidade de existirem fases de carreira em que o trabalho em part-time não é penalizador de uma futura progressão profissional. Estas políticas parecem só poder ter efeitos positivos se equacionadas tendo em atenção a realidade demográfica local e as respetivas dinâmicas. (Pinto & Gomes, 2010, p. 75)

2. A (In)Sustentabilidade dos Sistemas de Apoio aos Idosos

Na atualidade, as sociedades ocidentais, na sua generalidade, em maior ou menor grau, são sociedades envelhecidas e, portanto, carecem de desenvolver sistemas de apoio aos idosos. O envelhecimento populacional é o reflexo positivo da evolução das condições de vida e em particular da melhoria dos sistemas de cuidados de saúde. Todavia, também

é verdade que as sociedades muito envelhecidas (como é o caso de Portugal) são o reflexo negativo de processos de desenvolvimento económico e social desequilibrados e exclusivos, que resultam em perdas populacionais, devidas a saldos migratórios negativos e a índices de natalidade demasiado baixos, porque, ou há poucos jovens em idade reprodutiva e/ou porque não existem condições consideradas necessárias para aumentar o número de filhos.

Assim, como referem Quadagno e Reid (1999) o envelhecimento não é um problema do indivíduo, ou da sua família, é um problema público. Nestes termos a sua resolução implica mobilizar conjuntamente uma sociologia dos sistemas de proteção social, uma sociologia dos mercados de trabalho e uma sociologia dos percursos de vida (Guillemard, 2003). Os sistemas de proteção social, porque os custos dos sistemas de reforma e dos encargos com os cuidados de saúde e o bem-estar social e segurança dos idosos são cada vez mais exigentes, devido ao acréscimo de natureza quantitativa (mais idosos a viver mais tempo) e de natureza qualitativa (cuidados de saúde cada vez mais sofisticados). O mercado de trabalho porque, inevitavelmente, é necessário articular dois aspetos à partida antagónicos que são: o aumento da idade da reforma (adequando-a à longevidade dos indivíduos) e garantir a empregabilidade das gerações de trabalhadores mais jovens. Sistemas de trabalho a tempo parcial, trabalho voluntário e todas as formas de envelhecimento ativo e produtivo, devem ser pensados e levados à prática. Finalmente uma sociologia dos percursos de vida, porque a terceira e a quarta idade, na maioria dos casos, são o reflexo das fases anteriores da vida, no que diz respeito às condições de saúde e de inclusão social dos indivíduos. Tudo aquilo que possa ser feito para proteger as relações familiares (independentemente do tipo de família) e as relações intergeracionais, assim como todas as medidas de educação para a saúde e para a cidadania são passos fundamentais para a inclusão social dos idosos.

Em Portugal, o apoio aos idosos repousa sobre dois subsistemas principais: o subsistema informal (família, amigos e vizinhos); e o subsistema formal (institucionalização de natureza pública, terceiro setor ou privada). Relativamente ao subsistema informal merece destaque a resiliência do sistema familiar e das relações intergeracionais familiares como principal rede de suporte do apoio aos idosos. Na verdade, como apontam vários estudos, as fragilidades e insuficiências registadas neste subsistema, não resultam da perda de qualidade dos afetos entre os membros da família, vizinhos ou amigos, imputáveis às condições da pós-modernidade (Bengtson, Rosenthal, & Burton, 1996; Fernandes, 2008), mas sim, tão só, da falta de pessoas para construir e reconstruir continuamente essas relações, como é obrigatório em todos os fenómenos sociais. No que respeita ao subsistema formal, desde 1998, o crescimento das respostas sociais para as pessoas idosas atingiu os 51,1%, tendo sido, em 2008, identificadas cerca de 6800 valências, explicitando que ao longo destes dez anos os Serviços de Apoio

Domiciliário (SAD) têm apresentado a maior taxa de crescimento (82,8%), seguido pelos Centros de Dia (CD) com 42,5% e pelas Residências de Idosos (RI) e Lares para Idosos (LI) com 39% (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social - Gabinete de Estratégia e Planeamento [MTSS-GEP], 2009).

Num estudo anterior (Pereira, 2012) desenvolvi um esquema que procurava sintetizar os fatores de sustentabilidade e de insustentabilidade do sistema de apoio aos idosos (Figura 1).

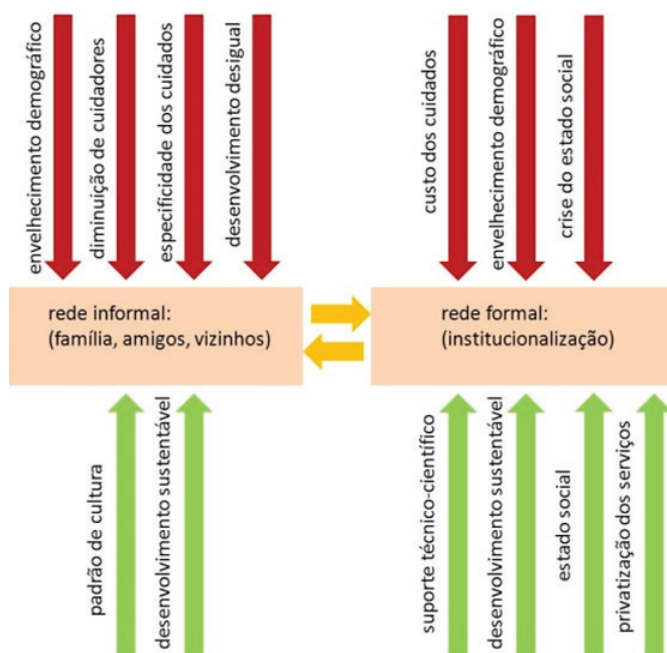


Figura 1 - *Fatores de sustentabilidade e de insustentabilidade do sistema de apoio aos idosos*

Fonte: Adaptado de Pereira, F. (2012). Teoria e Prática da Gerontologia. Um Guia para Cuidadores de Idosos. Viseu: Psicosoma.

Consideramos que a pertinência do mesmo se mantém mas podemos, nesta oportunidade, aprofundar o efeito da situação demográfica do país. Na altura sublinhámos que ambos os subsistemas são interdependentes, ou seja, que a sustentabilidade ou insustentabilidade de um está relacionada com a sustentabilidade ou insustentabilidade do outro e que alguns fatores exercem a sua influência em ambos os subsistemas de apoio considerados. Não encontramos razão para alterar a nossa posição, contudo, neste hiato de tempo, fomos tomando consciência da importância crescente que, no

futuro, terá o sistema formal (institucionalização dos cuidados nas suas diferentes formas). Esta percepção ocorre, justamente, da previsível incapacidade de resposta do sistema informal, devido à escassez de cuidadores e à sofisticação e complexidade crescente dos cuidados requeridos. Vejamos, um a um, os fatores de sustentabilidade e insustentabilidade do sistema de apoio aos idosos.

No que concerne aos fatores de insustentabilidade (situados no lado superior do esquema) temos: (1) o envelhecimento demográfico que, fruto do aumento do número de idosos e do aumento da longevidade, faz com que haja cada vez mais idosos para cuidar durante mais tempo, sobrecarregando ambos os subsistemas; (2) a redução do número de cuidadores informais disponíveis, derivada da menor dimensão das famílias, do predomínio da família nuclear (ausência de outros parentes a viver no mesmo agregado familiar), e também, frequentemente, da idade cada vez mais avançada do cuidador, ou seja, todos estes fatores, eles próprios, consequência do envelhecimento demográfico²; (3) a especificidade dos cuidados gerontológicos que determinam a institucionalização do idoso nos casos mais graves de dependência; e o custo cada vez mais elevado dos cuidados gerontológicos institucionalizados que são cada vez mais sofisticados e prolongados no tempo; (4) o desenvolvimento desigual que, entre outros efeitos nefastos, foi o responsável pela situação demográfica já referida; (5) a crise do estado-social que ameaça muitas sociedades, que é, ela própria, também, consequência do desenvolvimento desigual, de políticas desajustadas e, também, do próprio envelhecimento demográfico. Ou seja, em síntese, praticamente todos os fatores estão influenciados, direta ou indiretamente, pelo envelhecimento demográfico.

Entre os fatores de sustentabilidade temos: (1) os padrões de cultura caracterizados pela intensidade das trocas intergeracionais entre familiares e por fortes laços de entreajuda entre amigos e vizinhos, ainda presentes na sociedade portuguesa (sobretudo nas comunidades rurais do interior do país e em algumas comunidades de bairro nos centros urbanos) mas que, todavia, tendem a desaparecer entre outras razões devido ao desequilíbrio demográfico como já referido (Pereira, 2005; Santos, 1994); (2) a adoção de políticas de desenvolvimento sustentável nas regiões mais desfavorecidas do interior do país poderá contribuir para a sustentabilidade do sistema de apoio aos idosos. Porém, não é menos verdade, que dada a situação demográfica de muitas regiões do país, sobretudo nas áreas rurais, este eventual esforço poderá ser já tardio; (3) o estado-social se esse for o caminho escolhido pela sociedade portuguesa como um todo; (4) o suporte científico e técnico resultante das crescentes qualificações de profissionais nas áreas específicas da gerontologia e geriatria e em áreas afins como a saúde e o serviço

2 Sobre este assunto em concreto sobre as mudanças no sistema de habitação e o seu efeito nos acolhimento familiar aos idosos pode ler-se Barreto (2005) e Fernandes (2005).

social; (5) o desenvolvimento dos serviços de apoio aos idosos de natureza privada poderá igualmente alargar o leque de serviços disponibilizados aos idosos. Na atualidade regista-se um aumento crescente da oferta e procura de serviços privados, quer de entidades de longa institucionalização (lares e casas de repouso) quer de empresas de serviços de apoio domiciliário³. A privatização pode ainda beneficiar de um aumento da disponibilidade económica dos novos idosos, os quais, de um modo geral, possuem melhor situação económica que os idosos atuais, isto, claro, se for travada ou invertida a tendência atual para o empobrecimento generalizado e acelerado da sociedade portuguesa.

3. A Importância das Redes de Suporte aos Idosos e o Lugar Destacado da Família

Na atualidade ganhou protagonismo o conceito de rede de suporte social do indivíduo. Não existe uma definição única deste conceito mas, a partir da literatura científica sobre o tema (Domingues, 2012; Paúl, 2005) podemos definir rede de suporte social do indivíduo como: o conjunto de trocas de natureza afetiva e/ou material, que um indivíduo realiza com a sua família, amigos, vizinhos ou outros atores sociais e comunitários. Este conjunto de trocas emerge e reinventa-se a partir do contexto cultural, social, económico e político em que o indivíduo vive. Para que possa funcionar como rede, este conjunto de trocas exige uma certa permanência no tempo e espaço, permitindo a sua construção e reconstrução social.

A literatura científica do campo da psicologia, da sociologia e do serviço social disponibiliza outros conceitos (bem consolidados no plano teórico e empírico) que podem ajudar a definir e/ou a avaliar a rede de suporte social dos indivíduos, designadamente: o conceito de vínculo, capital social e exclusão/inclusão social.⁴

Em abstrato a rede de suporte social dos idosos pode incluir atores tais como: familiares, vizinhos, amigos e outros atores comunitários (normalmente instituições de solidariedade social sem fins lucrativos). Esta rede pode ter várias configurações de natureza qualitativa (tipo de apoios e tipo de atores) e de natureza quantitativa (número de atores e frequência dos contactos). Paúl (2005) concebe o apoio social em três vertentes:

3 Segundo a Carta Social-Relatório 2012 (Ministério de Solidariedade do Emprego e Segurança Social - Gabinete de Estratégia e Planeamento [MSESS-GEP], 2013), na última década o número de entidades proprietárias de equipamentos sociais registou um aumento assinalável. Ao nível das entidades lucrativas o crescimento atingiu 72% no período 2000-2012, enquanto ao nível das entidades não lucrativas situou-se nos 24%, valor que se apresenta com tendência de estabilização desde 2005. O relatório não descremina esta informação por área de intervenção mas o processo de envelhecimento da população portuguesa deixa adivinhar de que boa parte desse crescimento se deve à área de intervenção nos idosos.

4 Sobre este assunto consultar Domingues (2012).

integração social (frequência de contactos com os outros); apoio recebido (quantidade de ajuda efetivamente disponibilizada pelos elementos da rede); e apoio percebido (crença de que os outros significativos podem ajudar em caso de necessidade). Um estudo recente (Cunha, Lopes, & Pereira, 2013) sobre a rede de suporte social efetuado com idosos da cidade de Chaves, no norte de Portugal, revela, entre as suas principais conclusões, que os idosos podem contar essencialmente com os seus familiares e que os amigos, vizinhos e comunidade têm um papel residual. O mesmo estudo revela também um outro aspeto de sinal negativo e pouco referido na literatura, que é o facto da “suposta” rede de suporte social se constituir como um problema para os idosos, quando os atores (contatos) em vez de ajudarem desajudam através de situações em que: apoio é meramente instrumental sem carga afetiva (“vêm me ver mas não se interessam por mim”); ou quando são os idosos a suportarem eles as necessidades dos familiares (ajuda financeira aos filhos e netos por causa da situação de crise).

Nas redes de suporte social há muitos aspetos a considerar para que o apoio seja efetivo e, ao mesmo tempo, garanta o uso racional dos recursos que são (e não de ser cada vez mais) escassos e dispendiosos. Entre os fatores comumente apontados na literatura são: a idade, estado civil, género e literacia do idoso, o estado de saúde e nível de autonomia/dependência, a dimensão do seu agregado familiar, o seu entorno social e comunitário (inclusão social e participação comunitária), e a sua situação económica.

No que respeita à relação entre o suporte social e a saúde dos idosos, Paúl (2005), citando vários estudos, sublinha a importância da rede de suporte social para o envelhecimento bem-sucedido, e que isto é particularmente importante nos indicadores de saúde do idoso e quanto mais velho é o idoso. Sublinha ainda que este efeito positivo está relacionado com a sensação de apoio que a rede confere para lidar com o *stress* e os receios próprios do envelhecimento, perda de autonomia e degradação da saúde.

3.1. A reinvenção das relações familiares como elemento fundamental do suporte aos idosos

A família, como qualquer outra organização social humana, está sujeita aos condicionalismos da pós-modernidade. A tendência geral, verificada em diferentes países e culturas, quer em espaço urbano quer em espaço rural, tem sido a substituição progressiva da família extensa pela família nuclear. Apesar desta mudança fundamental, e ao contrário da ideia generalizada pelos *media*, a investigação social mostra que as relações intergeracionais continuam a ser fortes nas sociedades industrializadas (Bengtson *et al.*, 1996; Fernandes, 2008) e que, paradoxalmente, alguns fenómenos que afetam a família, como o divórcio, a monoparentalidade e o desemprego, acabam por reforçar o papel da família, sobretudo dos elementos mais idosos (Bengtson *et al.*, 1996).

Referindo-se concretamente a Portugal, Lopes (2005) afirma que, apesar da erosão dos modelos tradicionais de funcionamento da sociedade portuguesa, pode-se afirmar que continua a subsistir um sistema familiar forte na forma como organiza e providencia bem-estar aos idosos.⁵

Neste quadro ambivalente em que o sistema familiar mostra sinais de erosão mas, ainda assim, continua a ser o principal suporte de apoio aos idosos, importa aprofundar as razões de tal ambivalência.

Do nosso ponto de vista a fragilidade das relações familiares, verdadeira rede de suporte social informal, não resulta da perda de qualidade dos afetos entre os membros da família, devidas à crise de valores imputáveis à pós-modernidade (crise do casamento, diferenças de mentalidade, pressões socioprofissionais, entre outras). A fragilidade resulta da falta de pessoas para construir e reconstruir continuamente essas relações, como é obrigatório em todos os fenómenos sociais. É uma crise de pessoas. No interior despovoado, provocada por movimentos demográficos intensos, continuados e irreversíveis, como causas de um nível de desenvolvimento incapaz de produzir riqueza e garantir condições de vida e de trabalho. No litoral, apinhado de pessoas e de solidão, provocado pelo predomínio da família nuclear estrita, pela estranheza e fragilidades das redes informais de suporte social, pelo número muito elevado de pessoas que vivem só e que estão isoladas socialmente.⁶

Assumindo como válidos e incontornáveis estes condicionalismos próprios da pós-modernidade qual é então o tempo e o espaço das relações familiares? As mesmas podem ser apreciadas em três planos: o plano afetivo que diz respeito aos afetos trocados entre familiares que são centrais na manutenção de ambientes socializantes ótimos no sentido dado por Erikson (1976) e que, como tal, devem ser proporcionados aos indivíduos desde o berço ao leito de morte; o plano normativo, que enquadra o conjunto de normas, costumes, crenças e valores partilhado pelos membros da família; e o plano instrumental que pode incluir, entre outros: apoio financeiro, o cuidado de crianças ou de idosos, realização de tarefas domésticas, troca de bens materiais não monetários.

As interdependências entre estes três planos são profundas. Nas relações familiares afetos, normatividade e apoio instrumental só fazem verdadeiro sentido se pensados em

5 Nas conclusões do seu estudo, que se centrou no apoio de natureza financeira, a autora reforça a necessidade das políticas de apoio aos idosos se orientarem pela equidade, pois nem todos os casos precisam necessariamente do mesmo tipo e profundidade da ajuda.

6 Em 2001 um estudo do INE refere que as pessoas que vivem só em Portugal são sobretudo idosos, residentes no interior do país, mulheres, viúvas e reformadas. O mesmo estudo refere que em ATM a proporção de idosos a viver só relativamente aos idosos residentes é de cerca de 20% (Gonçalves & Branco, 2001).

simultâneo e de forma articulada. Quaisquer formas de apoio instrumental se concedido sem referência a valores e/ou despido de afetos, rapidamente assume o caráter de instrumentalização. Vejamos um exemplo concreto. Um avô passa a ir buscar o neto diariamente à escola e trá-lo para sua casa até à chegada dos pais do trabalho. É bom para os pais que podem cumprir a sua rotina de trabalho mais descansados, mas também deve ser bom para o neto e para o avô pois ambos têm assim a possibilidade de conviver e aprenderem os papéis sociais respetivos de neto e de avô. Se por um qualquer acaso esta tarefa deixar de ser necessária é imperioso que, no possível, o convívio entre ambos continue, embora sobre outra forma e sob outro pretexto; caso contrário, estaríamos apenas perante a execução de uma tarefa, uma forma de instrumentalização, não fundadora de relações intergeracionais saudáveis. Como diz Moragas (2004) trata-se de manter as relações familiares em equilíbrio e satisfação para ambas as partes, colocar a tónica na cooperação e não no conflito de papéis, ou acrescentamos nós, em simples trocas instrumentais.

Discutida, embora de forma breve, a interdependência entre o plano afetivo, normativo e instrumental, passemos à discussão das contingências societárias que atravessam as relações familiares no contexto da pós-modernidade.

a) Da ruralidade para a urbanidade e do predomínio da família alargada para o predomínio da família nuclear. A primeira grande mudança registada nas sociedades ocidentais e na portuguesa consiste nos crescentes índices de urbanidade. A maioria inequívoca da população portuguesa vive agora em contexto urbano, concentrada no litoral e nas cidades de pequena e média dimensão do interior do país. A urbanidade está associada ao predomínio da família nuclear, isto é, famílias compostas apenas por duas gerações, pais e filhos. Como refere Fernandes (2005) o idoso não encontra lugar no modelo habitacional exíguo que prolifera na atualidade. Este modelo de organização familiar dificulta, obviamente, a manutenção das relações familiares intensas e continuadas, por exemplo entre avós e netos, embora as mesmas continuem a existir em muitos casos. O que já não existe é o ambiente de família alargada como meio socializante, um ambiente que também era em parte explicado pela dupla valência da casa de habitação como local de habitação e como local de trabalho, designadamente: na agricultura, na pequena indústria artesanal e nas pequenas empresas de comércio e de serviços. Nestes contextos as relações familiares coincidem, diria naturalmente, com o *modus vivendi* das famílias. Na família nuclear a naturalidade das relações já não é tão evidente e as mesmas precisam de ser pensadas e organizadas como apenas mais uma entre as inúmeras tarefas a realizar pelos e entre os membros do agregado familiar. Em virtude destas alterações ganham protagonismo as relações familiares especializadas, isto é, frequentemente avós e netos relacionam-se entre si por propósitos concretos tais como, por exemplo: desenvolvimento de uma atividade

desportiva, apoio no estudo, acompanhamento à escola, acompanhamento às compras. Esta tipologia de relação está muito divulgada entre as classes sociais média/alta. Esta tipologia dos avós educadores, que partilham ou substituem o papel educativo dos pais, ocorre, frequentemente, no seio das classes sociais mais desfavorecidas ou nas famílias monoparentais.

b) Do predomínio da horizontalidade para a verticalidade das relações familiares. O aumento gradual da longevidade das pessoas verificado nas últimas décadas possibilita a coexistência de três gerações por períodos de tempo muito mais dilatados e mesmo já com alguma frequência a coexistência de quatro gerações. Esta verticalização das gerações só não é mais pronunciada porque um outro fenómeno demográfico de sinal contrário é também, e por sua vez, mais frequente, referimo-nos ao aumento da idade média de procriação que se aproxima já dos trinta anos. Se assim não fosse (e não quer dizer que consideremos isso positivo, pelo contrário) seria muito mais frequente e extensa a coexistência de quatro e mesmo cinco gerações. Ainda assim no contexto atual o fenómeno de verticalização das relações familiares é inequívoco e incontornável. Este facto potencia a expressão das relações avós/netos e abre caminho à emergência cada vez mais frequente de relações bisavós/bisnetos. Além deste estender das relações familiares assiste-se ainda em paralelo à centralização e intensificação das mesmas nos poucos indivíduos que constituem cada geração. Isto é, passamos de um tempo em que havia muitos netos para poucos avós para um tempo em que há muitos avós para poucos netos. O que resulta desta constatação é simples de compreender; se as relações são fortes e saudáveis excelente para todos os envolvidos; pelo contrário, se as relações são fracas ou conflituosas sobrevém o isolamento. Um exemplo curioso e frequente nos dias de hoje é pensar na “competição” gerada em torno de um só neto pelos quatro avós. Indiscutivelmente esta situação obriga a complexos equilíbrios das relações familiares com a posição dos pais da criança a ser fundamental.

c) Do tempo da separação rígida dos papéis de género para o tempo da partilha dos papéis de género. A maior partilha dos papéis de género no contexto da família atual introduz alterações na dinâmica das relações familiares no sentido de um maior equilíbrio na distribuição das tarefas (tempos e espaços de partilha de afetos e valores) entre a linha matrilinear e patrilinear, facto que em si só é positivo. Isto é visível, por exemplo, na atenção e cuidado dispensado às crianças e aos idosos. A eventual circunstância negativa desta evolução é quando o papel de principal cuidadora, tradicionalmente desempenhado pela mulher, não encontra compensação no elemento masculino, resultando, em grande medida, desta situação o recurso crescente à institucionalização. Situação que também acontece amiúde.

d) Do tempo dos processos socializantes descendentes para o tempo da diversificação e reciprocidade dos processos socializantes. Tradicionalmente, sobretudo no plano normativo (valores, saberes, crenças, tradições, etc.), o conhecimento fluía no sentido descendente. Os mais velhos possuíam mais experiência e saberes e naturalmente o “vertiam” nas gerações mais novas; a idade conferia, e ainda confere no seio de algumas sociedades, um estatuto e papel social elevados. O “mundo” significativo era o conjunto das coisas próximas, a vida decorria à escala local, prevalecia o sistema de comunidade tradicional de aldeia ou de bairro. Os idosos detinham o conhecimento das coisas da natureza, das artes e dos ofícios, do imaginário, das relações entre as pessoas de quem se conhecia o nome e a condição. A pós-modernidade inverteu por completo esta situação. Hoje, o conhecimento que faz girar o “mundo” está contido nos designados sistemas abstratos (baseados no conhecimento científico e tecnológico). A comunidade e a família enquanto meio socializante compete agora com os media e com a internet. O fluxo de conhecimento deixou de ser unicamente descendente dos mais idosos para os mais jovens e passou a ser multidirecional. Vivemos numa “nuvem” de conhecimento, de índole diversa pobremente auditado no que respeita à sua importância e pertinência como elemento socializante. Há muitos aspetos positivos resultantes da “nuvem” de conhecimentos, a qual pode conferir algum equilíbrio e democraticidade nas relações intergeracionais. Porém, se usada sem critério, se não for auditada pelas relações pessoais face a face e pelos padrões de cultura, que conferem continuidade existencial e sentido de pertença, a nuvem pode antes cegar ao invés de iluminar. Em concreto o desejável é que se passe de um tempo em que os avós ensinavam os netos para um tempo em que todos aprendem com todos, sem esquecer a geração dos pais de que falaremos a seguir.

e) O tempo da geração “entalada”. Aos pais incumbe a difícil tarefa de equilibrar o apoio aos seus próprios pais (ascendência) e o apoio aos seus filhos (descendência). O apoio instrumental, quando é caso disso, e a mediação no plano dos afetos, das normas e dos apoios materiais entre as necessidades dos seus pais e dos seus filhos. Os pais dependem de forma cada vez mais intensa do apoio dos avós na educação dos filhos mas, frequentemente, encontram dificuldades em conciliar expectativas e metodologias educacionais distintas. Na atualidade a geração dos pais é a mais afetada por fenómenos de desestruturação da família, como o desemprego, o divórcio, a monoparentalidade, a parentalidade tardia e a autonomização dos filhos também tardia, fenómenos que se podem revelar comprometedores das relações familiares, embora, como já foi dito, também possam conduzir ao reforço de alguns afetos.

Em síntese, na pós-modernidade, malgrado todas as mudanças verificadas na sociedade, a missão última das relações familiares mantém-se no essencial, continuando a ser um meio de partilha de afetos, de valores e de bens materiais. O que muda são os exatos contornos dessa partilha (em grau e em espécie) e as circunstâncias societárias que a envolvem e que

enformam as relações familiares (Figura 2). O sinal mais das relações familiares deriva da existência de mais gerações (verticalização), de uma maior intensidade das relações e de um certo equilíbrio e variação dos contextos socializantes, que promove uma maior partilha do conhecimento. O sinal menos deriva sobretudo dos condicionalismos demográficos e da relativa falta de controlo sobre os conteúdos socializantes. Cabe a cada geração envolvida encontrar o tempo e o espaço necessário para manter a coesão das relações familiares as quais, no meu ponto de vista, são o mais eficaz e seguro meio de inclusão social na atualidade.

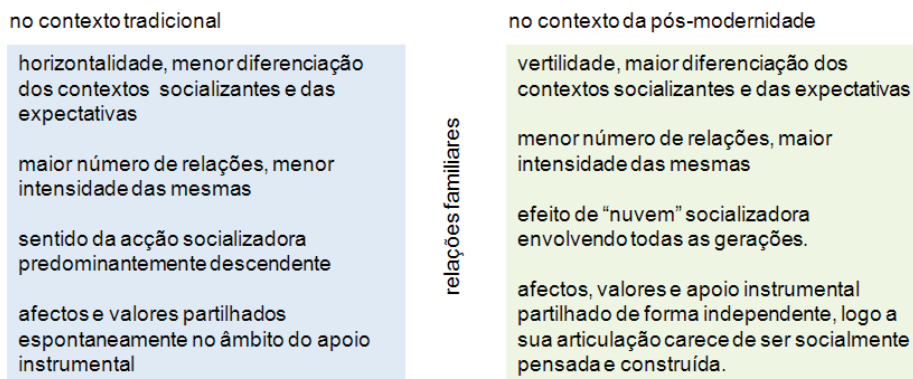


Figura 2 - *Evolução das relações familiares*

Fonte: Adaptado de Pereira, F. (2012). *Teoria e Prática da Gerontologia. Um Guia para Cuidadores de Idosos*. Viseu: Psicossoma.

4. O que Demonstram os Resultados do Estudo?

A análise dos dados do presente estudo constitui uma oportunidade excelente para fundamentar as ideias precedentes com evidências empíricas. Organizamos esta análise em dois momentos. No primeiro momento fazemos uma análise geral aos resultados encontrados e, no segundo momento, procuramos realizar uma análise mais fina atendendo ao fator classe etária e ao fator género.

4.1. Comentário geral aos dados

Relativamente aos indicadores de saúde física dos idosos, o primeiro dado a realçar é que não há idosos que evidenciem uma saúde física de nível “excelente” ou “bom” e que quase metade (45,6%) apresenta “limitação grave ou total”. Facto que pode indiciar percursos de vida complicados e/ou pouco atentos, digamos assim, à manutenção de hábitos de vida saudáveis e à monitorização da saúde dos indivíduos em todas as etapas de vida. Em

termos de saúde mental o panorama é substancialmente melhor: 43,7% dos idosos gozam de saúde mental “boa” ou “excelente”; 40,3% apresenta “limitação pequena” ou “limitação moderada” e, apenas 16,0% apresenta limitações de saúde mental “grave” ou “total”.

A título especulativo, estes níveis favoráveis de saúde mental, em comparação com os níveis de saúde física, levam-nos a levantar a hipótese dos níveis de saúde mental estarem subestimados, seja pela tendência para a desvalorização dos problemas mentais dos idosos (confusão habitual entre o que é devido à senilidade e o que é atribuído à senescência), seja por eventual deficiência da avaliação da saúde mental dos idosos. Em favor desta hipótese, um estudo realizado por Fragoeiro (2008) indica que uma percepção negativa da saúde (física) pode ser conducente ao agravamento da saúde mental em idosos.

Face aos indicadores de saúde física e saúde mental e aos níveis de independência para as atividades de vida diária (AVD) dos idosos do estudo são expectáveis: cerca de metade gozam de um desempenho “excelente” ou “bom” ou com “limitação pequena”, cerca de 1/4 apresenta “limitação moderada” e o restante 1/4 vive com “limitações graves” ou “limitação total” para a realização das suas AVD.

Relativamente aos recursos sociais importa realçar que cerca de 3/4 dos idosos vive acompanhado com familiares, por esta ordem de importância: cônjuge, filhos, netos, irmão/cunhado, o que evidencia a importância da família (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição segundo a pessoa com quem vive

Pessoa com quem vive	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total					
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vive sozinho	36	11,3	150	30,4	186	22,9	14	13,7	75	31,6	89	26,3	50	11,8	225	30,8	275	23,9
Cônjuge	255	79,7	214	43,3	469	57,6	60	58,8	25	10,5	85	25,1	315	74,6	239	32,7	554	48,0
Filhos	49	15,3	117	23,7	166	20,4	32	31,4	106	44,7	138	40,7	81	19,2	223	30,5	304	26,4
Netos	18	5,6	32	6,5	50	6,1	6	5,9	20	8,4	26	7,7	24	5,7	52	7,1	76	6,6

Ainda assim cerca de 1/4 vive sozinho. Mais de 90% dos participantes (91,8%) referiu que tem ajuda caso esteja doente ou incapacitado e destes, cerca de 60% referiram que têm ajuda “sempre que necessário” (Tabela 3).

Tabela 3 - *Distribuição segundo a autoavaliação de recursos sociais*

	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total					
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Presença de Ajuda																		
Com ajuda	305	95,3	436	88,26	741	91,03	101	99,0	217	91,6	318	93,8	406	96,2	653	89,3	1059	91,8
Sem ajuda	15	4,7	54	10,93	69	8,477	1	1,0	18	7,6	19	5,6	16	3,8	72	9,8	88	7,6
NS/NR	0	0,0	4	0,81	4	0,491	0	0,0	2	0,8	2	0,6	0	0,0	6	0,8	6	0,5
Total	320	100	494	100	814	100	102	100	237	100	339	100	422	100	731	100	1153	100
Disponibilidade da Ajuda																		
Sempre que necessário	184	60,3	202	45,9	386	51,8	72	71,3	168	76,7	240	75,0	256	63,1	370	56,1	626	58,8
Por pouco tempo	93	30,5	162	36,8	255	34,2	17	16,8	35	16,0	52	16,3	110	27,1	197	29,9	307	28,8
Às vezes	28	9,2	72	16,4	100	13,4	11	10,9	14	6,4	25	7,8	39	9,6	86	13,1	125	11,7
NS/NR	0	0,0	4	0,9	4	0,5	1	1,0	2	0,9	3	0,9	1	0,2	6	0,9	7	0,7
Total	305	100	440	100	745	100	101	100	219	100	320	100	406	100	659	100	1065	100

Para a maioria dos participantes (70,8%) a ajuda tem origem nos filhos e para pouco mais de 1/4 seria o cônjuge (Tabela 4).

Tabela 4 - *Distribuição segundo a pessoa disponível para a prestação de cuidados em caso de doença ou incapacidade*

Pessoa disponível	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total					
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cônjuge	179	55,9	89	18,0	268	32,9	34	33,3	5	2,1	39	11,5	213	50,5	94	12,9	307	26,6
Irmãos	5	1,6	16	3,2	21	2,6	4	3,9	4	1,7	8	2,4	9	2,1	20	2,7	29	2,5
Filhos	217	67,8	343	69,4	560	68,8	78	76,5	178	75,1	256	75,5	295	69,9	521	71,3	816	70,8
Netos	17	5,3	32	6,5	49	6,0	12	11,8	12	5,1	24	7,1	29	6,9	44	6,0	73	6,3
Outro parente	21	6,6	55	11,1	76	9,3	8	7,8	34	14,3	42	12,4	29	6,9	89	12,2	118	10,2
Amigo	11	3,4	18	3,6	29	3,6	1	1,0	9	3,8	10	2,9	12	2,8	27	3,7	39	3,4
Outros	10	3,1	29	5,9	39	4,8	9	8,8	28	11,8	37	10,9	19	4,5	57	7,8	76	6,6
Total	320	100	494	100	814	100	102	100	237	100	339	100	422	100	731	100	1153	100

No que se refere aos recursos sociais, medidos pelo modelo da escala OARS, quase metade dos idosos obtêm uma pontuação “excelente” ou “boa” e um pouco mais de 1/4 apresenta “limitação pequena”, o que quer dizer que o 1/4 restante apresenta “limitação moderada”, “grave” ou “total” (Tabela 5).

Tabela 5 - *Distribuição segundo o modelo QAFMI/OARS de pontuação na área de recursos sociais*

Pontuação em recursos sociais	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total					
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Excelente	69	22,0	73	15,3	142	17,9	27	29,7	27	12,5	54	17,6	96	23,7	100	14,4	196	17,8
Boa	113	36,0	128	26,8	241	30,4	30	33,0	66	30,6	96	31,3	143	35,3	194	28,0	337	30,7
Limitação pequena	76	24,2	110	23,0	186	23,5	18	19,8	84	38,9	102	33,2	94	23,2	194	28,0	288	26,2
Limitação moderada	33	10,5	83	17,4	116	14,6	12	13,2	12	5,6	24	7,8	45	11,1	95	13,7	140	12,7
Limitação grave	14	4,5	59	12,3	73	9,2	4	4,4	18	8,3	22	7,2	18	4,4	77	11,1	95	8,6
Limitação total	9	2,9	25	5,2	34	4,3	0	0,0	9	4,2	9	2,9	9	2,2	34	4,9	43	3,9
Total	314	100	478	100	792	100	91	100	216	100	307	100	405	100	694	100	1099	100

Este quadro não é totalmente confirmado pela classificação subjetiva dada pelo inquiridor (Tabela 6) no final da realização do inquérito, pois, segundo esta, apenas 28,9% dos idosos foram classificados como tendo recursos sociais “bons” e 33,3% dos participantes foram classificados com recursos sociais “ligeiramente insatisfatórios”, 15,4% com recursos “moderadamente insatisfatórios”, 13,2% com recursos “muito bons” e 2,9% com recursos “totalmente insatisfatórios”.

Tabela 6 - Distribuição segundo a PIF na área de recursos sociais

PIF em recursos sociais	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total					
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito Bons	57	17,8	58	11,7	115	14,1	16	15,7	21	8,9	37	10,9	73	17,3	79	10,8	152	13,2
Bons	108	33,8	118	23,9	226	27,8	36	35,3	71	30,0	107	31,6	144	34,1	189	25,9	333	28,9
Ligeiramente Insatisfatórios	105	32,8	150	30,4	255	31,3	38	37,3	91	38,4	129	38,1	143	33,9	241	33,0	384	33,3
Moderadamente insatisfatórios	30	9,4	106	21,5	136	16,7	9	8,8	33	13,9	42	12,4	39	9,2	139	19,0	178	15,4
Fortemente Insatisfatórios	14	4,4	47	9,5	61	7,5	3	2,9	9	3,8	12	3,5	17	4,0	56	7,7	73	6,3
Totalmente Insatisfatórios	6	1,9	15	3,0	21	2,6	0	0,0	12	5,1	12	3,5	6	1,4	27	3,7	33	2,9
Total	320	100	494	100	814	100	102	100	237	100	339	100	422	100	731	100	1153	100

4.2. Efeito do fator classe etária e fator género

Relativamente ao fator classe etária, as duas classes estudadas (idosos com idade entre 75-84 anos e idosos com idade ≥ 85 anos) permitem identificar uma situação muito curiosa, ao mesmo tempo expectável e surpreendente.

As limitações graves ou totais de saúde física e mental agravam-se de forma moderada (sensivelmente mais 15,0% de prevalência) no grupo etário mais velho. As “limitações graves” ou “totais” nas AVD, agravam-se, de forma dramática, no grupo etário mais velho, passando de 14,3% para 46,0% dos idosos afetados. Também importa notar que a proporção dos idosos que vivem sem qualquer limitação ou com uma “limitação pequena” nas AVD passam de cerca de 2/3 (64,6%) na classe etária mais jovem para apenas cerca de 1/4 (25,9%) na classe etária mais velha, o que confirma o cenário de degradação muito prenunciada da saúde na passagem de um grupo etário para outro. Esta tendência de agravamento dos indicadores de saúde com a idade é expectável e está em linha com o estudo de Rodrigues (2007).

Surpreendente o que diz respeito aos indicadores de recursos sociais e de recursos económicos. Nos primeiros, regista-se mesmo um decréscimo na proporção de idosos que vivem com “limitações graves” e “totais” (de 13,5% para 10,1%) e, nos segundos, verifica-se uma estabilidade (12,3% para 13,0%), respetivamente em ambos os casos do estrato etário mais novo para o estrato etário mais velho.

Estes dados indiciam a eficácia dos sistemas de suporte social aos idosos sobretudo do sistema de cuidados familiares (informais) a julgar pela presença do apoio do cônjuge (sobretudo no estrato etário mais novo) e dos filhos na ausência do cônjuge no grupo etário mais velho (conferir Tabela 2 e Tabela 4 relativas às pessoas com quem vive o idoso e às pessoas que são seus cuidadores). O estudo de Fragoeira (2008), já referido, dá conta de que o apoio social se traduz em melhor saúde mental dos idosos.

Nesta linha de pensamento, estes números evidenciam bem a importância inequívoca do apoio familiar. Algo que os idosos atuais (onde se integram os idosos deste estudo) ainda têm disponível mas que se tenderá a erodir nas futuras gerações de idosos por diminuição de cuidadores informais (familiares sobretudo) disponíveis. Isto configura um indício claro (uma “crónica anunciada” nas palavras de um ilustre geronte recentemente desaparecido) de como a situação demográfica portuguesa vai “castigar” ambos os subsistemas de apoio aos idosos (informal e formal). A leitura dos resultados deste estudo confirma o efeito das duas setas encarnadas que simbolizam a sobrecarga do sistema de apoio aos idosos (Figura 1). Consequentemente, também deixam adivinhar a maior sobrecarga sobre o sistema formal (mais institucionalização dos cuidados aos idosos, isto se houver vontade e recursos para os desenvolver) dado que o informal está a colapsar muito rapidamente devido à situação demográfica que é irreversível em tempo útil.

No que respeita ao fator género verificam-se algumas diferenças da maior importância tendo em vista a adequação e a assertividade das intervenções.

Ainda no campo da saúde física de destacar que as mulheres apresentam uma proporção de “limitação total” que é sensivelmente o dobro das dos homens. Nos indicadores de saúde mental dos idosos é muito preocupante a degradação da saúde mental nas mulheres. As mulheres apresentam proporções muito elevadas de “limitação grave” e de “limitação total” (21,1% e 19,8%, respetivamente), valores que são mais do dobro dos apresentados pelos homens. Esta situação mais negativa da saúde mental das mulheres já tinha sido observada em estudos anteriores (Fragoira, 2008; Rodrigues, 2007).

Estes indicadores de saúde das mulheres *é ainda mais preocupante porque também são elas que apresentam mais dificuldades* na realização das AVD, e apresentam, significativamente, menores recursos sociais e menores recursos económicos. Esta diferença, como adiantam os autores do presente estudo pode ser explicada pelos menores contactos sociais, menor participação em atividades sociais e menor disponibilidade de ajuda resultante da viuvez. A estas acrescentamos a explicação da condição de viver sozinha que afeta 3 vezes mais as mulheres do que os homens. Uma vez mais, o fator família (e neste caso o fator casamento) é explicativo da diferença entre mulheres e homens. De facto entre os idosos há significativamente mais mulheres

solteiras e mais viúvas do que homens solteiros e viúvos, ou seja há mais mulheres que vivem sozinhas quando os filhos não podem estar presentes. Esta situação levanta ainda a questão de se saber, até que ponto, viver só (que muitas vezes se traduz por solidão efetiva) não é simultaneamente causa e consequência de processos de degradação da saúde mental.

5. Orientações para a Intervenção

O apoio aos idosos é uma questão central das sociedades ocidentais contemporâneas na atualidade. Enquanto fenómeno social de elevada complexidade a sua abordagem obriga ao envolvimento da sociedade como um todo (Bengtson *et al.*, 1996; Guillemard, 2003; Quadagno & Reid, 1999). O caminho da sustentabilidade dos territórios e das instituições sociais terá de ser traçado no equilíbrio entre o avanço globalizante do modelo neoliberal e a resistência do estado-social.

Como orientação geral, é necessário adequar a utilização do território às potencialidades reais do mesmo território. A prestação com qualidade de serviços de saúde, de educação, de justiça e outros de apoio à cidadania, carece de um número mínimo de utentes para serem viáveis do ponto de vista social, económico e técnico. Não é necessário que esses serviços tenham uma existência física em todas as povoações de Portugal, é necessário, isso sim, que todas essas povoações disponham desses serviços numa lógica de proximidade funcional. A orientação geral da disponibilização dos serviços deve seguir o princípio da subsidiariedade (isto é, deve fornecer o serviço a entidade que está mais próxima e habilitada para o fazer), criando assim uma rede de apoio social que conceda uma certa capilaridade na distribuição e acesso aos serviços.⁷

Os resultados do estudo agora apresentado, designadamente os elevados défices de saúde física e mental que afetam muitos idosos e os seus poucos recursos sociais e económicos, reforçam a importância da família no apoio aos idosos, e por outro lado, indiciam a iminente rutura (ou falência acentuada) desse apoio, pela ausência de cuidadores disponíveis. Assim julgamos ser essencial o desenvolvimento de medidas de reequilíbrio demográfico (efeitos a longo prazo) e medidas para promover a eficácia do estado-social e de organização espacial dos recursos e da rede de suporte social aos idosos e suas famílias.

Por outro lado, dada a complexidade e extensão do fenómeno de envelhecimento e a necessidade de se fazer um uso judicioso dos recursos disponíveis é necessário operar ao nível do conhecimento científico e técnico tendo em vista a assertividade e

⁷ Devo esta ideia da capilaridade ao Sr. Padre Lino Maia que exerce as funções de presidente da CNIS.

efetividade das práticas de apoio aos idosos. O estudo agora apresentado e os seus resultados demonstram bem a importância da avaliação multidimensional dos idosos e do conhecimento detalhado da sua situação e das suas famílias. De facto há muitos idosos a precisar de ajuda, mas nem todos precisam sempre da mesma ajuda. Pela leitura dos resultados do estudo, é claro que as mulheres idosas precisam de uma atenção particular e que, previsivelmente, o estrato etário mais jovem (75-84) vai sentir ainda mais dificuldades que os idosos do estrato etário mais velho (≥ 85 anos) já sentiram e sentem atualmente, justamente pela previsível falência do sistema de apoio familiar.

Parabéns aos autores do estudo pelo seu contributo para a ciência e para os atores sociais que estão efetivamente envolvidos e empenhados no apoio aos idosos.

Referências Bibliográficas

- Barreto, J. (2005). Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual. *Revista de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, XV, 289-302.
- Bengtson, V., Rosenthal, C., & Burton, L. (1996). Paradoxes of Families and Aging. In R. Binstock & L. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (pp. 253-282). EUA: Academic Press.
- Cunha, L., Lopes, M., & Pereira, F. (2013). *Papel da educação para a promoção do suporte social e nível de satisfação com a vida*. Paper presented at the La crisis social y el Estado del Bienestar: Las respuestas de la Pedagogia Social, Oviedo.
- Domingues, M. A. (2012). Mapa mínimo de relações do idoso: uma ferramenta para avaliar a rede de suporte social. In F. Pereira (Ed.). *Teoria e Prática da Gerontologia – Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 175-186). Viseu: Psico & Soma.
- Erickson, E. H. (1976). *Identidade, Juventude e Crise*. Rio de Janeiro: Zahar editores.
- Fernandes, A. (2005). Processos e estratégias de envelhecimento. *Revista de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, XV, 223-247.
- Fernandes, A. (2008). *Questões Demográficas: Demografia e Sociologia da População* (E. Colibri Ed.). Lisboa: Edições Colibri.
- Fragoeiro, I. (2008). *A saúde mental das pessoas idosas na Região Autónoma da Madeira* (Tese de Doutoramento). Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Guillemard, A. M. (2003). *L'âge de Emploi. Les Sociétés à l'épreuve du Vieillessement* (A. Colin Ed.). Paris: Armand Colin.
- Gonçalves, C., & Branco, R. (2001). *Demographic, Social and Economic Aspects of Older Persons in Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Projeções de População Residente em Portugal, 2008-2060*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística (2013a). *Estatísticas Demográficas 2012*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística (2013b). *Pordata*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística - Pordata.
- Lopes, A. (2005). Familialism and financial resources in old age. Setting the scene for the use of long-distance assisted care mechanisms in Portugal. *Revista de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, XV*, 349-369.
- Ministério da Solidariedade Emprego e Segurança Social - Gabinete de Estratégia e Planeamento (2013). *Carta Social-Relatório 2012*. Lisboa: MESS-GEP-Ministério da Solidariedade do Emprego e Segurança Social.
- Ministério do Trabalho e Solidariedade Social-Gabinete de Estratégia e Planeamento (2009). *Carta Social - Relatório 2008*. Lisboa: MTSS-GEP-Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Gabinete de Estratégia e Planeamento.
- Moragas R. M. (2004). *Gerontologia social: Envelhecimento e qualidade de vida*. (2ª. edição). São Paulo: Paulinas.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Revista de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, XV*, 275-287.
- Pereira, F. (2005). Os saberes profissionais-técnicos em associações e cooperativas agrárias. In T. Caria (Ed.), *Saberes Profissionais*. Coimbra: Almedina.
- Pereira, F. (2012). *Teoria e Prática da Gerontologia. Um Guia para Cuidadores de Idosos*. Viseu: Psicossoma.
- Pinto, M. L. R., & Gomes, M. C. S. (2010). Primeira Reflexão Sobre A Fecundidade, As Condições De Trabalho E As Políticas De Apoio À Maternidade Numa Perspetiva Regional. *Revista de Estudos Demográficos- Instituto Nacional de Estatística (INE)*, 48, 63-76.
- Quadagno, J., & Reid, J. (1999). The Political Economy Perspective in Aging. In V. L. Bengtson & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 344-358). New York: Springer Publishing Company.
- Rodrigues, R. M. C. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Santos, B. S. (1994). *Pela Mão de Alice. O Social e o Político na Pós-Modernidade*: Porto: Edições Afrontamento.

CAPÍTULO 5

OS RECURSOS ECONÓMICOS DOS IDOSOS E MUITO IDOSOS

JOSÉ IGNACIO GUINALDO MARTIN

Universidade de Aveiro - Secção Autónoma de Ciências da Saúde; Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UnlFai)

HILMA ALEXANDRA ALMEIDA CARAVAU

Universidade de Aveiro (Bolsa de Investigação)

Nota Introdutória

A pirâmide etária da população irá alterar-se com o aumento da esperança média de vida, a diminuição das taxas de fecundidade e a alteração das taxas de migração (Eurostat, 2010). A questão económica quase sempre focada em termos de custo para o estado ou para a sociedade, não tem tido igual reflexo quando se analisam as consequências económicas para a pessoa que envelhece. O problema económico de uma grande percentagem populacional agravar-se-á com a entrada na faixa etária dos 65 anos (Crown, 2001).

A pobreza na população mais velha foi uma das preocupações do governo dos Estados Unidos da América a partir da década de 70 (Crown, 2001), já na Europa, aparece mais recentemente como preocupação na Estratégia Europa 2020 (Comissão Europeia, 2010).

Para muitos a carência de dinheiro é já uma situação de extrema fragilidade, sendo os idosos o grupo mais vulnerável à pobreza e exclusão social (Rede Europeia Anti-Pobreza, 2013).

Os estudos sugerem que ser mulher, solteiro, ter baixo nível literário, historial laboral curto, mau estado de saúde e pertencer a minorias são claros indicadores de pobreza (Crown, 2001; Rissanen & Ylinen, 2014). Em comparação com os outros grupos de idosos, as mulheres viúvas com idade superior a 75 anos apresentam risco de pobreza mais elevado (Zaidi, 2010). Este contraste está diretamente ligado aos papéis domésticos que as mulheres

desenvolvem e à sua posição no mercado de trabalho nas fases anteriores de vida que normalmente as ocupa a tempo parcial ou de forma temporária (Rissanen & Ylinen, 2014).

1. Enquadramento

1.1. Dados estatísticos da economia em Portugal

A pobreza pode ser definida como uma condição em que uma pessoa é privada dos elementos essenciais para atingir um padrão mínimo de bem-estar, podendo esta ser definida em termos absolutos ou relativos (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2007).

Este conceito considera recursos materiais, como o dinheiro, comida ou alojamento, e também recursos sociais como o acesso a cuidados de saúde, educação ou relações significativas com outras pessoas (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2007).

Para efeitos de comparação entre países da União Europeia a pobreza é quase sempre um conceito relativo com uma abordagem monetária.

Considera-se pobreza quando um indivíduo vive em agregados familiares onde o rendimento disponível é inferior ao limiar de 60,0% do rendimento mediano nacional (Zaidi, 2010). Este foi o conceito utilizado para a construção dos gráficos apresentados em seguida.

O limiar da pobreza ao longo dos últimos anos tem apresentado uma quebra visível (Eurostat, 2014) tendência notória no Gráfico 1 e Gráfico 2.

Ao longo dos últimos anos verifica-se uma tendência progressiva de diminuição da taxa de risco de pobreza nos 27 países da União Europeia (UE), sendo que Portugal não é exceção. Contudo, Portugal apresenta valores bastante superiores à média dos 27 países do espaço europeu, e estes tendem a aumentar com a progressão na idade.

Apesar da diminuição visível nestes valores, considera-se que são ainda muito altos. Nos Estados Unidos da América em 2012 cerca de 9,1% da população americana com 65 anos ou mais encontrava-se em situação de pobreza (Feeding America, 2012).

Em 2005, para a faixa etária dos 65 anos em diante, a taxa do limiar de pobreza em Portugal era de 27,6% ao passo que nos 27 países da UE esta era 8,8% mais baixa. Em 2012 este diferencial diminuiu para os 3,0%, continuando Portugal com a taxa mais

elevada. No ano de 2012 com 15,7% das pessoas em risco de pobreza estava a UE, sendo que Portugal apresentava valores de 21,7%, ou seja, mais 6,0% que os restantes países.

Ao nível nacional nota-se uma minimização na taxa de pobreza nos anos de 2008 e 2009, chegando estes valores a ficarem bastante próximos das médias da UE, mantendo-se no entanto a tendência dos mais idosos serem o segmento em maior risco. Em relação à UE nos anos de 2008 e 2009 Portugal apresentou mais 3,4% e 2,3% de pessoas com 65 anos ou mais em risco de pobreza, respetivamente. Na faixa etária mais velha esta diferença foi de 4,1% em 2008 e 4,3% no ano de 2009. Em 2010 a UE seguiu a tendência de queda ao passo que Portugal apresentou uma subida de 2,3% para a faixa etária mais jovem e 4,3% para os mais velhos. Note-se que foi no ano de 2009 que as primeiras medidas de ajuste económico em Portugal começaram a ser aplicadas.

Em 2012 cerca de 17,4% dos portugueses com mais de 65 anos estava em risco de pobreza, ao passo que com 75 anos ou mais esta taxa era de 21,5% (Eurostat, 2014).

Quando analisadas as duas faixas etárias verifica-se que quer em Portugal, quer na Europa dos 27, são sem exceção as pessoas com mais de 75 anos que apresentam maior risco de entrarem em situação de pobreza.

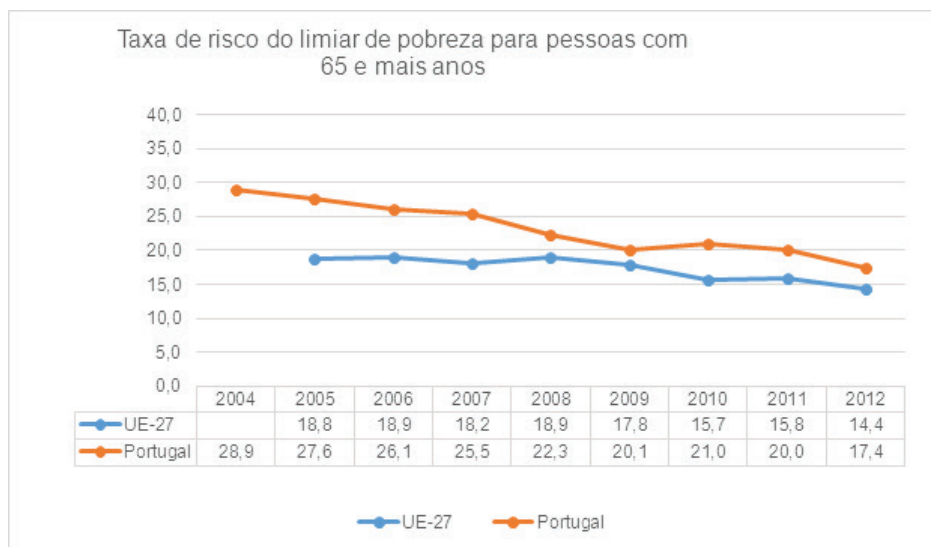


Gráfico 1 - Evolução da taxa de risco do limiar de pobreza para pessoas com 65 e mais anos.

Fonte: Eurostat. Comissão Europeia. União Europeia. (2014). At-risk-of-poverty rate by poverty threshold, age and sex. Recuperado de <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

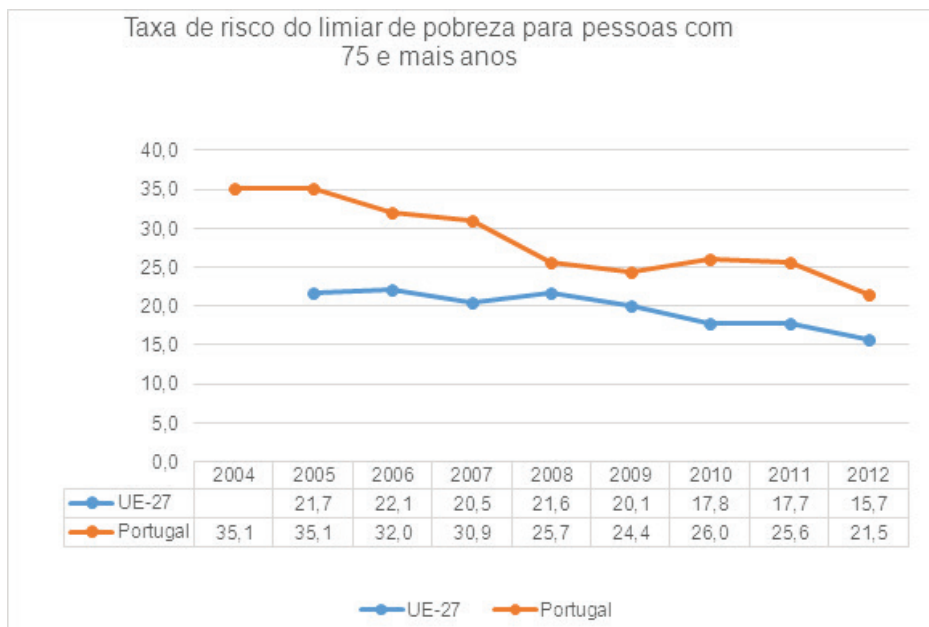


Gráfico 2 - *Evolução da taxa de risco do limiar de pobreza para pessoas com 75 e mais anos.*
 Fonte: Eurostat. Comissão Europeia. União Europeia. (2014). At-risk-of-poverty rate by poverty threshold, age and sex. Recuperado de <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

1.2. Os muito idosos: estudo do envelhecimento em Coimbra

O projeto *Os Muito idosos: estudo do envelhecimento em Coimbra* (PTDC/CS-SOC/114895/2009) tem como objetivo avaliar a capacidade funcional e a utilização de serviços de saúde e de apoio social pelos idosos do concelho de Coimbra com idade igual ou superior a 75 anos (Rodrigues, 2009).

O projeto desenvolveu-se partindo da população idosa inscrita nos Centros de Saúde do Concelho de Coimbra. A amostra, probabilística e estratificada, corresponde a 7% da população e é constituída por 1153 idosos do concelho de Coimbra (N=16474; n=1153), 422 homens (36,6%) e 731 mulheres (63,4%). Na faixa etária dos 75 a 84 anos (n=814), 320 pessoas são do sexo masculino (39,3%) e 494 do sexo feminino (60,7%). Com 85 anos ou mais encontram-se 237 pessoas do sexo feminino (69,9%) e 102 do sexo masculino (30,1%).

Para fazer a avaliação da capacidade funcional da amostra foi utilizado o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos (QAFMI), versão portuguesa do *Older Americans Resources and Services* (OARS) (Ferreira, Rodrigues, & Nogueira, 2006; Rodrigues, 1999).

A avaliação dos recursos económicos dirige-se aos rendimentos e à autoavaliação da sua adequação às necessidades (Rodrigues, 2008). É composta por 16 perguntas que recolhem informação sobre: atual situação laboral (pergunta 15); ocupação principal (pergunta 16); situação laboral e ocupação principal do cônjuge (pergunta 17); origem e valor dos rendimentos (pergunta 18); número de pessoas dependentes desses rendimentos (pergunta 19); habitação (pergunta 20); relação rendimentos/gastos (pergunta 21 e 22); necessidade de ajuda económica ou aumento de rendimentos (pergunta 23); necessidade de ajuda económica para compra de alimentos (pergunta 24 e 25); disponibilidade de seguro de saúde (pergunta 26); comparação da situação económica com pessoas da mesma idade (pergunta 27); autoavaliação de recursos económicos (pergunta 28); possibilidade de comprar pequenos extras (pergunta 29); e perspetiva de rendimentos futuros (pergunta 30).

Este capítulo analisa a situação dos recursos económicos dos idosos com mais de 75 anos do Concelho de Coimbra. Para isso utilizam-se os itens da parte A do QAFMI/OARS referentes à área dos recursos económicos. As dimensões fundamentais de análise neste capítulo não se restringem às questões de pobreza (ainda que fundamentais), senão também às questões de diferença entre os polos extremos entre pessoas idosas e a ligação entre auto e heteroavaliação financeira entre pessoas idosas.

3. Resultados

3.1 Ingressos económicos

Foram recolhidos os valores dos rendimentos auferidos, pelos indivíduos da amostra, e agrupados em intervalos de 250€ (Tabela 1). É possível verificar que são as mulheres quem mais recebe rendimentos até ao valor de 500€ em ambas as faixas etárias (48,3%). Do montante de 501€ em diante esta tendência inverte-se, passando a ser o género masculino que adquire os rendimentos mais elevados. Cerca de 13,0% da amostra “não sabe ou não respondeu” (NS/NR) a esta pergunta.

A maioria dos rendimentos auferidos pela amostra varia entre os valores de 251€ e 1000€, que corresponde a 63,9% do grupo etário dos 75 a 84 anos e 64,8% das pessoas com 85 anos ou mais. Nos rendimentos a variar entre o intervalo 1001€ e 2001€ ou mais existe cerca de 20,9% da amostra com idade compreendida entre os 75 e 84 anos. Já na faixa etária dos 85 e mais anos esta percentagem cai para os 11,9%.

A situação que deverá ser alvo de maior atenção é a das pessoas com menores recursos financeiros, ou seja, que auferem menos de 250€, considerando-se estes como claros casos de pobreza. Neste escalão encontra-se sobretudo o género feminino, sendo as mulheres com mais de 85 anos quem predomina neste patamar de vencimentos.

Tabela 1 - *Distribuição dos rendimentos por grupo etário e género*

Intervalo de rendimentos	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total					
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 - 250€	4	1,3	17	3,4	21	2,6	4	3,9	28	11,9	32	9,4	8	1,9	45	6,2	53	4,6
251 - 500€	39	12,2	201	40,7	240	29,5	25	24,5	107	45,3	132	38,9	64	15,2	308	42,1	372	32,3
501 - 750€	89	27,8	89	18,0	178	21,9	22	21,6	34	14,4	56	16,5	111	26,3	123	16,8	234	20,3
751 - 1000€	58	18,1	44	8,9	102	12,5	13	12,7	18	7,6	32	9,4	71	16,8	63	8,6	134	11,6
1001 - 1250€	22	6,9	22	4,5	44	5,4	2	2,0	4	1,7	5	1,5	24	5,7	25	3,4	49	4,2
1251 - 1500€	25	7,8	19	3,8	44	5,4	5	4,9	4	1,7	9	2,7	30	7,1	23	3,1	53	4,6
1501 - 1750€	8	2,5	9	1,8	17	2,1	6	5,9	2	0,8	8	2,4	14	3,3	11	1,5	25	2,2
1751 - 2000€	9	2,8	7	1,4	16	2,0	5	4,9	2	0,8	7	2,1	14	3,3	9	1,2	23	2,0
≥ 2001€	28	8,8	21	4,3	49	6,0	8	7,8	3	1,3	11	3,2	36	8,5	24	3,3	60	5,2
NS/NR	38	11,9	65	13,2	103	12,7	12	11,8	35	14,8	47	13,9	50	11,8	100	13,7	150	13,0
Total	320	100,0	494	100,0	814	100,0	102	100,0	236	100,0	339	100,0	422	100,0	731	100,0	1153	100,0

3.2 Recursos económicos

O estudo da área funcional dos recursos económicos centra-se em quatro aspetos: (i) situação laboral; (ii) autoavaliação de recursos económicos; (iii) Pontuação de Incapacidade Funcional (PIF) na área de recursos económicos; (iv) pontuação segundo o modelo QAFMI/OARS para os recursos económicos. De seguida, apresenta-se a análise de cada uma destas áreas.

(i) Situação laboral

A situação laboral analisada restringe-se a apenas três possibilidades: (i) “reformado por idade”; (ii) “reformado por invalidez” e (iii) “outra” atividade atual, que englobava, por exemplo, participantes sem reforma.

Os resultados da Tabela 2 mostram que mais de metade dos participantes são “reformados por idade” (64,2%), uma percentagem considerável é “reformada por invalidez” (32,4%) e cerca de 11,1% referiram “outra” atividade atual. Apenas 0,1% se encontra a “trabalhar a tempo completo”. Esta taxa de emprego sénior quase nula pode-se dever, sobretudo, ao facto da população analisada ter mais de 75 anos.

Quando analisada a atividade da amostra por grupos etários verifica-se que na faixa etária dos 75 aos 84 anos são os homens que mais auferem “reformas por idade”

(76,3%). Contudo, o panorama inverte-se quando se falam das “reformas por invalidez” que são recebidas por 34,2% das mulheres. A diferença entre géneros verificada é significativa ($p < 0,001$), estando os homens em melhor situação.

No que concerne à faixa etária dos 85 anos ou mais, existem 82,4% de homens e 58,2% de mulheres “reformados por idade” e 15,7% dos homens e 28,7% das mulheres “reformadas por invalidez”.

Em ambas as faixas etárias, verifica-se que a maioria dos indivíduos “reformados por idade” são homens (77,7%) e as “reformas por invalidez” são atribuídas sobretudo às mulheres (32,4%), sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

A taxa de emprego sénior é muito reduzida (0,1%) equivalendo a apenas uma pessoa da amostra total. Entende-se por trabalho sénior todos os bens e serviços produzidos por idosos que são comercializados (Martín, 2006). Assim, atividades de voluntariado, serviços produzidos no contexto familiar e relações informais de apoio não são consideradas trabalho sénior (Gomez, 1997). Cerca de 19,0% dos portugueses com mais de 65 anos continuam no ativo, sendo esta proporção constituída sobretudo por homens (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2002). Em Portugal, a maior parte do trabalho sénior ocorre no setor agrícola, dependendo uma grande parte deste setor dos trabalhadores com idades avançadas (Martín, 2006). Neste estudo, a taxa de empregabilidade sénior é quase nula, possivelmente por a amostra ter idade superior a 75 anos. A única pessoa da amostra que trabalha pertence ao género feminino, ao contrário da tendência nacional, e desenvolve a atividade a *full time*.

Tabela 2 - Distribuição segundo a atividade atual

Atividade atual	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total					
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Reformado por Idade	244	76,3	274	55,5	518	63,6	84	82,4	138	58,2	222	65,5	328	77,7	412	56,4	740	64,2
Reformado por invalidez	70	21,9	169	34,2	239	29,4	16	15,7	68	28,7	84	24,8	86	20,4	237	32,4	323	28,0
Trabalha tempo completo	0	0,0	1	0,2	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Outro	6	1,9	50	10,1	56	6,9	2	2,0	31	13,1	33	9,7	8	1,9	81	11,1	89	7,7
Total	320	100	494	100	814	100	102	100	237	100	339	100	422	100	731	100	1153	100

(ii) Autoavaliação dos recursos económicos

A autoavaliação de recursos económicos centra-se na comparação, efetuada pelos elementos da amostra, dos seus rendimentos com outras pessoas da mesma idade, na forma como os rendimentos cobrem as suas necessidades e na expectativa quanto aos seus rendimentos para garantir o futuro (Tabela 3).

Aquando da comparação feita pelos participantes em relação às pessoas da mesma idade observam-se diferenças significativas entre género ($p < 0,001$). A maioria dos indivíduos do sexo masculino considera estar em “igual” situação económica (37,9%), com 24,6% segue-se a opinião de estarem “melhor”, 21,8% “NS/NR” e, por fim, 15,6% dos homens consideram estar em “pior” situação económica relativamente às pessoas da mesma idade. Em relação às mulheres a sua maioria (33,7%) “NS/NR” à questão, 28,5% considera estar em situação “igual”, 23,0% acham estar em “pior” situação económica e apenas 14,9% revelam encontrar-se em “melhor” situação.

No grupo etário mais jovem a maioria dos participantes (36,5%) refere que se encontra em situação semelhante aos seus pares, enquanto, a maioria dos participantes do grupo etário com idade igual ou superior a 85 anos “NS/NR” (43,4%). A percentagem daqueles que responderam estar “melhor” ou “igual” também diminuiu com a idade.

Dentro de cada grupo etário observam-se diferenças significativas entre género ($p < 0,001$). Na faixa dos 75 aos 84 anos com uma posição mais negativa encontram-se as mulheres, das quais 32,6% diz estar em situação “igual”, cerca de 27,1% “NS/NR” e 23,1% diz estar em “pior” situação. Os homens têm uma posição mais positiva, tendo 42,5% considerado estar em “igual” situação e 23,4% numa situação mais favorável. Quanto ao grupo etário dos participantes com idade igual ou superior a 85 anos, 28,4% dos homens e 10,1% das mulheres referem estar em “melhor” situação económica, 23,5% dos homens e 19,8% das mulheres referem estar “igual”, 13,7% dos homens e 22,8% “pior” e 34,3% dos homens e 47,3% das mulheres referem que “NS/NR”.

Quanto à forma como os rendimentos cobrem as suas necessidades, cerca de metade dos participantes (50,8%) referem que estes cobrem “razoavelmente” as suas necessidades, 30,6% referem que cobrem “com dificuldade” e 17,0% referem que cobrem “muito bem” as suas necessidades. Para o total da amostra, as mulheres apresentam uma autoavaliação mais negativa ($p < 0,001$).

Com o avançar da idade nota-se que as mulheres passam a considerar que os rendimentos cobrem com mais dificuldade as suas necessidades (33,2% vs 41,4%), e a visão de que os rendimentos cobrem “razoavelmente” (50,2%) ou “muito bem” (15,0%) as necessidades também se altera para 46,0% e 10,5%, respetivamente. Ao passo que os homens em ambas as faixas etárias (74-84 anos e ≥ 85 anos), maioritariamente

dizem que os rendimentos cobrem as necessidades de forma razoável (55,3% e 51,0%). No grupo etário mais jovem, 20,9% dos homens referem que os seus rendimentos cobrem “muito bem” as suas necessidades, e 23,4% referem que é “com dificuldade”. Dos homens com 85 anos ou mais 29,4% referem que os rendimentos cobrem as suas necessidades “muito bem” e “com dificuldade” cerca de 15,7%.

A última questão deste grupo analisa qual a expectativa de rendimentos para garantir o futuro. Da amostra, 42,7% dos participantes acredita que serão “suficientes”, 37,6% “insuficientes” e 19,7% “NS/NR”. Encontramos uma diferença de autoavaliação entre homens e mulheres, no total da amostra, apresentando os homens expectativas mais favoráveis ($p < 0,001$). Referindo rendimentos “suficientes” encontramos 53,3% dos homens e 36,5% das mulheres. A percentagem de rendimentos “insuficientes” é de 29,4% para os homens e 42,4% para as mulheres. Nos dois grupos etários observamos uma situação inversa entre homens e mulheres, sendo que a maioria dos homens refere que os rendimentos serão “suficientes”, 52,8% e 54,9% respetivamente. Por outro lado, a maioria das mulheres, dos dois grupos etários, refere que os rendimentos serão “insuficientes” para garantir o seu futuro, 42,3% e 42,6% respetivamente.

Tabela 3 - *Distribuição segundo a situação laboral*

Autoavaliação da situação económica	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total					
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Em relação às pessoas da mesma idade																		
Melhor	75	23,4	85	17,21	160	19,7	29	28,4	24	10,1	53	15,6	104	24,6	109	14,9	213	18,5
Igual	136	42,5	161	32,6	297	36,5	24	23,5	47	19,8	71	20,9	160	37,9	208	28,5	368	31,9
Pior	52	16,3	114	23,1	166	20,4	14	13,7	54	22,8	68	20,1	66	15,6	168	23,0	234	20,3
NS/NR	57	17,8	134	27,1	191	23,5	35	34,3	112	47,3	147	43,4	92	21,8	246	33,7	338	29,3
Total	320	100	494	100	814	100	102	100	237	100	339	100	422	100	731	100	1153	100
Forma como os rendimentos cobrem as necessidades																		
Muito bem	67	20,9	74	15,0	141	17,3	30	29,4	25	10,5	55	16,2	97	23,0	99	13,5	196	17,0
Razoavelmente	177	55,3	248	50,2	425	52,2	52	51,0	109	46,0	161	47,5	229	54,3	357	48,8	586	50,8
Com dificuldade	75	23,4	164	33,2	239	29,4	16	15,7	98	41,4	114	33,6	91	21,6	262	35,8	353	30,6
NS/NR	1	0,3	8	1,6	9	1,1	4	3,9	5	2,1	9	2,7	5	1,2	13	1,8	18	1,6
Total	320	100	494	100	814	100	102	100	237	100	339	100	422	100	731	100	1153	100
Expectativa de rendimentos para garantir o futuro																		
Suficientes	169	52,8	190	38,5	359	44,1	56	54,9	77	32,5	133	39,2	225	53,3	267	36,5	492	42,7
Insuficientes	99	30,9	209	42,3	308	37,8	25	24,5	101	42,6	126	37,2	124	29,4	310	42,4	434	37,6
NS/NR	52	16,3	95	19,2	147	18,1	21	20,6	59	24,9	80	23,6	73	17,3	154	21,1	227	19,7
Total	320	100	494	100	814	100	102	100	237	100	339	100	422	100	731	100	1153	100

Globalmente verifica-se que na totalidade das perguntas as mulheres apresentam opiniões mais negativas comparativamente com os homens ($p < 0,001$ e $p < 0,005$, respetivamente). De seguida irá ser feita uma comparação entre o presente grupo de perguntas e o seguinte (PIF na área dos recursos económicos), para averiguar a congruência dos resultados.

(iii) Pontuação de incapacidade funcional na área de recursos económicos

A PIF na área de recursos económicos (Tabela 4) é obtida através de uma classificação subjetiva dada pelo entrevistador no final do questionário e que varia desde recursos económicos “muito bons” até “totalmente insatisfatórios”.

Para o total da amostra observa-se que nenhum participante foi classificado pelo entrevistador com capacidade “totalmente insatisfatória” nesta área. A maioria dos participantes (34,0%) foi classificada com recursos económicos “ligeiramente insatisfatórios”, 31,1% com “bons”, 18,9% com recursos “muito bons”, 13,4% com “moderadamente insatisfatórios” e 2,5% com recursos “fortemente insatisfatórios”. Considerando o género observam-se diferenças significativas ($p < 0,001$), encontrando-se os homens numa posição mais favorável do que as mulheres. Ou seja, 34,1% dos homens e 29,4% das mulheres apresentam recursos económicos “bons”, 28,9% dos homens e apenas 13,1% das mulheres apresentam recursos económicos “muito bons”. Nas piores classificações invertem-se as pontuações com 8,5% dos homens e 16,3% das mulheres a apresentarem recursos “moderadamente insatisfatórios” e 0,5% dos homens e 3,7% das mulheres com recursos económicos “fortemente insatisfatórios”.

No grupo etário dos 75 a 84 anos, 30,3% dos homens e 15,0% das mulheres foram classificados como tendo “muito bons” recursos económicos, 33,8% dos homens e 33,0% das mulheres foram classificados com “bons”, 26,6% dos homens e 34,8% das mulheres com “ligeiramente insatisfatórios”, 9,1% dos homens e 14,6% das mulheres com “moderadamente insatisfatórios” e, por fim, 0,3% dos homens e 2,6% das mulheres com “fortemente insatisfatórios”. Para este grupo etário é significativa a diferença entre géneros ($p < 0,001$).

Os indivíduos da amostra com idade igual ou superior a 85 anos classificados com recursos económicos “muito bons” são 24,5% homens e 9,3% mulheres. Com recursos considerados “bons” existem 35,3% dos homens e 21,9% das mulheres, com recursos “ligeiramente insatisfatórios” 32,4% dos homens e 43,0% das mulheres, com recursos “moderadamente insatisfatórios” 6,9% dos homens e 19,8% das mulheres e com recursos “fortemente insatisfatórios” foram classificados 1,0% dos homens e 5,9% das mulheres. Estes dados transparecem também uma diferença significativa entre género ($p < 0,001$). Os indivíduos na faixa etária dos 85 anos ou mais são classificados de forma mais negativa pelo entrevistador, sendo esta diferença significativa ($p < 0,001$).

Tabela 4 - Distribuição segundo a PIF na área de recursos económicos

PIF em recursos económicos	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total					
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito Bons	97	30,3	74	15,0	171	21,0	25	24,5	22	9,3	47	13,9	122	28,9	96	13,1	218	18,9
Bons	108	33,8	163	33,0	271	33,3	36	35,3	52	21,9	88	26,0	144	34,1	215	29,4	359	31,1
Ligeiramente Insatisfatórios	85	26,6	172	34,8	257	31,6	33	32,4	102	43,0	135	39,8	118	28,0	274	37,5	392	34,0
Moderadamente insatisfatórios	29	9,1	72	14,6	101	12,4	7	6,9	47	19,8	54	15,9	36	8,5	119	16,3	155	13,4
Fortemente Insatisfatória	1	0,3	13	2,6	14	1,7	1	1,0	14	5,9	15	4,4	2	0,5	27	3,7	29	2,5
Totalmente Insatisfatórios	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	320	100	494	100	814	100	102	100	237	100	339	100	422	100	731	100	1153	100

(iv) Pontuação segundo o modelo QAFMI/OARS para os recursos económicos

A pontuação de acordo com o modelo QAFMI/OARS foi obtida recorrendo a fatores derivados das respostas dadas na área dos recursos económicos e, permite classificar os participantes desde “excelente” capacidade funcional até “limitação total”.

Na Tabela 5 é possível verificar que apenas uma minoria foi pontuada com recursos económicos “excelentes” (0,2% dos homens e 0,3% das mulheres). Pontuados como tendo “bons” recursos económicos existem 41,2% dos homens e 27,9% das mulheres. Com “limitação pequena” os valores foram de 12,6% para os homens e 17,4% para as mulheres, invertendo-se aqui a tendência de pontuações mais elevadas para os homens. Com “limitação moderada” surgem 34,1% dos homens e 36,9% das mulheres. Com “limitação grave” observam-se 8,3% dos homens e 13,7% das mulheres e com “limitação total” foram pontuados cerca de 3,6% dos homens e 3,8% das mulheres. Globalmente, estes dados indicam que os homens apresentam melhores recursos económicos ($p < 0,001$).

Em ambos os grupos etários os valores percentuais, relativos aos recursos económicos, diferem significativamente, evidenciando piores classificações para os indivíduos com mais de 85 anos ($p < 0,001$).

Para os indivíduos entre os 75 e 84 anos, 0,3% dos homens e 0,4% das mulheres foram classificados como tendo “excelentes” recursos económicos, 41,9% dos homens e 31,8% das mulheres foram classificados com “bons”, 12,5% dos homens e 18,4% das mulheres com “limitação pequena”, 35,6% dos homens e 35,4% das mulheres com “limitação

moderada”, 6,6% dos homens e 10,9% das mulheres com “limitação grave” e, por fim, 3,1% dos homens e 3,0% das mulheres foram classificados com “limitação total”. Para este grupo etário é também significativa a diferença entre géneros ($p < 0,05$).

Da amostra com 85 e mais anos nenhum participante foi classificado com “excelente” capacidade nesta área. A classificação desta faixa etária teve a seguinte ordem: com “boa” capacidade existem 39,2% homens e 19,8% mulheres, com “limitação pequena” 12,7% homens e 15,2% mulheres, com “limitação moderada” 29,4% homens e 40,1% mulheres, com “limitação grave” 13,7% dos homens e 19,4% das mulheres e com “limitação total” 4,9% homens e 5,5% mulheres. Estes dados transparecem uma diferença significativa entre género ($p < 0,005$).

Corroborando as duas áreas avaliadas anteriormente, as mulheres têm uma maior tendência para resultados mais negativos, ou seja, dispõem de recursos económicos mais limitados.

Tabela 5 - *Distribuição segundo o modelo OARS de pontuação na área de recursos económicos*

Pontuação em Recursos Económicos	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total					
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Excelente	1	0,3	2	0,4	3	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	2	0,3	3	0,3
Boa	134	41,9	157	31,8	291	35,7	40	39,2	47	19,8	87	25,7	174	41,2	204	27,9	378	32,8
Limitação pequena	40	12,5	91	18,4	131	16,1	13	12,7	36	15,2	49	14,5	53	12,6	127	17,4	180	15,6
Limitação moderada	114	35,6	175	35,4	289	35,5	30	29,4	95	40,1	125	36,9	144	34,1	270	36,9	414	35,9
Limitação grave	21	6,6	54	10,9	75	9,2	14	13,7	46	19,4	60	17,7	35	8,3	100	13,7	135	11,7
Limitação total	10	3,1	15	3,0	25	3,1	5	4,9	13	5,5	18	5,3	15	3,6	28	3,8	43	3,7
Total	320	100	494	100	814	100	102	100	237	100	339	100	422	100	731	100	1153	100

4. Conclusão

Existe um conjunto de aspetos fundamentais associadas aos recursos económicos das pessoas idosas que despontam neste estudo e que devem ser objeto de atenção.

4.1 Estimação e variáveis associadas à pobreza em pessoas idosas

Verificou-se que 4,6% da amostra auferia valores até 250€, e 32,3% apresenta rendimentos que variam entre os 251€ e 500€. Em Portugal no ano de 2012 o limiar de risco de pobreza

anual situava-se nos 408,67€/mês (INE, 2014a), o que classificaria uma percentagem significativa da amostra como pobres.

Estes dados são agravados pelo facto dos valores serem auferidos por pessoas com mais de 75 anos, que maioritariamente servem para que vivam dos mesmos, e por agregados familiares em que a sua constituição varia entre uma a quatro pessoas. Aproximadamente 53,0% da amostra tem reformas entre os 251€ e 750€, e consideramos que suprimir as necessidades inerentes ao processo de envelhecimento podem ser colocadas em causa quando o valor mensal é inferior a dois ordenados mínimos nacionais.

Nota-se que a grande tendência dos resultados é para que sejam as mulheres com mais idade quem está em pior situação económica, tal como sugere a literatura (Rissanen & Ylinen, 2014). Na amostra as reformas de menos de 250€ são recebidas sobretudo por mulheres com mais de 85 anos. A hipótese que poderá explicar este fenómeno em Portugal será a associação de reformas baixas, sobretudo reformas de invalidez e viuvez, dificuldade no acesso ao Complemento Solidário para Idosos ao facto de ser mulher e idosa. É ao género feminino que mais são atribuídas reformas de invalidez, o que indica que sofrem de mais problemas de saúde que as impedem de trabalhar e aumentar o valor financeiro disponível com que vivem.

São também as mulheres quem mais classifica os recursos económicos de pior forma, e tal é confirmado pela distribuição dos rendimentos apresentada.

A pobreza na faixa etária dos idosos sempre foi uma das preocupações governamentais de Portugal. Em determinado momento foram colocadas duas escolhas que poderiam colocar fim a este tipo de pobreza. A primeira opção seria aumentar o valor das reformas e pensões até um valor que permitisse suprimir a pobreza, contudo esta medida não iria seguir o princípio da justiça (não de beneficência), pois os valores recebidos iriam ser iguais para pessoas que contribuíram, ou não, para o sistema de reformas.

A segunda hipótese passaria pela criação de um apoio em dinheiro, pago mensalmente aos idosos com baixos recursos económicos e paralelamente sem retaguarda familiar comprovada. Esta foi a opção. A atribuição deste complemento de reforma espelhou um declínio significativo no risco de pobreza da população idosa portuguesa, sobretudo entre os anos de 2006 a 2009 (ver Gráfico 1 e Gráfico 2). Para receber o Complemento Solidário para Idosos, o idoso tem de fazer prova que os seus rendimentos são baixos e que os filhos não têm forma de o apoiar financeiramente. Apesar destes critérios beneficiarem apenas quem realmente necessita, são simultaneamente entraves à atribuição do Complemento Solidário para Idosos, ou seja, para que o requerimento do Complemento Solidário para Idosos seja feito, o próprio tem de se deslocar a uma série de diferentes locais e agilizar meios para conseguir fazer prova que reúne todas as

condições necessárias para ser beneficiário deste complemento. Isto exclui uma série de pessoas que não tem capacidade para procurar informações, pedir ajuda, deslocar-se, e que não têm uma rede social que as apoie. Assim, todas as pessoas que recebem este complemento precisam dele, mas nem todas as pessoas que precisam dele o têm.

4.2. Polarização dos recursos económicos

A curva de rendimentos económicos da amostra não segue uma distribuição normal, mais de um terço da amostra (36,9%) auferem menos de 500€. A receber valores entre os 501€ e 1000€ encontram-se 31,9% das pessoas, e dos 1001€ aos 2000€ cerca de 13,0%. As percentagens voltam a subir quando se passa para as reformas de mais de 2001€, com 5,2% da amostra a receber estes valores o que equivale a 60 pessoas. Note-se que estas pessoas estão pelo menos há mais de 10 anos a auferir mensalmente valores superiores a 2001€.

Do escalão dos 251-500€ para o 501-750€ existe um salto de 42 pontos percentuais. Dos 751-1000€ para o escalão seguinte (1001-1250€) a diferença é de 76,2 pontos percentuais.

Existe uma clara polarização dos recursos económicos em que uma percentagem muito grande de pessoas recebe menos de 500€, ou seja, menos que um ordenado mínimo. No presente ano o salário mínimo nacional é de 485€ mensais (INE, 2014b).

4.3. Diferencial entre a auto e hétero avaliação dos recursos económicos

Apesar de receberem valores que se consideram baixos, e que na sua grande maioria servem para que deste rendimento vivam várias pessoas, uma grande percentagem da amostra (67,8%) avalia o seu estado económico de forma bastante positiva (Tabela 3).

A primeira hipótese que poderá explicar esta opinião claramente positiva, é que a vivência num contexto pobre pode fazer com que as pessoas tenham um *standard* muito mais baixo relativamente a um nível de vida muito bom ou razoável.

A segunda hipótese que explica as autoavaliações positivas prende-se com as estratégias de compensação desenvolvidas pelos idosos, como a produção agrícola e a criação de animais domésticos para consumo, que permitem equilibrar a falta de dinheiro.

Quando se verifica a autoavaliação dos recursos económicos (subcapítulo 3.2(iii)) a tendência negativista das mulheres para classificarem a sua situação económica, a forma como os rendimentos cobrem as suas necessidades e a expectativa em como estes rendimentos garantem o futuro é corroborada pelos dados fornecidos pelo avaliador (subcapítulo 3.2(iii)). Tendo em conta o grupo etário, verifica-se que tal como a amostra havia autoavaliado, o entrevistador considera que os mais velhos apresentam mais dificuldades económicas.

Contudo, e apesar de na autoavaliação existirem muitas pessoas que não sabiam ou não responderam às questões, e de o entrevistador dispor de três opções para classificar os recursos de forma insatisfatória (ligeira, moderada e fortemente) nota-se uma discrepância nos resultados. Na totalidade da amostra, 23,0% acham estar “pior” em relação às pessoas da mesma idade, 35,8% disseram que os rendimentos cobriam “com dificuldades” as suas necessidades e 42,4% consideram que os recursos cobrirão “com dificuldade” o futuro. Segundo os entrevistadores quase metade da amostra (49,9%) é classificada com um dos três níveis de insatisfatório.

A avaliação negativista dos idosos pode ser ligada a uma certa inflação seletiva em serviços e produtos aos quais as pessoas idosas recorrem frequentemente, e que as afeta de forma muito concreta nomeadamente serviços de saúde.

Segundo a Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor (DECO), em abril de 2013 cerca de 13,0% da população portuguesa com 60 anos ou mais encontrava-se em situação de sobre-endividamento, sendo a saúde a segunda parcela mais dispendiosa no orçamento mensal destas famílias (Jornal de Notícias, 2013).

Os rendimentos limitados, conjugado com o avançar da idade e a necessidade de despender mais dinheiro em algumas áreas/serviços poderá levar os idosos a temer de alguma forma o futuro perante os escassos recursos que dispõem e a autoavaliar os mesmos de forma muito negativa.

5. Estratégias de Intervenção na Pobreza

Apesar de até ao ano de 2009 os dados do Eurostat mostrarem que a taxa de risco do limiar de pobreza diminuiu, esta propensão alterou-se entre os anos de 2009 e 2011 (Eurostat, 2014). Estas tendências podem ser explicadas pelas medidas tomadas devido à crise financeira que agravam a situação económica do segmento populacional dos idosos. Aumento das taxas moderadoras nos serviços de saúde, redução no rendimento líquido, diminuição do número de beneficiários do Complemento Solidário para Idosos, bem como, a diminuição no valor desta prestação, são algumas das medidas que os idosos portugueses enfrentam (Rede Europeia Anti-Pobreza, 2013). Estas e outras decisões poderão vir a refletir-se nas estatísticas dos anos de 2013 e seguintes, alterando a tendência de diminuição da taxa de pobreza.

Neste sentido considera-se que as estratégias de intervenção deverão passar pela otimização dos ingressos das pessoas idosas, sobretudo através de complementos como é o Complemento Solidário para Idosos. Os serviços deverão procurar de forma proactiva avaliar as condições das pessoas mais idosas que apresentam

condições para auferir esta prestação, mas que apresentam baixos níveis literários, rede social reduzida e que não contactam regularmente com nenhuma estrutura de apoio social (Martín, Duarte, Póvoa, & Duarte, 2009). Esta estratégia exigirá uma promoção de postos de atendimento móveis por parte do Instituto da Segurança Social ou o atendimento em zonas mais inacessíveis para os potenciais candidatos ao complemento, bem como, uma clarificação da documentação necessária para que os filhos façam prova de rendimentos devendo esta explicação ser difundida pelos agentes sociais locais (Martín *et al.*, 2009).

Uma outra medida de intervenção seria a criação progressiva de um Sistema de Gestão de Casos individuais mais eficiente, em que algumas competências poderiam ser assumidas pelas Autarquias. Assim deveria ser ponderada a criação de um sistema de identificação dos indivíduos mais vulneráveis (Martín *et al.*, 2009).

Globalmente considera-se que se obteve uma boa aproximação aos rendimentos que a população idosa portuguesa auferir. A presente estimação de recursos deixa um alerta para as dificuldades que os idosos enfrentam e que apesar de existirem políticas de apoio, estas não estão a chegar de forma eficaz a todos estando ainda a surgir medidas que penalizam fortemente este segmento populacional. Apesar de alguns idosos conseguirem desenvolver estratégias de compensação, uma grande parte deles não o conseguirá fazer, podendo chegar à degradação e pobreza extrema.

Este assunto deve ser uma preocupação governamental que deve olhar para as medidas tomadas e readaptá-las face a dados como os apresentados. Deve ser também analisada a forma como o país está preparado para enfrentar e apoiar o segmento populacional dos *baby boomers* que irá entrar em massa na idade de reforma. Sugere-se uma atualização regular destes dados para que exista uma visão real do panorama nacional e para que se entenda o que deve ser feito em cada momento concreto.

Referências Bibliográficas

- Comissao Europeia. (2010). *Europa 2020 - Estratégia para um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo*. Bruxelas: Comissao Europeia. Recuperado de <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:PT:PDF>
- Crown, W. (2001). Economic status of the elderly. In L. K. George & R. H. Binstock (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (5ª ed., pp. 352–368).
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2007). *Income poverty in the European Union* (pp. 1–11). Estados Unidos: Academia Press.
- Eurostat. Comissão Europeia. União Europeia. (2010). *Work session on demographic projections - Lisbon, 28-30 April 2010*. Luxemburgo: Eurostat.

- Eurostat. Comissão Europeia. União Europeia. (2014). *At-risk-of-poverty rate by poverty threshold, age and sex*. Recuperado de <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>
- Feeding America. (2012). *Hunger & Poverty Statistics*. Recuperado de <http://feedingamerica.org/hunger-in-america/hunger-facts/hunger-and-poverty-statistics.aspx#>.
- Ferreira, P. L., Rodrigues, R. M. C., & Nogueira, D. (2006). *Avaliação multidimensional em idosos*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Gomez Garcia, J. (1997). *El envejecimiento de la población y la economía*. Valladolid: Universidade de Valladolid.
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). *Envelhecimento em Portugal: Situação Demográfica Socioeconómica Recente das Pessoas Idosas*. Lisboa: Serviço de Estudos sobre a População Departamento de Estatísticas Censitárias e da População.
- Instituto Nacional de Estatística. (2014a). *Limiar do Risco de Pobreza (€); Anual*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Recuperado de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004218&contexto=bd&selTab=tab2.
- Instituto Nacional de Estatística. (2014b). *Salário mínimo nacional*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Recuperado de <http://www.pordata.pt/Portugal/Salario+minimo+nacional-74>.
- Jornal de Notícias. (2013). *Saúde é segunda maior despesa dos idosos sobre-endividados*. Recuperado de http://www.jn.pt/PaginalInicial/Sociedade/Interior.aspx?content_id=3203587&page=-1.
- Martín, I. (2006). Emprego Sénior. *Dirigir - Revista Para Chefias E Quadros*, 94, 32–37.
- Martín, J. I., Duarte, V., Póvoa, V., & Duarte, N. (2009). *Perfil de Necessidades e Qualidade de Vida das Pessoas em Processo de Envelhecimento do Concelho de Guimarães*. Porto: Unidade de Investigação e formação sobre adultos e idosos, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Rede Europeia Anti-Pobreza. (2013). *O Futuro que queremos: o que pensam as pessoas idosas*. Recuperado de http://www.eapn.pt/documentos_visualizar.php?ID=397.
- Rissanen, S., & Ylinen, S. (2014). Elderly poverty: risks and experiences - a literature review. *Nordic Social Work Research*. doi:10.1080/2156857X.2014.889031
- Rodrigues, R. M. C. (1999). *Avaliação funcional multidimensional de idosos: estudo das incapacidades funcionais e utilização de serviços* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Rodrigues, R. M. C. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Revista Panamericana Salud Pública*, 23(2), 109–115.
- Rodrigues, R. M. C. (2009). *Os muito idosos: estudo do envelhecimento em Coimbra*. Lisboa: Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT). Projeto n.º PTDC/CS-SOC/114895/2009 [em linha]. *Fundação Para a Ciência e a Tecnologia (FCT) Web site*. Acedido Junho, 2014, em https://www.fct.pt/apoios/projectos/consulta/vglobal_projecto.phtml.pt?idProjecto=114895&idElemConcurso=3636.
- Zaidi, A. (2010). Poverty Risks for Older People in EU Countries – An Update. *Policy Brief Series, the European Centre Vienna*, 22.

CAPÍTULO 6

CARATERIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL DOS MUITO IDOSOS: UM DOMÍNIO DA AVALIAÇÃO FUNCIONAL MULTIDIMENSIONAL

LUÍS MANUEL DE JESUS LOUREIRO

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Nota Introdutória

O envelhecimento populacional, especificamente no contexto Europeu é um fato atestado pelos mais diversos estudos e uma preocupação que tem vindo a emergir no contexto do desenvolvimento de políticas sociais e da saúde, conducentes à promoção do envelhecimento ativo e saudável (European Commission, 2008).

Neste sentido a abordagem da saúde mental e do bem-estar emocional no contexto do envelhecimento tem-se revelado necessária, mas a sua complexidade é manifesta dado o extenso conjunto de condições e determinantes (pessoais e ambientais) envolvidas na sua manutenção e preservação. É hoje assumido de forma clara que a saúde mental é tão importante na velhice, como em outras fases do ciclo de vida (Rodrigues, 2009).

São vários os problemas relacionados com a saúde mental ao longo do processo de envelhecimento, podendo destacar-se a diminuição ou mesmo comprometimento das capacidades cognitivas, o surgir das demências (com diferentes graus de severidade) e inclusive a depressão. Neste último caso, sabemos que é uma das perturbações mais frequentes entre as pessoas idosas podendo surgir associada, por exemplo a maior risco de morbilidade, negligência no autocuidado e, inclusivamente maior risco de suicídio. Este dado é relevante quando se sabe também que a depressão, ora pode funcionar como impulsionadora das doenças crónicas, como o contrário também pode acontecer, as doenças crónicas podem agravar os sintomas depressivos (Cavaleiro, Queirós, Azeredo, Apostolo, & Ventura, 2013).

Envelhecer implica riscos para a saúde mental e bem-estar, a que se poderá associar ainda a perda das redes de apoio social e familiar, mecanismo considerado protetor e relevante para a preservação da qualidade de vida em todos os seus domínios. Naturalmente que as alterações do padrão e estruturas familiares tradicionais, associadas a uma rede de recursos de apoio comunitário ainda não extensível a todas as realidades e necessidades sociais e económicas, podem acarretar prejuízos e ter consequências claras e duradouras no panorama da saúde mental das populações, especificamente da população idosa.

Os dados são evidentes. Em Portugal (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011) a proporção de pessoas com 65 anos ou mais era de 19% em 2011, e na década anterior era de 16%. Os resultados dos censos de 2011, indicam que o índice de envelhecimento do país é de 129 (129 idosos por cada 100 jovens). Quando nos referimos a uma zona mais restrita, como Coimbra, a população com mais de 65 anos, sofreu uma variação positiva, entre 2001 e 2011 de 17,31%, comparativamente com o grupo de residentes de 25-64 anos, que apenas aumentou 0,16% (INE, 2011).

Acresce ainda o facto de estarmos a assistir a um crescimento exponencial sénior com previsões de se vir a manter nas próximas décadas (Fontes, Botelho, & Fernandes, 2013). Este crescimento obriga-nos a repensar de forma global e abrangente as suas consequências do ponto de vista económico, mas sobretudo das políticas sociais e de saúde, pois elas serão, tal como o próprio processo do envelhecimento, gerais, profundas, duradouras e sem precedentes.

Têm sido sugeridas diversas medidas e intervenções, podendo destacar-se, no âmbito do European Pact for Mental Health and Well-being (2008), medidas como a promoção da participação ativa dos idosos na vida comunitária, incluindo a promoção da atividade física e de oportunidades educacionais; desenvolvimento de estratégias flexíveis de reforma que permitam aos idosos permanecer a trabalhar até mais tarde, quer a tempo inteiro quer a tempo parcial; e disponibilização de medidas para promover a saúde mental e o bem-estar nos idosos que recebem cuidados (médicos ou sociais), tanto na comunidade como em contexto institucional.

Embora tenham surgido em Portugal estudos que procuram caracterizar esta população, conhecer as suas incapacidades e potencialidades funcionais, será de questionar o modo como se poderá agir no sentido de estabelecer programas de prevenção adequados à realidade contextual e situacional portuguesa, adequando os fatores de risco sinalizados com respostas e intervenções eficazes e que resultem na possibilidade de anteciparmos as dificuldades e desafios (Fontes, Botelho, & Fernandes, 2013).

Neste sentido a compreensão da saúde mental no idoso em toda a sua amplitude, requer a necessidade de atender ao percurso feito pelo indivíduo ao longo da vida, e tal como o

envelhecimento, deverá ser entendida como um processo de ordem física, psicológica e social, em que múltiplos fatores intervêm (Silva, 2005).

Metodologia

Neste estudo recorreu-se ao modelo *OARS-MFAQ* (Older Americans Resources and Services Program – Multidimensional Functional Assessment Questionnaire), já descrito no capítulo 2. Neste capítulo são apresentados os resultados da avaliação da área funcional de saúde mental.

Instrumentos

O Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional (pode ser consultado em anexo) é constituído por várias questões e subescalas. Depois das questões sociodemográficas é apresentado o *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ). Este questionário é composto por 10 questões, que avaliam o défice da função cognitiva. A cotação permite determinar se o idoso é idóneo para responder ao questionário ou se é necessário recorrer a um informante.

A determinação da idoneidade é realizada tendo em conta o somatório de respostas incorretas dadas pelo idoso, ou seja, se o idoso tiver errado em mais de 3 perguntas (num total de 10), as questões deverão ser feitas a outra pessoa que o acompanhe (informante). No nosso estudo, tendo em conta a idade dos entrevistados, definiu-se que o participante poderia responder ao questionário se acertasse pelo menos cinco questões.

Para avaliar a saúde mental, o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional (QAFMI) inclui, além do SPMSQ, o *Short Psychiatric Evaluation Schedule* (SPES) e que permite avaliar, quer a ocorrência de sintomas psiquiátricos, quer ainda realizar uma autoavaliação da saúde mental.

O *Short Psychiatric Evaluation Schedule* (SPES) tem formato de resposta dicotomizado em “sim” e “não” e avalia quatro fatores, incluindo um item “não integrado” (nos fatores). Os fatores são: “satisfação com a vida”; “perturbação do sono”; “energia” e “paranoia”.

População e amostra

Definimos como população alvo do estudo os utentes residentes na área geográfica de abrangência dos seis centros de saúde de Coimbra, pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego. Recorreu-se a uma amostra probabilística estratificada

por sexo, grupo etário e área de residência. A amostra foi constituída por pessoas com idade igual ou superior a 75 anos a 31 de dezembro (inclusive) de 2011, registadas nas bases de dados da Administração Regional de Saúde do Centro (ARS Centro).

Para definir a dimensão da amostra, consideraram-se os dados disponibilizados pela ARS Centro, da população inscrita nos centros de saúde com idade ≥ 75 anos (N=16474). Para estratificar a amostra, recorreu-se aos seguintes critérios: sexo, grupos etários (74-84, ≥ 85) e área de residência. A seleção da amostra foi efetuada, em cada estrato, mediante seleção aleatória simples, segundo a ordem aleatória das bases de dados fornecidas pelos centros de saúde. Assim, a amostra ficou constituída por 1153 indivíduos (7,0%), 422 do sexo masculino e 731 do sexo feminino.

Caracterização da amostra

A dimensão da amostra é de 1153 indivíduos, sendo 36,6% (422) do sexo masculino e 63,4% (731) do sexo feminino. Relativamente à idade, 70,6% (814) têm entre 75 e 84 anos e 29,6% (339) idade ≥ 85 anos (tabela 1).

No sentido de verificar a homogeneidade da distribuição amostral dos participantes por sexo e idade, recorreu-se ao teste do qui-quadrado para diferença de proporções. Os resultados mostram a existência de diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{(1)} = 8,774$; $p < 0,001$; $\phi = 0,087$), no entanto o valor da medida de associação é muito reduzido, o que evidencia que a significância obtida no teste estatístico é em grande parte fruto do tamanho da amostra. Assim, as estatísticas (e testes) a calcular para responder aos objetivos, levarão em linha de conta as variáveis sexo e idade.

Tabela 1 - *Distribuição absoluta e percentual da variável sexo em função do grupo etário. Inclui teste de diferença de proporções do qui-quadrado*

Sexo	Grupos etários (anos)		Total
	75-84	≥ 85	
Masculino	320 (39,3)	102 (30,1)	422 (36,6)
Feminino	494 (60,7)	237 (69,9)	731 (63,4)
Total	814 (70,6)	339 (29,4)	1153 (100)

$\chi^2_{(1)} = 8,774$; $p < 0,001$; $\phi = 0,087$

Foram ainda consideradas outras variáveis sociodemográficas. Assim e no que concerne ao estado civil, 10,1% das mulheres são solteiras e dos homens apenas 1,4%.

Casados(as) encontram-se 80,9% dos homens e 44,7% das mulheres, representando 60,8% do grupo dos 75-84 anos e 11,4% do grupo com idade ≥ 85 anos. Em termos de viúvos(as), temos 15,8% dos homens e 43,3% das mulheres, com maior expressão no grupo etário com idade ≥ 85 anos (71,7%) comparativamente ao grupo etário mais jovem (35,3%). Para o total da amostra, 2,9% dos indivíduos são divorciados/separados, sendo esta percentagem maior entre as mulheres (3,4%).

Quanto às habilitações literárias, no grupo etário dos 75-84 anos, mais de metade (51,4%) dos participantes possui o ensino básico primário, sendo o valor para os homens de 53,4% e para as mulheres de 50,0%. Observamos que 10,6% dos homens possuem o ensino básico e 27,4% detêm ensino secundário ou superior. Quanto às mulheres, a situação inverte-se sendo que 28,3% não possuem grau de ensino e 15,4% detêm o ensino secundário ou superior. No grupo etário de ≥ 85 anos salientamos o facto de 44,3% das mulheres não saber ler nem escrever, enquanto para os homens esse valor é de 15,6%, resultando um valor global de 35,7% de pessoas analfabetas neste grupo etário.

Procedimentos de recolha de dados

O estudo foi autorizado pela Comissão Nacional de Protecção de Dados (autorização N^o1713/2012), pela Administração Regional de Saúde do Centro e pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC) (parecer N^o 90-05/2012). Foi obtido o consentimento informado dos participantes. Os dados foram recolhidos no período de junho de 2012 a outubro de 2013.

Numa fase inicial, foi realizado o primeiro contacto (telefónico ou presencial) com os participantes, concretizado pelos enfermeiros de cada centro de saúde que os informavam sobre o estudo e questionavam sobre o seu interesse em participar. Posteriormente, a recolha de dados foi realizada maioritariamente no domicílio, mas também nos centros de saúde, por duas bolseiras de investigação. O tempo médio da entrevista foi de 47,38 minutos ($s=15,66$ minutos), incluindo a deslocação ao domicílio do entrevistado ou ao local da entrevista.

Resultados

Previamente à análise dos resultados relativos aos sintomas descritos no SPES, procedeu-se à análise dos erros no SPMSQ. Para isso calcularam-se os erros criando-se dois grupos (< 5 erros; ≥ 5 erros) e posteriormente foi feita a sua análise em função do grupo etário e sexo em simultâneo recorrendo ao teste do qui-quadrado (opção *Three-Way*). Para avaliar o sentido da relação, nos casos em que os testes apresentavam significância estatística ($p < 0,05$), calcularam-se os resíduos ajustados estandardizados assim como a medida de associação correspondente (ϕ), para caracterizar a “força” da associação na tabela de 2×2 .

Como se pode observar (tabela 2), relativamente à distribuição dos erros por sexo e grupo etário, as diferenças encontradas nos três testes realizados são estatisticamente significativas ($p < 0,001$), sendo o valor das medidas de associação modestos.

A leitura da tabela mostra, recorrendo aos resíduos ajustados estandardizados por célula que as maiores diferenças entre frequências observadas e esperadas se situam a nível do género masculino do seguinte modo: idade entre os 75 e os 84 anos e < 5 erros, e idade ≥ 85 anos com um nível ≥ 5 erros. Este sentido da relação mantém-se nas tabelas seguintes, querendo significar que é mais provável encontrar a ocorrência de menos de cinco erros nas idades entre os 75 e os 84 anos.

Tabela 2 - Distribuição absoluta e percentual dos erros em função do grupo etário por sexo dos participantes. Inclui testes de diferença de proporções do qui-quadrado (opção three-way)

Sexo por grupo etário	Erros		Total	χ
	< 5 erros	≥ 5 erros		
Masculino				
75-84	307 (78,5)*	13 (41,9)	320 (75,8)	20,971 ($p < 0,001$)
≥ 85	84 (21,5)	18 (58,1)*	102 (24,2) 422	($\varphi = 0,223$)
Total	391	31		
Feminino				
75-84	441 (72,5)*	53 (43,1)	494 (67,6)	40,479 ($p < 0,001$)
≥ 85	167 (27,5)	70 (56,9)*	237 (32,4)	($\varphi = 0,235$)
Total	608	123	731	
Total				
75-84	748 (74,9)*	66 (42,9)	814 (70,6)	65,898 ($p < 0,001$)
≥ 85	251 (25,1)	88 (57,1)*	339 (29,4)	($\varphi = 0,239$)
	999	154	1153	

*Célula com valor de resíduo ajustado estandardizado $\geq 1,96$

No sentido de verificar como se distribuem as respostas às dimensões do questionário que avalia os sintomas psiquiátricos (categorizados em quatro grupos: sintomas “graves”/“evidentes”/“leves”/“não significativos”), em função do sexo e incluindo na análise dos grupos etários em separado e no total, procedeu-se ao cálculo do teste do qui-quadrado de comparação proporções (χ^2), incluindo a medida de associação V de Cramer (VC). Para a leitura dos resultados incluímos uma nota com as células em que os resíduos ajustados estandardizados são $> 1,96$.

Como se pode observar na tabela 3, no grupo 75–84 anos encontramos diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$), em termos de distribuição do grau de sintomatologia em função do sexo, sendo o valor da medida de associação modesto ($VC = 0,28$). Uma leitura mais atenta permite-nos verificar que os sintomas “graves”, “evidentes” e “ligeiros” estão mais presentes nas mulheres, comparativamente aos homens cuja sintomatologia não é significativa.

Diferenças significativas ($p < 0,001$) são também encontradas ao nível da distribuição conjunta das duas variáveis, mas tendo agora em análise apenas o grupo etário com idade ≥ 85 anos. Neste caso, os homens voltam a manifestar sintomas “não significativos”, enquanto nas mulheres são mais preponderantes os sintomas “evidentes”.

Quando analisada a distribuição dos sintomas e sexo dos participantes, mas tomando a amostra global (não dividindo em termos de grupos etários), o padrão da distribuição é idêntico ao grupo 75-84 anos, sendo que as mulheres apresentam sintomas “leves”, a “evidentes” e “graves”, enquanto os homens sintomas não significativos. O valor da medida de associação também é modesto.

Tabela 3 - *Distribuição da categorização dos sintomas psiquiátricos em função do sexo, por grupo etário. Inclui resultados do teste de diferença de proporções do qui-quadrado (χ^2) e medida de associação V de Cramer (VC)*

		Sintomas				Total
		Graves	Evidentes	Leves	Não significativos	
75-84 anos ^[A]	Masculino	9 (2,9)	26 (8,3)	52 (16,7)	225 (72,1)*	312
	Feminino	56 (11,8)*	90 (18,9)*	115 (24,2)*	215 (45,2)	476
	Total	65 (8,2)	116 (14,7)	167 (21,2)	440 (55,8)	788
≥ 85 anos ^[B]	Masculino	5 (5,6)	3 (3,3)	25 (27,8)	57 (63,3)*	90
	Feminino	20 (9,4)	48 (22,5)*	68 (31,9)	77 (36,2)	213
	Total	25 (8,3)	51 (16,8)	93 (30,7)	134 (44,2)	303
Global ^[C]	Masculino	14 (3,5)	29 (7,2)	77 (19,2)	282 (70,1)*	402
	Feminino	76 (11,0)*	138 (20,0)*	183 (26,6)*	292 (42,4)	689
	Total	90 (8,2)	167 (15,3)	260 (23,8)	574 (52,6)	1091

* Resíduos ajustados standardizados $> 1,96$; ^[A] $\chi^2_{(3)} = 61,835; p=0,000$; $VC = 0,28$; ^[B] $\chi^2_{(3)} = 87,823; p=0,000$; $VC = 0,29$; ^[C] $\chi^2_{(3)} = 87,823; p=0,000$; $VC = 0,28$

Nota: por questões de apresentação gráfica, a variável dependente (sintomas psiquiátricos) surge apresentada em coluna.

No sentido de verificar como se distribuem as respostas às dimensões do questionário que avalia a saúde mental, nomeadamente, “paranoia”; “energia”; “perturbação do sono”, “satisfação com a vida” e “não integrado”), em função do sexo e incluindo na análise dos grupos etários em separado e no total, procedeu-se ao cálculo do teste de comparação de proporções (teste z) com correção de Bonferroni, a partir do procedimento *multiple response table* do SPSS.

A análise foi primeiramente realizada alternadamente para os itens em que nos interessava analisar as respostas de concordância (assinaladas como “sim”) e posteriormente para os itens com respostas de discordância (assinaladas como “não”), como se pode observar da tabela 4.

Da leitura da tabela 4 podemos verificar de nos itens relativos ao fator “paranoia”, apenas no item “vontade de fugir de casa”, as mulheres apresentam uma frequência maior, comparativamente aos homens, e esta diferença observa-se apenas no grupo 75-84 anos.

No fator “energia” as diferenças significativas ($p < 0,05$) observam-se nos itens “período em que não podia mais” ..., tanto no grupo 75-84 anos, como no grupo ≥ 85 anos, sendo comparativamente superior nas mulheres, no item “sente que não serve para nada”, mas agora só no grupo ≥ 85 anos, no item “sente-se muitas vezes fraco”, sendo em ambos os grupos superior nas mulheres, “dificuldade manter o equilíbrio”, sendo também superior para ambos os grupos nas mulheres, “palpitações e falta de ar” (superior nas mulheres no grupo 75-84 anos) e “bem a maior parte do tempo” (item de interesse com contagem “não”), sendo neste caso em ambos os grupos superior nas mulheres.

No fator “perturbações do sono”, verificamos que apenas se observam diferenças significativas no item “acordar fresco e descansado” (item de interesse com contagem “não”) no grupo 75-84 anos, sendo superior nas mulheres.

No fator “satisfação com a vida”, não se observam diferenças com significado estatístico em nenhum dos itens.

No item “não integrado”, podemos verificar que as “dores de cabeça” são mais com maior frequência pelas mulheres para ambos os grupos.

Tabela 4 - Distribuição absoluta e percentual das respostas aos itens da saúde mental em função do sexo dos participantes (por grupo etário). Inclui teste z de comparação de proporções ajustado para comparações múltiplas pelo procedimento de Bonferroni

Itens	Grupo etário (anos)			
	75-84		≥85	
	Masculino ^(A)	Feminino ^(B)	Masculino ^(A)	Feminino ^(B)
Vontade de fugir de casa (sim) - PAR	11 (19,0)	47 (81,0) ^A	1 (12,5)	7 (87,5)
Ninguém o compreende (sim) - PAR	53 (31,2)	117 (68,8)	16 (23,2)	53 (76,8)
Período em que não podia mais (sim) - ENE	25 (27,1)	90 (78,3) ^A	5 (10,2)	44 (89,8) ^A
Sono irregular e inquieto (sim) - PER-S	126 (31,8)	270 (68,2)	43 (29,5)	103 (70,5)
Trama contra si (sim) - PAR	14 (35,0)	26 (65,0)	--- (0,0)#	2 (100,0)
Sente que não serve para nada (sim) - ENE	76 (30,8)	171 (69,2)	35 (21,1)	131 (78,9) ^A
Muitas vezes fraco (sim) - ENE	71 (27,1)	191 (72,9) ^A	21 (15,2)	117 (84,8) ^A
Dores de cabeça (sim) - N-INT	74 (24,3)	230 (75,7) ^A	20 (17,9)	92 (82,1) ^A
Dificuldade em manter o equilíbrio (sim) - ENE	90 (29,8)	212 (70,2) ^A	46 (23,4)	151 (76,6) ^A
Palpitações e falta de ar (sim) - ENE	35 (18,0)	159 (82,0) ^A	8 (16,0)	42 (84,0)
Só a maior parte das vezes (sim) - S-VID	3 (15,8)	16 (84,2)	--- (0,0)#	1 (100,0)
Acorda fresco e descansado (não) - PER-S	69 (25,7)	199 (74,3) ^A	22 (21,8)	79 (78,2)
Vida interessante (não) - S-VID	71 (30,7)	160 (69,3)	27 (21,3)	100 (78,7)
Feliz maior parte do tempo (não) - S-VID	46 (26,9)	125 (73,1)	15 (20,5)	58 (79,5)
Bem a maior parte do tempo (não) - ENE	67 (26,8)	183 (73,2) ^A	19 (17,1)	92 (82,9) ^A

Legenda: PAR (Paranoia); ENE (Energia); PER-S (Perturbação do sono); N-INT (Não integrado); S-VID (satisfação com a vida)

#teste não realizado por não existência de casos em um dos grupos

Nota: nos casos em que as diferenças são estatisticamente significativas, estas são assinaladas com uma letra que aparece sobreposta na célula com maior valor percentual

Na tabela 5 pode observar-se a comparação das proporções para os dois grupos etários em simultâneo (global). Os resultados permitem confirmar a leitura feita na tabela anterior e que reportam para uma percepção de saúde mental mais deficitária nas mulheres comparativamente aos homens. É de realçar que não se observam diferenças entre sexos ao nível de todos os itens da “satisfação com a vida”.

Tabela 5 - Distribuição absoluta e percentual das respostas aos itens da saúde mental em função do sexo dos participantes (global da amostra). Inclui teste z de comparação de proporções ajustado para comparações múltiplas pelo procedimento de Bonferroni

Itens	Sexo	
	Masculino(A)	Feminino(B)
Vontade de fugir de casa (sim) - PAR	12 (18,2)	54 (81,8) ^A
Ninguém o compreende (sim) - PAR	69 (28,9)	170 (71,1)
Período em que não podia mais (sim) - ENE	30 (18,3)	134 (81,7) ^A
Sono irregular e inquieto (sim) - PER-S	169 (31,2)	373 (68,8)
Trama contra si (sim) - PAR	14 (33,3)	28 (66,7)
Sente que não serve para nada (sim) - ENE	111 (26,9)	302 (73,1) ^A
Muitas vezes fraco (sim) - ENE	92 (23,0)	308 (77,0) ^A
Dores de cabeça (sim) - N-INT	94 (22,6)	322 (77,4) ^A
Dificuldade em manter o equilíbrio (sim) - ENE	136 (27,3)	363 (72,7) ^A
Palpitações e falta de ar (sim) - ENE	43 (17,6)	201 (82,4) ^A
Só a maior parte das vezes (sim) - S-VID	3 (15,0)	17 (85,0)
Acorda fresco e descansado (não) - PER-S	91 (24,7)	278 (75,3) ^A
Vida interessante (não) - S-VID	98 (27,4)	260 (72,6)
Feliz maior parte do tempo (não) - S-VID	61 (25,0)	183 (75,0)
Bem a maior parte do tempo (não) - ENE	86 (23,8)	275 (76,2) ^A

Legenda: PAR (Paranoia); ENE (Energia); PER-S (Perturbação do sono); N-INT (Não integrado); S-VID (satisfação com a vida)

Nota: nos casos em que as diferenças são estatisticamente significativas, estas são assinaladas com uma letra que aparece sobreposta na célula com maior valor percentual

No que respeita à autoavaliação feita pelos idosos relativamente à sua saúde mental, podemos observar a partir da tabela 6, que se encontram diferenças estatisticamente significativas nos três testes realizados, quer analisando a associação entre autoavaliação da saúde mental e sexo diferenciando o grupo etário, quer ainda no global da amostra. Os valores das medidas de associação obtidas revelam-se modestos nos três casos.

Da análise do sentido das relações obtidas, podemos constatar que no grupo 75-84 anos, a autoavaliação da saúde como “ótima” e “boa” surge, mais do que o expectável, nos homens, enquanto nas mulheres a autoavaliação recai nas categorias “razoável” e “má”.

No grupo etário com idade ≥ 85 anos observa-se que os homens autoavaliam-se mais do que o expectável na “ótima” e as mulheres na “má”. Quando analisados o global da amostra em termos de sexo e autoavaliação, a percepção da saúde mental dos homens tendem a estar associada à “ótima” e “boa” e as mulheres à “razoável” e “má”.

Tabela 6 - Distribuição das respostas da percepção da saúde mental em função do sexo, por grupo etário. Inclui resultados do teste de diferença de proporções do qui-quadrado (χ^2) e medida de associação V de Cramer (VC)

		Autoavaliação da saúde mental					Total
		Ótima	Boa	Razoável	Má	NS/NR	
75-84 anos ^[A]	Masculino	54 (16,9)*	146 (45,6)*	109(34,1)	5 (1,6)	6 (1,9)	320
	Feminino	42 (8,5)	172 (34,8)	232 (47,0)*	29 (5,9)*	19 (3,8)	494
	Total	96 (11,8)	318 (39,1)	341 (41,9)	34 (4,2)	25 (3,1)	814
≥ 85 anos ^[B]	Masculino	16 (15,7)*	35 (34,3)	35 (34,3)	3 (2,9)	13 (12,7)	102
	Feminino	18 (7,6)	69 (29,1)	107 (45,1)	(9,3)*	21 (8,9)	237
	Total	34 (10,0)	104 (30,7)	142 (41,9)	25 (7,4)	34 (10,0)	339
Global ^[C]	Masculino	70 (16,6)*	181 (42,9)*	144 (34,1)	8 (1,9)	19 (4,5)	422
	Feminino	60 (8,2)	241 (33,0)	339 (46,4)*	51 (7,0)*	40 (5,5)	731
	Total	130 (11,3)	422 (36,6)	483 (41,9)	59 (5,1)	59 (5,1)	1153

* Resíduos ajustados estandardizados $>1,96$

^[A] $\chi^2_{(4)} = 36,151$; $p=0,000$; $VC=0,21$; ^[B] $\chi^2_{(4)} = 12,243$; $p=0,016$; $VC = 0,19$; ^[C] $\chi^2_{(4)} = 47,436$; $p=0,000$; $VC=0,20$

Nota: por questões de apresentação gráfica, a variável dependente (sintomas psiquiátricos) surge apresentada em coluna.

No que concerne à percepção da saúde mental comparativamente com há cinco anos atrás (tabela 7), os resultados dos testes revelam diferenças significativas nos diferentes grupos etários e no total da amostra, sendo que o sentido da relação é semelhante nos três casos, isto é, os homens a considerarem-na “igual”, enquanto as mulheres consideram-na “pior”. Também neste caso os valores das medidas de associação são modestos, ainda que os testes apresentem significado estatístico.

Tabela 7 - Distribuição das respostas da autoavaliação da saúde mental retrospectivamente (há cinco anos) em função do sexo, por grupo etário. Inclui resultados do teste de diferença de proporções do qui-quadrado (χ^2) e medida de associação V de Cramer (VC)

		Autoavaliação da saúde mental (comparado há 5 anos)				
		Melhor	Igual	Pior	NS/NR	Total
75-84 anos ^[A]	Masculino	3 (0,9)	179 (55,9)*	131 (40,9)	7 (2,2)	320
	Feminino	7 (1,4)	153 (31,0)	315 (63,8)*	19 (3,8)	494
	Total	10 (1,2)	332 (40,8)	446 (54,8)	26 (3,2)	814
≥85 anos ^[B]	Masculino	1 (1,0)	47 (46,1)*	42 (41,2)	12 (11,8)	102
	Feminino	2 (0,8)	71 (30,0)	142 (59,9)*	22 (9,3)	237
	Total	3 (0,9)	118 (34,8)	184 (54,3)	34 (10,0)	339
Global ^[C]	Masculino	4 (0,9)	226 (53,6)*	173 (41,0)	19 (4,5)	422
	Feminino	9 (1,2)	224 (30,6)	457 (62,5)*	41 (5,6)	731
	Total	13 (1,1)	450 (39,0)	630 (54,6)	60 (5,2)	1153

* Resíduos ajustados estandardizados >1,96

^[A] $\chi^2_{(3)}=50,184$; $p=0,000$; $VC=0,25$; ^[B] $\chi^2_{(3)}=10,390$; $p=0,016$; $VC=0,18$; ^[C] $\chi^2_{(3)}=59,485$; $p=0,000$; $VC=0,23$

Nota: por questões de apresentação gráfica, a variável dependente (sintomas psiquiátricos) surge apresentada em coluna.

Relativamente ao estudo da relação entre os sintomas psiquiátricos e a autoavaliação da saúde mental, procedeu-se, tal como previamente, ao cálculo do teste de qui-quadrado. Como se pode observar da tabela 8, a relação encontrada entre as variáveis é estatisticamente significativa, com um valor da medida de associação moderado.

A análise dos resíduos, permitiu-nos verificar que, tendencialmente, os idosos que apresentam sintomas “graves” e “evidentes” percecionam a sua saúde mental como “razoável” e “má”, enquanto os que apresentam sintomas “leves” e “não significativos”, tendem a avaliar-se como tendo uma saúde mental “ótima” ou então “boa”.

Tabela 8 - *Distribuição conjunta da avaliação dos sintomas psiquiátricos em função das respostas da autoavaliação da saúde mental. Inclui resultados do teste de diferença de proporções do qui-quadrado (χ^2) e medida de associação V de Cramer (VC)*

Autoavaliação saúde mental	Sintomas				Total
	Graves	Evidentes	Leves	Não significativos	
Ótima	2 (1,5)	3 (2,3)	17 (13,1)	108 (83,1)*	130
Boa	13 (3,1)	33 (7,8)	80 (19,0)	295 (70,1)*	421
Razoável	53 (11,0)*	105 (21,8)*	153 (31,8)*	170 (35,3)	481
Má	21 (38,2)*	24 (43,6)*	9 (16,4)	1 (1,8)	55
NS/NR	1 (25,0)	2 (50,0)	1 (25,0)	--- (0,0)	4
Total	90 (8,2)	167 (15,3)	260 (23,8)	574 (52,6)	1091

$\chi^2(12)= 289,530$; $p=0,000$; $VC=0,30$;

Por último, apresentamos os resultados obtidos nas respostas relativas à preocupação dos idosos com “as coisas em geral” e “o que acha da sua vida”. Como podemos observar da tabela 9, relativamente à preocupação dos idosos com as coisas (de um modo geral), a preocupação é evidente, sendo que o valor conjunto das opções “sempre/quase sempre” e “algumas vezes” representa 71,9% das respostas. Ainda assim é de salientar que 23,1% consideram “nunca/quase nunca” se preocupar.

Relativamente à perceção que os idosos fazem da vida, 39,7% consideram-na “interessante”, 32,2% “monótona” e 22,1% “aborrecida”.

Tabela 9 - *Distribuição absoluta e percentual das respostas aos itens (N=1153)*

Itens	n.º	%
Com que frequência se preocupa com as coisas em geral		
Sempre/quase sempre	369	32,0
Algumas vezes	460	39,9
Nunca/quase nunca	266	23,1
NS/NR	58	5,0
Em geral o que acha da sua vida?		
Interessante	458	39,7
Monótona	371	32,2
Aborrecida	255	22,1
NS/NR	69	6,0

Discussão/Conclusões

Os resultados apresentados anteriormente colocam-nos algumas questões pertinentes, a começar desde logo com as questões metodológicas, nomeadamente o instrumental utilizado para avaliar a saúde mental. Ainda que exista uma multiplicidade de instrumentos que permitem avaliar diferentes aspetos da saúde mental, o instrumento utilizado (QAFMI) e que faz parte do modelo *OARS* cinge-se a aspetos muito específicos, não perspetivando, quer uma diferenciação e intensidade do sintoma apresentado e que em alguns casos não é propriamente um sintoma no “sentido clínico” do termo, mas uma manifestação muitas vezes indiciadora de mal-estar (além disso o formato de resposta está dicotomizado em “sim” e “não”), quer ainda pela ausência de um horizonte temporal na perspetiva de quem vivencia uma situação de desconforto emocional e mental, cingindo-se apenas ao *aqui e agora*. Compreendemos que o objetivo do instrumento não é diagnosticar no sentido clínico, ainda assim, os resultados podem servir de alerta para os profissionais de saúde, uma vez que permite realizar uma “triagem”.

Relativamente à amostra, é de salientar a diferença do tamanho por grupo etário, uma vez que os grupo etário com idade ≥ 85 anos é comparativamente mais reduzido que o grupo 75-84 anos, no entanto, esse facto decorre do tipo de amostragem utilizado e das características da população alvo do estudo, contudo este aspeto foi tido em conta nas análises estatísticas efetuadas.

No que concerne aos resultados propriamente ditos, devemos ressaltar desde logo um dado. As mulheres, independentemente do grupo etário a que pertencem, parecem apresentar mais queixas no que concerne à presença de sintomas e que vão de “graves” a “evidentes” a mesmo “ligeiros”. Muitas considerações poderão ser tecidas para este resultados, quer considerações relacionadas com as características geracionais e históricas e que tem implicações nos processos de adaptação ao envelhecimento, a que não é alheio o percurso de vida destas mulheres, quer ainda os aspetos que decorrem das interpretações relacionadas com as questões de género, em que sempre lhe foi exigido disponibilidade para as solicitações do quotidiano, quer como mães, quer como trabalhadoras e educadoras que permaneceram na salvaguarda da família em todos os aspetos, com ênfase para os emocionais.

Uma outra consideração pode ser evocada para estes resultados e que pode estar associada à ocorrência concomitante de outro tipo de perturbações como é o caso da depressão e que vem sendo apontado na generalidade dos estudos. Por último é de realçar o facto das mulheres desta amostra apresentarem simultaneamente pior classificação na área da saúde física (ver capítulo 7), o que indicia que a saúde mental surge associada de modo pungente às maiores dificuldades na realização das atividades de vida diária, conjugado com menores recursos sociais e económicos. Esta diferença,

pode ainda ser explicada pelos menores contatos sociais, menor participação em atividades sociais e menor disponibilidade de ajuda resultante, por exemplo da viuvez.

Quando questionados acerca da sua saúde mental, as mulheres voltam a avaliar-se mais negativamente do que os homens, e em termos comparativos utilizando um horizonte temporal de cinco anos, referem estar “pior”, comparativamente aos homens.

Estes dados preocupantes remetem-nos desde logo para a necessidade de desenhar intervenções que potenciem os aspetos positivos e promovam ativamente o envelhecimento. Neste sentido algumas pistas para a ação passam pelo estabelecimento de programas conducentes à promoção do envelhecimento ativo, dando ênfase claramente aos aspetos multidimensionais que não só da saúde mental, partindo do pressuposto de que o envelhecimento tem que ser ativo e de que a sociedade inclusiva é feita por todos, independentemente da idade. Assim, qualquer estratégia deve assentar na promoção do bem-estar físico, social e mental, com a participação e integração das pessoas idosas, para que estas possam beneficiar da proteção, segurança e de cuidados adequados. A base parece-nos conhecida, deve procurar-se os princípios da autonomia da pessoa, da independência (sempre que possível), da qualidade de vida e da esperança de vida.

A título de exemplo, é regularmente referenciado na literatura o prejuízo e declínio cognitivo associados ao envelhecimento, contudo existe um número reduzido de estratégias e programas, por exemplo, programas de estimulação cognitiva criados especificamente para idosos, quando se sabe de antemão que a manutenção da saúde cognitiva é fundamental para aumentar a proteção contra a demência (podendo atrasar o seu início), prevenir a dependência e incapacidade do autocuidado (Apóstolo & Cardoso, 2014).

Somos pois do parecer que a intervenção no domínio da saúde mental não deve ser entendida como um parente pobre no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Ainda que seja referenciado nos valores e princípios do plano e na referência a programas de apoio a doentes idosos, por exemplo, nada aparece operacionalizado referenciando-se apenas a necessidade de criar programas e experiências piloto.

Este dado é mais preocupante quando sabemos do envelhecimento acelerado da população e das estratégias protagonizadas em termos de otimização dos recursos económicos e financeiros (escassos) que tendem a não chegar a uma população que se vê aos poucos analfabeta de si, e da qual a sociedade parece querer alhear-se.

Espera-se um contributo válido para todos os profissionais da área da saúde que lidam com estas questões no seu quotidiano pessoal e profissional. Salienta-se também os enfermeiros de saúde mental no sentido daquelas que são as exigências decorrentes do Plano Nacional de Saúde Mental: 2007-2016. Estes resultados poderão contribuir para o planeamento das intervenções de Enfermagem na prevenção das doenças mentais no idoso e na promoção do envelhecimento ativo e saudável das comunidades.

Referências Bibliográficas

- Apostolo, L., & Cardoso, D. (2014). Estimulação cognitiva em Idosos – síntese da evidência e intervenção. In Literacia em Saúde Mental - Capacitar as Pessoas e as Comunidades para Agir (Vol. 8). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.
- Cavaleiro, A., Queirós, P., Azeredo, Z., Apóstolo, J., & Cardoso, D. (2013). Perturbações afectivo-emocionais no contexto de cuidados em cuidados continuados. *Journal of Aging & Innovation*, 2 (1): 4-17
- Estatística, I. N. (2011). Obtido em janeiro de 2014, de Censos 2011: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentação
- European Commission (2008). European Pact for Mental Health and Well-being. Brussels, EuropeanCommissionhttp://ec.europa.eu/ph_determinants/life_style/mental/index_en.htm, accessed 15 June 2010).
- Fontes, A. P., Botelho, M. A., & Fernandes, A. A. (2013). A funcionalidade dos mais idosos (75 anos): conceitos, perfis e oportunidades de um grupo heterogêneo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, pp. 91-107.
- Rodrigues, R.M.C. (2009). Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços. Coimbra: Mar da Palavra.
- Silva, M. E. D. (2005). Saúde mental e idade avançada: uma perspectiva abrangente. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.) *Envelhecer em Portugal* (pp. 137-156), Lisboa: Climepsi Editores.

CAPÍTULO 7

A SAÚDE FÍSICA DO IDOSO NUMA COMUNIDADE

ZAIDA DE AGUIAR SÁ AZEREDO

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Nota Introdutória

A saúde do idoso é algo muito complexo que se vai construindo ao longo de todo o ciclo vital e que tenta contrariar as intempéries resultantes das marcas fisiológicas deixadas pelo passar dos anos por vezes associadas a situações patológicas que se vão instalando.

À medida que a idade vai avançando e sobretudo quando cronologicamente se chega a sénior, há uma certa tendência para entrelazar o que é patológico com o que é fisiológico, porém o envelhecimento fisiológico é universal, progressivo, irreversível e diferencial, enquanto o patológico não é universal, pode não ser progressivo e pode ser reversível quando a patologia que lhe está subjacente é detetada e tratada atempadamente. A distinção pelos profissionais destes dois tipos de envelhecimento reveste-se, assim, de grande importância, em intervenções dirigidas a idosos.

Se é verdade que a preservação da saúde e as prevenções primárias, secundárias e até terciárias dos estados mórbidos assumem uma grande importância no bem-estar e qualidade de vida das pessoas, quando nos referimos aos séniores esta importância aumenta, pois não só a multimorbilidade e a comorbilidade têm uma maior prevalência nos grupos etários mais idosos, mas também há uma interligação mais estreita entre as diferentes morbilidades (entre si) e as possíveis iatrogenias provocadas por especificidades inerentes a um envelhecimento fisiológico que, no seu conjunto, pode ter consequências desastrosas, não só no bem-estar e qualidade de vida do idoso, mas também na sua independência e autonomia e no bem-estar da sua rede social que de forma circular (ou em espiral) se reflete também sobre o próprio indivíduo idoso. Assim, quando se fala de avaliar a saúde do idoso na comunidade, esta apresenta várias componentes indissociáveis que para ela contribuem de diversas formas.

A avaliação tem, assim, que ser feita de forma global, envolvendo sempre a vertente fisiopatológica (biológica), psicológica, socioeconómica, ambiental e espiritual, entre outras.

O idoso, enquanto ser social vai-se construindo ao longo do seu ciclo vital, sendo, por isso, um ser vivo em permanente socialização e por conseguinte em permanente adaptação, porém estas vão-se processando ao longo do tempo de forma diferente, tornando a avaliação do seu estado de saúde cada vez mais complexa não só porque as vivências passadas se vão acumulando de diversas formas, mas também porque a sua capacidade de resiliência nas diversas componentes da saúde se vão transformando, tornando a sua homeostasia com o meio cada vez mais instável e frágil a necessitar de intervenções externas (de profissionais e outros) cada vez maiores.

É nesse sentido que a avaliação global do idoso na comunidade deve ser feita de forma contínua, englobando também o meio envolvente e o recurso a serviços apropriados.

A auto percepção de saúde, apesar de ter que ser analisada dentro de um determinado contexto cultural, permite aos profissionais de saúde e sociais, bem como a outros decisores de intervenções pró-envelhecimento ativo, diagnosticar necessidades sentidas que são fundamentais para um planeamento e programação de ações interventivas, bem-sucedidas.

É neste contexto que, integrada numa investigação mais ampla surgiu a avaliação do estado de saúde de uma população do concelho de Coimbra.

O presente capítulo dedica-se sobretudo à auto percepção pelos idosos, da sua saúde, na vertente física e à forma como estes agem enquanto utilizadores de serviços.

A par desta análise subjetiva, é feita uma análise através da (Pontuação de Incapacidade Funcional (PIF) e por fim é feita uma análise objetiva através do modelo do Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos/Older Americans Resources and Services (QAFMI/OARS).

Neste capítulo não será descrita a respetiva metodologia de investigação por ser comum a todos os outros capítulos.

Binómio Saúde – Doença no Envelhecimento

O aumento da longevidade e da esperança de vida média ao nascer levantam questões até hoje não vivenciadas pela humanidade, a que urge dar solução.

Esta solução passa pela interiorização do novo conceito de saúde e por uma maior responsabilização individual e coletiva em saúde.

O conceito de que a saúde era a mera ausência de doença está hoje ultrapassado, pensando-se que a saúde e a doença constituem um binómio instável cujo dinamismo depende sobretudo do indivíduo e da comunidade.

Assim, para se atingir um estado de mais saúde há necessidade de, quer individualmente, quer de forma coletiva, se fazer uma permanente vigilância na dinâmica deste binómio, bem como agir promovendo-se comportamentos salutogéneos que permitam prevenir o que é prevenível, curar o que é curável e sobretudo promover o bem-estar e a qualidade de vida de forma a um indivíduo e a coletividade (que em muitos países já está envelhecida, mas que, à semelhança do resto do mundo, continua a envelhecer) terem cada vez mais saúde. Para tal e para que se promovam estes comportamentos salutogéneos há necessidade de planear e implementar programas de educação para a saúde que permitam à pessoa e ao coletivo escolher de forma consciente qual a melhor opção em saúde e de que forma agir em prol desta opção, ao longo da vida, isto é, acompanhar um envelhecimento que se pretende ativo e cujo objetivo primordial será uma velhice bem-sucedida.

Com o avançar da idade há decréscimo fisiológico ou mesmo perda de capacidades e aumento da vulnerabilidade à doença, podendo também, iniciar-se uma situação de fragilidade, agravar-se uma pré-fragilidade ou fragilidade já existentes, ou, facilitar o surgimento/desenvolvimento de patologias, muitas delas crónico-degenerativas, que levam a uma aceleração do próprio envelhecimento fisiológico. Estas situações, tendem assim a interferir com o estado de saúde do indivíduo e com o seu bem-estar e qualidade de vida.

Assim, com o avançar da idade surge, uma acumulação de patologias passando o indivíduo a ser detentor de uma multimorbilidade que por sua vez implica mais consequências e, cada vez mais nefastas, podendo então falar-se de co morbilidade, ou seja, uma morbilidade adjuvante, associada a alguma das patologias crónico-degenerativas pré – existentes.

Por exemplo a diabetes pode estar associada a uma hipertensão, a uma dislipidémia (falando-se hoje mais em síndrome metabólico) perda da acuidade visual, vasculopatia periférica, neuropatia e insuficiência renal. Toda esta morbilidade resultante de uma patologia inicial que era a diabetes, constitui, no seu conjunto uma comorbilidade onde pode assentar uma incapacidade física mas que pode ter repercussões psíquicas e sociais.

Como afirma Rodrigues, (2009; p.87) *a abordagem da comorbilidade decorrente do envelhecimento considera que o estado de saúde das pessoas idosas é condicionado em grande medida por um acumular de disfunções biológicas dos múltiplos sistemas, coadjuvado por outros determinantes de saúde*; continuando mais adiante, dizendo que *o conhecimento dos determinantes da mudança do estado de saúde física ao longo do tempo é de elevada importância para a adequação dos cuidados de saúde focalizados no âmbito da promoção da saúde, em particular na população adulta idosa*, havendo pois necessidade de realizar estudos abrangentes em que a dimensão física é também fundamental.

Os determinantes implicados na saúde, na perspetiva abrangente da definição da OMS (completo bem estar físico, mental e social) interagem entre si, formando uma complexa teia indissociável, que vai influenciar as três dimensões supracitadas. Assim os determinantes com mais implicações na saúde física, influenciam também a componente psíquica e a social, assim como cada uma destas últimas influenciará as restantes. Entre os determinantes que influenciam o binómio saúde – doença podem-se citar a cultura, o ambiente social, a educação/formação, a acessibilidade aos serviços de saúde e social, e as condições socioeconómicas entre outras.

As crenças em saúde/doença e as atitudes face a uma doença são também determinantes importantes que podem influenciar comportamentos face ao binómio saúde/doença.

A aderência a prescrições, sejam elas medicamentosas, dietéticas ou outras, é também uma condicionante em saúde que depende não só de uma boa relação Profissional de saúde/social – Utente/família, mas também da auto percepção do estado de saúde que estes últimos possuem.

Vários fatores como sejam a presença de patologias crónico-degenerativas e/ou incapacitantes, o isolamento/solidão, a rede social estabelecida, sua manutenção e coesão (que vai permitir um suporte social quando necessário), e as capacidades adaptativas não só a doenças mas também a situações que vão surgindo ao longo da vida, podem, entre outros fatores não citados, influenciar a auto percepção do estado de saúde de um indivíduo, bem como a sua tomada de decisão em saúde.

Namkee (2003), citado por Pimenta, Amaral, Torres e Rezende (2010), estudou 12652 aposentados com idades entre os 51-61 anos, em que demonstrou uma relação entre uma autopercepção de saúde má e o declínio funcional. Levy (2002) citado por Pimenta *et al.* (2010) chegou a uma conclusão semelhante.

O desequilíbrio do binómio saúde-doença em direção à doença é um fenómeno complexo, multifatorial, em que os fatores internos e externos ao indivíduo se podem conjugar, dificultando os mecanismos de compensação e expondo mais facilmente o indivíduo a situações de risco e a maiores constrangimentos podendo ser um obstáculo a uma recuperação/adaptação a novas situações adversas.

Qualquer mudança é sempre acompanhada de novas exigências e adaptações, produzindo agitação e alguma desordem que dever desaparecer atempadamente, em prol de uma ordem que melhore a saúde.

Por isso a transição de uma etapa da vida para outra exige sempre uma adaptação que quando insuficiente, pode não repor no indivíduo e/ou coletividade a ordem necessária a um novo equilíbrio entre saúde/doença.

Quanto mais instabilidade houver neste equilíbrio mais facilmente se quebra a harmonia do indivíduo com o seu meio interno e externo que pode conduzir a mais doença, se não houver uma intervenção adequada, pois, apesar da grande capacidade adaptativa a mudanças que todo o ser humano possui e ou desenvolve dentro de si e no meio ambiente, surgem situações que podem exceder esta capacidade. À medida que o indivíduo vai envelhecendo as situações surgem com maior frequência e com maior intensidade, esgotando lentamente esta capacidade de adaptação a novos eventos tornando, assim, o indivíduo mais frágil e quase esgotando as suas reservas de responder a adversidades.

Tal como a cultura hoje já não é vista como uma unidade estanque de valores, crenças e normas, mas sim como a expressão humana frente a uma realidade de um mundo em permanente transformação, também a doença é vista como um processo sócio cultural sequencial de eventos, em que o indivíduo como ser consciente que percebe e age, balança entre a percepção e a ação através do reconhecimento do estado de doença (através de sinais e sintomas que alertam o indivíduo para que algo vai mal com a sua saúde), o diagnóstico e decisão terapêutica e a avaliação/*follow-up*.

A doença pode representar uma ameaça à vida, obrigando o indivíduo a agir, mas também (sobretudo na doença crónica), pode haver uma adaptação gradual à doença, não reconhecendo o indivíduo como sinais de alerta, os sinais e sintomas que apresenta.

Dependendo do indivíduo e do contexto sócio cultural onde se insere, a doença pode ser sentida como um desconforto (de carácter eminentemente subjetivo e correspondendo à língua anglo-saxónica ao *illness*), ou pode ser observada, de forma objetiva, como uma ameaça orgânica real (traduzido na língua anglo-saxónica por *disease*).

A doença como processo biológico, não acontece isoladamente, podendo estar-lhe subjacentes fatores sócio culturais tais como enfraquecimento do tecido social ou da relação do indivíduo com o meio interno e/ou externo, que vão assim influenciar a sua saúde física.

As pessoas que sofrem de doenças crónicas podem sofrer um primeiro impacto com o reconhecimento de um estado de doença, mas após este, têm capacidades de resiliência que lhes permite continuar com um desenvolvimento positivo conducente a uma auto-eficácia perante a vida.

Nestas situações os profissionais de saúde podem ter uma contribuição significativa na estimulação da resiliência dos utentes, devendo também fazer uma prévia avaliação do seu estado de saúde.

O Older Americans Resources and Services e a Pontuação de Incapacidade Funcional

Older Americans Resources and Services (OARS)

A escala *Older Americans Resources and Services Program* (OARS) foi desenvolvida desde 1971 pelo *Center for Study of Aging and Human Development da Duke University* nos EUA. Foi, em 1999, traduzido para português e validado para uma população portuguesa por Rodrigues. Foi utilizada em diversos contextos sociais, mas sempre tendo como população alvo os idosos, sem que, com a avaliação dos resultados e, comparado com os de outras escalas, houvesse necessidade de fazer grandes alterações.

O modelo conceptual do QAFMI/OARS inclui 3 componentes (Rodrigues, 2009, p.173):

- *Avaliação da capacidade funcional, em cinco áreas, classificando o indivíduo em escalas cujas pontuações definem funcionamentos equivalentes;*
- *Medição da utilização e necessidade de serviços, definindo o uso actual e a necessidade sentida;*
- *Avaliação das alternativas de serviços a implementar com base na capacidade funcional;*

Segundo Rodrigues (2009, p.177) a avaliação na área da saúde física (objetivo deste capítulo) inclui: uso de medicamentos prescritos, presença de patologias (particularmente as crónicas e a forma como interferem nas atividades diárias) e a autoavaliação da saúde física. Segundo Rodrigues (2009, p.177), citando Whitelaw e Liang (1991), as três dimensões supracitadas (*doença crónica, incapacidade funcional e auto avaliação de saúde*) bem como a relação que estabelecem entre si são o ponto central de qualquer modelo de avaliação da saúde física em idosos. Aqui é classificada segundo os seguintes critérios, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - *Critérios de classificação na área da saúde física segundo modelo QAFMI/OARS*

Saúde Física	Critérios de classificação
1 - Excelente	Ocupa-se de atividades físicas vigorosas, regularmente ou pelo menos de vez em quando.
2 - Boa	Insignificantes doenças ou incapacidades. Apenas requer cuidados médicos de rotina como <i>avaliação (check up) anual.</i>
3 - Limitação pequena	Tem uma ou mais doenças que podem beneficiar de tratamento médico ou de medidas <i>corretivas.</i>
4 - Limitação moderada	Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são dolorosas ou requerem considerável <i>tratamento médico.</i>
5 - Limitação grave	Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são fortemente dolorosas ou ameaçam a <i>sua vida, ou que requerem amplo tratamento médico.</i>
6 - Limitação total	Acamado e requer permanente assistência médica ou cuidados de enfermagem para <i>manter as funções vitais do organismo.</i>

Pontuação de incapacidade funcional (PIF)

A PIF consiste numa emissão de juízo quantitativo com atribuição de uma pontuação pelo entrevistador que tem por base toda a informação recolhida pelo entrevistado em função de parâmetros definidos em cada uma das áreas da escala: recursos sociais; recursos económicos, saúde mental, saúde física, atividades de vida diária. É facilitada por um conjunto de questões que são dirigidas àquele.

A pontuação de incapacidade funcional na área da saúde física é efetuada pelo entrevistador numa escala com os seguintes gradientes de saúde física: “muito boa”, “boa”, “ligeiramente insatisfatória”, “moderadamente insatisfatória”, “fortemente insatisfatória”, “totalmente insatisfatória”.

Resultados

Foram avaliados 1153 idosos (com 75 ou mais anos) a viver numa comunidade, sendo, 36,6% do sexo masculino e 63,4% do sexo feminino, como seria de esperar.

O grupo maioritário tinha idades compreendidas entre os 75-84 (n=814; 70,6%) havendo só 24,9% (n=339) dos inquiridos com idade igual ou superior a 85 anos.

A maior parte (76,1%) dos inquiridos eram casados; 20,6% eram viúvos, porém em relação ao estado civil verificaram-se diferenças significativas ($p < 0,001$) entre género e grupo etário. Assim 10,1 % das mulheres eram solteiras enquanto nos homens apenas 1,4 % o eram, verificando-se a maior percentagem entre os mais velhos. A viuvez era o estado civil que tinha percentagem mais elevada em mulheres (52,5%) do que em homens (20,6%), encontrando-se a sua maior expressividade, como seria de esperar, no grupo etário de 85 ou mais anos.

O grau de escolaridade de uma forma geral é baixo tendo 53,6% dos inquiridos o ensino básico primário ou menos; 19,7% eram mesmo analfabetos. De salientar que havia uma maior percentagem de analfabetos entre as mulheres e o grupo etário mais velho, chegando mesmo a haver diferenças significativas entre género ($p < 0,001$) e entre grupos etários ($p < 0,001$), conforme Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização geral da amostra nas variáveis sociodemográficas por grupo etário e sexo

Variáveis sociodemográficas	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total	
	M		F		Total		M		F		Total		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo	320	39,3	494	60,7	814	70,6	102	30,1	237	69,9	339	29,4	1153	100,0
Estado civil														
Solteiro	4	1,3	42	8,5	46	5,7	2	2,0	32	13,5	34	10,0	80	6,9
Casado	259	80,9	221	44,7	480	59,0	62	60,8	27	11,4	89	26,3	569	49,3
Viúvo	51	15,9	214	43,3	265	32,6	36	35,3	170	71,7	206	60,8	471	40,8
Divorciado/separado	6	1,9	17	3,4	23	2,8	2	2,0	8	3,4	10	2,9	33	2,9
NS/NR	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	320	100	494	100	814	100	102	100	237	100	339	100	1153	100
Habilitações literárias														
Não sabe ler nem escrever	24	7,5	103	20,9	127	15,6	13	12,7	87	36,7	100	29,5	227	19,7
Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino	10	3,1	37	7,5	47	5,8	3	2,9	18	7,6	21	6,2	68	5,9
Ensino básico primário	171	53,4	247	50,0	418	51,4	46	45,1	86	36,3	132	38,9	550	47,7
Ensino básico preparatório	27	8,4	31	6,3	58	7,1	12	11,8	6	2,5	18	5,3	76	6,6
Ensino secundário	26	8,1	25	5,1	51	6,3	10	9,8	16	6,8	26	7,7	77	6,7
Ensino médio	35	10,9	22	4,5	57	7,0	5	4,9	8	3,4	13	3,8	70	6,1
Ensino superior	27	8,4	29	5,9	56	6,9	13	12,7	15	6,3	28	8,3	84	7,3
NS/NR	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	0,3	1	0,1
Total	320	100	494	100	814	100	102	100	237	100	339	100	1153	100

A maior parte dos inquiridos perceciona a sua saúde física como “regular” (53,5% ou “boa”) e “muito boa” (24,8%). Apenas 16,8% a perceciona como “má”, sendo esta avaliação mais pessimista nas mulheres e em percentagem ligeiramente superior no grupo etário mais velho (Tabela 3).

No entanto, comparando com o seu estado de saúde de há 5 anos atrás 67,5% dos inquiridos diz que este piorou, sendo esta percentagem maior no grupo mais idoso e nas mulheres (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição segundo a autoavaliação de saúde física

Autoavaliação de saúde física	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total	
	M		F		Total		M		F		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Atual														
Muito Boa	18	5,6	8	1,6	26	3,2	3	2,9	1	0,4	4	1,2	30	2,6
Boa	97	30,3	99	20,0	196	24,1	23	22,5	37	15,6	60	17,7	256	22,2
Regular	159	49,7	279	56,5	438	53,8	51	50,0	128	54,0	179	52,8	617	53,5
Má	39	12,2	90	18,2	129	15,8	13	12,7	52	21,9	65	19,2	194	16,8
NS/NR	7	2,2	18	3,6	25	3,1	12	11,8	19	8,0	31	9,1	56	4,9
Total	320	100	494	100	814	100	102	100	237	100	339	100	1153	100
Comparado com há cinco anos														
Melhor	4	1,3	3	0,6	7	0,9	1	1,0	0	0,0	1	0,3	8	0,7
Igual	141	44,1	105	21,3	246	30,2	28	27,5	36	15,2	64	18,9	310	26,9
Pior	167	52,2	368	74,5	535	65,7	63	61,8	180	75,9	243	71,7	778	67,5
NS/NR	8	2,5	18	3,6	26	3,2	10	9,8	21	8,9	31	9,1	57	4,9
Total	320	100	494	100	814	100	102	100	237	100	339	100	1153	100

Na avaliação subjetiva feita pelos entrevistadores (PIF) não foram encontradas diferenças significativas em relação à autoavaliação, embora a percentagem dos que têm a saúde “boa” ou “muito boa” seja ligeiramente maior (39,2%). Na PIF são também os homens que em maior percentagem (47,6%) têm a saúde “boa” ou “muito boa”. Em apenas 7,1% é que os inquiridores classificam a saúde dos inquiridos como “fortemente insatisfatória”, “totalmente insatisfatória”, sendo esta percentagem igual (7,1%) para as mulheres e para os homens. Em relação aos grupos etários esta última classificação é, como seria de esperar, mais alta no grupo etário mais idoso (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição segundo a PIF na área de saúde física

PIF na área de saúde física	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total	
	M		F		Total		M		F		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito Boa	75	23,4	82	16,6	157	19,3	7	6,9	5	2,1	12	3,5	169	14,7
Boa	99	30,9	119	24,1	218	26,8	20	19,6	44	18,6	64	18,9	282	24,5
Ligeiramente Insatisfatórios	74	23,1	166	33,6	240	29,5	38	37,3	72	30,4	110	32,4	350	30,4
Moderadamente insatisfatórios	56	17,5	101	20,4	157	19,3	23	22,5	90	38,0	113	33,3	270	23,4
Fortemente Insatisfatórios	10	3,1	17	3,4	27	3,3	3	2,9	18	7,6	21	6,2	48	4,2
Totalmente Insatisfatórios	6	1,9	9	1,8	15	1,8	11	10,8	8	3,4	19	5,6	34	2,9
Total	320	100	494	100	814	100	102	100	237	100	339	100	1153	100

Na escala QAFMI/OARS 54,2% apresenta “limitação moderada”. Com “limitação total” ou “grave” há 45,6%, sendo que a percentagem é maior no grupo etário mais velho. Não foi encontrada qualquer diferença estatisticamente significativa quando a análise se centra no estudo comparativo entre sexos para o grupo etário mais idoso (Tabela 5).

Tabela 5 - *Distribuição segundo a classificação do modelo QAFMI/OARS na área de saúde física*

Pontuação em saúde física	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total	
	M		F		Total		M		F		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Excelente	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Boa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Limitação pequena	1	0,3	2	0,4	3	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,3
Limitação moderada	198	61,9	282	57,1	480	59,0	52	51,0	93	39,2	145	42,8	625	54,2
Limitação grave	95	29,7	146	29,6	241	29,6	24	23,5	54	22,8	78	23,0	319	27,7
Limitação total	26	8,1	64	13,0	90	11,1	26	25,5	90	38,0	116	34,2	206	17,9
Total	320	100	494	100	814	100	102	100	237	100	339	100	1153	100

De uma forma geral, e numa análise superficial, para os valores do total da amostra, a classificação segundo o modelo OARS, baixa aproximadamente dois pontos na escala de classificação quando comparada com a pontuação atribuída pelo entrevistador (PIF). Afasta-se, também um pouco, da autoavaliação efetuada pelos inquiridos, em que estes classificam melhor a sua saúde física.

A diferença aqui verificada, na classificação entre grupos etários, deve-se a uma pior pontuação observada no grupo etário de 85 e mais anos, comparativamente à efetuada pelo entrevistador, tendo, aparentemente, o modelo QAFMI/OARS, uma análise em que não interferem os fatores pessoais do inquirido e do entrevistador, que introduzem uma maior subjetividade e menor valorização de incapacidades associadas, social e culturalmente.

Para o total da amostra as classificações da PIF e do modelo QAFMI/OARS, são apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6 - *Distribuição das classificações segundo a PIF e o modelo QAFMI/OARS*

Classificações	Muito Boa ou Excelente	Boa	Ligeiramente insatisfatória ou Limitação pequena	Moderadamente insatisfatória ou Limitação moderada	Fortemente insatisfatória ou Limitação grave	Totalmente insatisfatória ou Limitação total
	%	%	%	%	%	%
PIF	14,7	24,5	30,4	23,4	4,2	2,9
QAFMI/OARS	-	-	0,3	54,2	27,7	17,9

As patologias referidas por maior número de inquiridos foram as cardiovasculares (HTA - 51,6% e problemas cardíacos - 39,2%), as doenças reumáticas (49,5%) e a diabetes (39,2%) mas enquanto a hipertensão e a diabetes têm maior expressão no grupo etário mais jovem o reumatismo e os problemas cardíacos têm maior expressão no grupo etário mais idoso.

Das restantes entidades nosológicas citadas e com percentagem maior do que 9% há ainda a referir os problemas circulatórios dos membros inferiores e doenças da tiroide e de outras glândulas (Tabela 7). No género são as mulheres as que apresentam em maior percentagem queixas de reumatismo.

Tabela 7 - Distribuição dos inquiridos por frequência das doenças referidas

Doenças referidas	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total	
	M		F		Total		M		F		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hipertensão	172	53,8	278	56,3	450	55,3	40	39,2	105	44,3	145	42,8	595	51,6
Artrite ou reumatismo	98	30,6	277	56,1	375	46,1	40	39,2	156	65,8	196	57,8	571	49,5
Problemas cardíacos	113	35,3	183	37,0	296	36,4	48	47,1	108	45,6	156	46,0	452	39,2
Diabetes	70	21,9	106	21,5	176	21,6	15	14,7	25	10,5	40	11,8	216	18,7
Problemas circulatórios dos membros	26	8,1	64	13,0	90	11,1	8	7,8	39	16,5	47	13,9	137	11,9
Doença da tiróide ou outras glândulas	59	18,4	30	6,1	89	10,9	9	8,8	11	4,6	20	5,9	109	9,5
Consequências de A.V.C.	23	7,2	28	5,7	51	6,3	9	8,8	11	4,6	20	5,9	71	6,2
Glaucoma	14	4,4	34	6,9	48	5,9	7	6,9	11	4,6	18	5,3	66	5,7
Úlceras (sistema digestivo)	17	5,3	31	6,3	48	5,9	6	5,9	10	4,2	16	4,7	64	5,6
Enfisema ou bronquite crónica	17	5,3	23	4,7	40	4,9	4	3,9	5	2,1	9	2,7	49	4,2
Doenças da pele (úlceras/escaras, queimaduras...)	11	3,4	16	3,2	27	3,3	3	2,9	11	4,6	14	4,1	41	3,6
Cancro ou leucemia	9	2,8	20	4,0	29	3,6	1	1,0	7	3,0	8	2,4	37	3,2
Anemia	6	1,9	14	2,8	20	2,5	4	3,9	10	4,2	14	4,1	34	2,9
Doenças de Parkinson	6	1,9	12	2,4	18	2,2	0	0,0	4	1,7	4	1,2	22	1,9
Doenças dos rins	10	3,1	6	1,2	16	2,0	3	2,9	2	0,8	5	1,5	21	1,8
Asma	5	1,6	6	1,2	11	1,4	1	1,0	6	2,5	7	2,1	18	1,6
Outras doenças do sistema urinário	4	1,3	8	1,6	12	1,5	4	3,9	1	0,4	5	1,5	17	1,5
Tuberculose	5	1,6	3	0,6	8	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	0,7
Doenças do fígado	1	0,3	3	0,6	4	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,3
Epilepsia	2	0,6	1	0,2	3	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,3
Problemas da fala	1	0,3	2	0,4	3	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,3
Consequências da poliomielite	0	0,0	2	0,4	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2
Esclerose múltipla	0	0,0	1	0,2	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Total	320	100	494	100	814	100	102	100	237	100	339	100	1153	100

O reumatismo é referido em maior percentagem (58,8%) pelos inquiridos, como um grupo de patologias limitante das suas atividades; os outros mais referidos são a diabetes (24,5 %) e problemas cardíacos (21,9%) e a HTA.

Curiosamente os medicamentos mais referidos pelos inquiridos como usuais e portanto com tomas regulares, não são os específicos para as patologias supracitadas mas sim tranquilizantes/ansiolíticos/hipnóticos (61,8%) e outros necessários às dores reumáticas (25,5%), parecendo, assim, que os antidiabéticos e os anti hipertensores fazem parte do seu quotidiano, não sendo, talvez por isso, os que em maior percentagem são mencionados (Tabela 8).

Tabela 8 - *Distribuição do consumo de medicamentos segundo a sua finalidade para o total da amostra*

Medicação	n	%
Tranquilizantes ou medicamentos para os nervos	228	19,8
Medicamentos para dormir (uma vez por semana ou mais)	479	41,5
Para a dor (distintos dos anteriores)	294	25,5
Diuréticos	228	19,8
Corticosteróides	26	2,3
Antibióticos	33	2,9

Foi também referido respetivamente por 67,0 %, e 56,6% dos inquiridos que a diabetes e a HTA pouco interferem como limitantes de atividades (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição segundo as doenças referidas, grau de limitação que estas provocam nas atividades e consumo de medicamentos com elas relacionados

Doenças referidas	Frequência		Interferência nas atividades						Receita de medicamentos	
			Nada		Pouco		Muito		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hipertensão	595	51,6	230	38,7	337	56,6	28	4,7	777	67,4
Artrite ou reumatismo	571	49,5	9	1,6	226	39,6	336	58,8	116	10,1
Problemas cardíacos	452	39,2	50	11,1	303	67,0	99	21,9	793	68,8
Diabetes	216	18,7	35	16,2	128	59,3	53	24,5	265	23,0
Problemas circulatórios dos membros	137	11,9	8	5,8	81	59,1	48	35,0	177	15,4
Doença da tiróide ou outras glândulas	109	9,5	33	30,3	52	47,7	24	22,0	55	4,8
Consequências de A.V.C.	71	6,2	1	1,4	18	25,4	52	73,2		
Glaucoma	66	5,7	3	4,5	33	50,0	30	45,5		
Úlceras (sistema digestivo)	64	5,6	4	6,3	45	70,3	15	23,4	221	19,2
Enfisema ou bronquite crónica	49	4,2	4	8,2	23	46,9	22	44,9		
Doenças da pele (úlceras/escaras, queimaduras...)	41	3,6	0	0,0	23	56,1	18	43,9		
Cancro ou leucemia	37	3,2	5	13,5	16	43,2	16	43,2		
Anemia	34	2,9	8	23,5	19	55,9	7	20,6		
Doenças de Parkinson	22	1,9	0	0,0	6	27,3	16	72,7		
Doenças dos rins	21	1,8	1	4,8	10	47,6	10	47,6		
Asma	18	1,6	0	0,0	9	50,0	9	50,0		
Outras doenças do sistema urinário	17	1,5	0	0,0	9	52,9	8	47,1		
Tuberculose	8	0,7	2	25,0	6	75,0	0	0,0		
Doenças do fígado	4	0,3	1	25,0	3	75,0	0	0,0		
Epilepsia	3	0,3	1	33,3	1	33,3	1	33,3	2	0,2
Problemas da fala	3	0,3	1	33,3	2	66,7	0	0,0		
Consequências da poliomielite	2	0,2	1	50,0	1	50,0	0	0,0		
Esclerose múltipla	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	100,0		
Paralisia cerebral	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Distrofia muscular	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		

As doenças de pele (úlceras varicosas, de pressão e outras) parecem ser para muitos dos participantes (43,9%) muito limitantes, bem como as consequências do Acidente Vascular Cerebral (AVC) (73,2%), doença de parkinson/parkinsonismo (72,7%), doenças do aparelho urinário (47,1%) e doenças do aparelho respiratório (asma/bronquite crónica (Tabela 9).

A dificuldade de visão e de audição, tão apanágio de um envelhecimento fisiológico, para o idoso não parece ser uma questão preocupante que mereça ser mencionada. As ajudas técnicas (óculos e/ou próteses auditivas) que podem compensar os possíveis constrangimentos que este grupo de patologias pode induzir ou, o baixo grau de literacia que faz com que por exemplo a diminuição da acuidade visual não seja tão perturbadora de atividades desenvolvidas pelos idosos podem estar na base do não reconhecimento de patologias dos órgãos dos sentidos como limitantes de atividades desenvolvidas por estes idosos.

Efetivamente só 30,4% dos inquiridos é que referiu ter “boa” ou “muito boa” visão; 37,4% disse que esta é “regular” e 24,8% disse ser “má”. A perceção da visão parece ser ligeiramente pior no grupo etário mais velho (Tabela 10).

Tabela 10 - *Distribuição segundo o estado de visão*

Visão	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total	
	M		F		Total		M		F		Total		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito boa	24	7,5	18	3,6	42	5,2	4	3,9	3	1,3	7	2,1	49	4,2
Boa	124	38,8	148	30,0	272	33,4	25	24,5	51	21,5	76	22,4	348	30,2
Regular	117	36,6	186	37,7	303	37,2	40	39,2	88	37,1	128	37,8	431	37,4
Mal	52	16,3	128	25,9	180	22,1	26	25,5	80	33,8	106	31,3	286	24,8
Está cego	0	0,0	6	1,2	6	0,7	3	2,9	3	1,3	6	1,8	12	1,0
NS/NR	3	0,9	8	1,6	11	1,4	4	3,9	12	5,1	16	4,7	27	2,3
Total	320	100	494	100	814	100	102	100	237	100	339	100	1153	100

Já na autoavaliação da audição há uma maior percentagem de indivíduos do grupo etário mais velho a afirmar que esta é “má” (Tabela 11).

Tabela 11 - *Distribuição segundo o estado de audição*

Audição	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos							
	M		F		Total		M		F		Total		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito boa	39	12,2	83	16,8	122	15,0	6	5,9	11	4,6	17	5,0	139	12,1
Boa	103	32,2	148	30,0	251	30,8	18	17,6	46	19,4	64	18,9	315	27,3
Regular	98	30,6	156	31,6	254	31,2	36	35,3	67	28,3	103	30,4	357	31,0
Mal	77	24,1	97	19,6	174	21,4	39	38,2	96	40,5	135	39,8	309	26,8
Está surdo	0	0,0	2	0,4	2	0,2	0	0,0	5	2,1	5	1,5	7	0,6
NS/NR	3	0,9	8	1,6	11	1,4	3	2,9	12	5,1	15	4,4	26	2,3
Total	320	100	494	100	814	100	102	100	237	100	339	100	1153	100

Alguns dos inquiridos referem a necessidade de ajudas técnicas, sendo as mais citadas as próteses dentárias (59,9%) e a bengala/tripé (24,3%). Apenas 5,6% referiu as próteses auriculares e 5,1% a cadeira de rodas. Em ambos os grupos etários são estas as ajudas técnicas mais referenciadas, porém há diferenças no que diz respeito ao uso de bengala/ tripé e de cadeiras de rodas, sendo o grupo etário mais idoso que em maior percentagem, diz utilizá-las (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de ajuda técnica

Ajuda técnica	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total	
	M		F		Total		M		F		Total		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Outros (por ex. dentadura)														
Utilizam	162	50,6	338	68,4	500	61,4	56	54,9	135	57	191	56,3	691	59,9
Necessitam*	8	2,5	32	6,5	40	4,9	3	2,9	15	6,3	18	5,3	58	5,0
Bengala ou tripé														
Utilizam	47	14,7	97	19,6	144	17,7	31	30,4	105	44,3	136	40,1	280	24,3
Necessitam*	0	0,0	3	0,6	3	0,4	0	0,0	2	0,8	2	0,6	5	0,4
Prótese auricular														
Utilizam	23	7,2	20	4,0	43	5,3	10	9,8	12	5,1	22	6,5	65	5,6
Necessitam*	10	3,1	13	2,6	23	2,8	5	4,9	5	2,1	10	2,9	33	2,9
Cadeira de Rodas														
Utilizam	13	4,1	11	2,2	24	2,9	9	8,8	26	11	35	10,3	59	5,1
Necessitam*	3	0,9	6	1,2	9	1,1	3	2,9	6	2,5	9	2,7	18	1,6
Muletas														
Utilizam	9	2,8	27	5,5	36	4,4	3	2,9	15	6,3	18	5,3	54	4,7
Necessitam*	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,8	2	0,5	2	0,2
Ortótese (membros inferiores)														
Utilizam	12	3,8	13	2,6	25	3,1	0	0,0	3	1,3	3	0,9	28	2,4
Necessitam*	1	0,3	2	0,4	3	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,3
Sonda vesical														
Utilizam	2	0,6	1	0,2	3	0,4	6	5,9	2	0,8	8	2,4	11	1,0
Necessitam*	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Membro artificial														
Utilizam	1	0,3	1	0,2	2	0,2	0	0,0	1	0,4	1	0,3	3	0,3
Necessitam*	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Diálise														
Utilizam	2	0,6	0	0,0	2	0,2	1	1,0	1	0,4	2	0,6	4	0,3
Necessitam*	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Equipamento de colostomia														
Utilizam	2	0,6	0	0,0	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2
Necessitam*	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

*Para além do que já utilizam

De salientar que em ambos os grupos etários, acima de 90% dos inquiridos refere não ter incapacidade física. A percentagem de indivíduos inquiridos com incapacidade, ainda que parcial, sobe ligeiramente no grupo etário com 85 ou mais anos (Tabela 13).

Tabela 13 - *Distribuição segundo a existência de alguma incapacidade física*

Incapacidade física	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total	
	M		F		Total		M		F		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não	295	92,2	461	93,3	756	92,9	89	87,3	217	91,6	306	90,3	1062	92,1
Paralisia total	3	0,9	0	0,0	3	0,4	4	3,9	0	0,0	4	1,2	7	0,6
Paralisia parcial	10	3,1	11	2,2	21	2,6	2	2,0	9	3,8	11	3,2	32	2,8
Falta de membro/função	7	2,2	7	1,4	14	1,7	3	2,9	5	2,1	8	2,4	22	1,9
Fratura óssea	5	1,6	15	3,0	20	2,5	4	3,9	5	2,1	9	2,7	29	2,5
NS/NR	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	0,3	1	0,1
Total	320	100	494	100	814	100	102	100	237	100	339	100	1153	100

A maior parte dos inquiridos não pratica atividade física, sendo esta percentagem bastante maior (83,2 %) no grupo etário mais idoso (Tabela 14) e nas mulheres (75,1%).

Tabela 14 - *Distribuição segundo a prática de atividade física*

Prática atividade física	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total	
	M		F		Total		M		F		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	182	56,9	152	30,8	334	41,0	29	28,4	25	10,5	54	15,9	388	33,7
Não	137	42,8	339	68,6	476	58,5	72	70,6	210	88,6	282	83,2	758	65,7
NS/NR	1	0,3	3	0,6	4	0,5	1	1,0	2	0,8	3	0,9	7	0,6
Total	320	100	494	100	814	100	102	100	237	100	339	100	1153	100

A maior parte dos inquiridos (4,9%) não “esteve internado”, apesar de 32,3% ter estado doente. No entanto 89,5% visitou o médico. Curiosamente e contrariando um pouco a literatura são os homens que em maior percentagem referem ter sido vistos por um médico, apesar de em menor percentagem, referirem ter estado internados ou ter estado doente. É também o grupo etário mais idoso que refere em menor percentagem ter sido

“visto pelo médico”, mas é este grupo que em maior número diz ter estado doente ou internado (Tabela 15).

Tabela 15 - *Distribuição segundo a frequência de ter sido visto pelo médico, estar doente, estar internado e necessitar de mais cuidados médicos*

Visto pelo médico, esteve doente ou esteve internado	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total	
	M		F		Total		M		F		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Visto pelo médico	288	90,0	455	92,1	743	91,3	92	90,2	197	83,1	289	85,3	1032	89,5
Esteve doente	75	23,4	156	31,6	231	28,4	37	36,3	104	43,9	141	41,6	372	32,3
Esteve internado	38	11,9	77	15,6	115	14,1	17	16,7	42	17,7	59	17,4	174	15,1
Esteve internado (noutra instituição)	3	0,9	7	1,4	10	1,2	0	0,0	1	0,4	1	0,3	11	1,0
Necessita de mais cuidados/tratamentos médicos														
Sim	49	15,3	93	18,8	142	17,4	17	16,7	32	13,5	49	14,5	191	16,6
Não	270	84,4	394	79,8	664	81,6	79	77,5	184	77,6	263	77,6	927	80,4
NS/NR	1	0,3	7	1,4	8	1,0	6	5,9	21	8,9	27	8,0	35	3,0
Total	320	100	494	100	814	100	102	100	237	100	339	100	1153	100

80,4% dos inquiridos disse não necessitar de mais cuidados médicos, sendo ligeiramente maior esta percentagem no género feminino, embora não haja diferenças significativas entre grupos etários e entre géneros (Tabela 15).

Discussão

Com o envelhecimento da população e consequentemente o aumento proporcional de idosos, torna-se urgente fazer uma avaliação objetiva dos idosos na comunidade para que se possa fazer um bom planeamento de intervenções a efetuar junto desta população e simultaneamente fazer-se uma boa gestão de recursos.

A avaliação de uma população idosa deve ser feita de forma compreensiva, englobando diversas componentes da sua saúde que se influenciam entre si. Para tal é fundamental haver instrumentos que de forma objetiva possam medir o estado de saúde dessa população, se aproxime o mais possível de uma autoavaliação efetuada pelo próprio idoso mas sobretudo não esqueça necessidades sentidas pelo mesmo. É o que se procura obter com a QAFMI/OARS e a PIF.

Nesta investigação e no que respeita à saúde física a população estudada apesar de ter idade igual ou superior a 75 anos tem uma saúde física “razoável” a “boa”, quer quando auto percebida quer quando mais objetivamente obtida, através do modelo QAFMI/OARS e da PIF. Parece, assim, corroborar-se a ideia de que os conceitos de idoso e velho se vão distanciando entre si e também daqueles que existiam no início da segunda metade do século XX e que por vezes ainda perdura em estereótipos que prejudicam a nova imagem social do idoso. Hoje um *idoso jovem* apresenta-se, de forma geral, com uma funcionalidade que lhe permite ser útil a uma sociedade, participando ativamente na sua evolução.

Muitas das patologias referidas pelos idosos inquiridos são patologias crónico-degenerativas com possibilidades de prevenção. Se em algumas situações não puder ser evitado o seu aparecimento, pelo menos podem-se evitar grande parte das suas complicações. Assim, estudos como estes devem ser efetuados em idosos ainda mais jovens, bem como outros que avaliem o estado de saúde e suas tendências a partir do adulto jovem. A educação para a saúde ao longo da vida pode mudar atitudes e comportamentos e consciencializar uma população para a necessidade de um envelhecimento ativo.

Algumas das doenças referidas pelos inquiridos são incapacitantes, nomeadamente as osteoarticulares e musculares, porém a maior parte desta população não praticava qualquer atividade física e, portanto não fazia a sua prevenção. Apesar disso, poucos necessitavam (ou pelo menos usavam) ajudas técnicas sendo a bengala e/ou o tripé as mais referidas.

A diminuição da acuidade visual e auditiva, tão apanágio de um envelhecimento individual, apesar de existir numa percentagem dos inquiridos não foi grandemente valorizada por eles, como situações incapacitantes. Como atrás já foi referido a possibilidade de recorrerem ao uso de óculos ou próteses auditivas bem como ao facto de provavelmente grande parte deles não exercerem profissões que exigem uma acuidade visual e auditiva boas, pode estar na origem de não avaliarem estas situações como muito incapacitantes.

Já as doenças de pele, os AVC outras doenças neurológicas e do aparelho respiratório (ex: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) o foram, bem como a incontinência urinária. Efetivamente, no caso desta última patologia outros estudos como o de Oliveira, Azeredo e Branco (2009) o referem, mesmo em mulheres bastante mais jovens, aumentado a prevalência da incontinência com a idade. Com o envelhecimento aumentam também os problemas relacionados com a próstata (Hipertrofia Benigna da Próstata e neoplasias) que podem conduzir a algum grau de incontinência nos homens.

O recurso a próteses dentárias também é relativamente alto, sendo pelos inquiridos consideradas como uma ajuda técnica necessária.

Apesar da idade dos inquiridos poucos foram os que estiveram internados, o que vem corroborar a sua auto percepção de saúde e a necessidade do *follow-up* desta população em cuidados de saúde primários (CSP). Efetivamente, grande parte dos inquiridos foi observada por médicos, não havendo referência a outros profissionais de CSP que certamente também os contactaram. Curiosamente foram os homens que em maior percentagem foram vistos, contrariando, desta forma, a literatura que refere haver uma maior percentagem de mulheres a frequentar consultas de Medicina Familiar. Neste estudo foram as mulheres que mais sofreram internamentos o que não surpreende, pois também são elas que se encontram em maior número no grupo mais idoso.

A maioria (80,4%) parece estar satisfeita com os cuidados médicos que recebe pois diz não necessitar de mais cuidados médicos, o que vem ao encontro da sua auto percepção de saúde e da avaliação da mesma pelo modelo QAFMI/OARS e pela PIF.

Conclusões

Desta avaliação e no que diz respeito à área da saúde física parece ressaltar a ideia de que as patologias mas referidas não são, necessariamente aquelas que mais interferem (com exceção do reumatismo), na capacidade funcional do indivíduo.

O facto de grande parte das doenças serem crónico-degenerativas, e portanto instalarem-se e progredirem de forma insidiosa, pode desenvolver no indivíduo capacidades de adaptação, nomeadamente recorrendo a ajudas técnicas quando assim for necessário, que permitam minimizar (ou adiar) os seus efeitos.

Numa avaliação global a saúde física dos inquiridos é “razoável” a “boa”, piorando um pouco no grupo etário mais idoso.

O modelo de pontuação QAFMI/OARS avalia o estado de saúde física dos inquiridos de forma um pouco mais baixa, mas também é uma classificação mais objetiva, em que quer a subjetividade do inquirido quer a do avaliador (PIF) estão mais diluídas.

Orientações para a Intervenção

Atendendo a que a população de idosos e grandes idosos vai continuar a aumentar, assim como a longevidade o que vai implicar, maior percentagem de idosos pré-fragilizados e fragilizados, bem como de idosos doentes e/ou com incapacidades maiores, vai haver necessidade a muito curto prazo de identificar os idosos na comunidade a necessitar de cuidados e de qual o tipo de cuidados.

A deteção precoce de idosos pré-fragilizados (através de escalas apropriadas) seguida de intervenções que visem o retrocesso desta situação, irá adiar o aparecimento de incapacidades, o internamento do idoso em instituições ou mesmo a sua morte.

A avaliação global do idoso, integrando as diversas vertentes da saúde, como o QAFMI/OARS pretende, ser feita em todas as comunidades, para que se possa fazer um diagnóstico de situação do idoso a viver na comunidade e assim detetar precocemente idosos vulneráveis e idosos em risco. Estes exigem uma intervenção não só dirigida aos próprios, mas também à sua família (muitas vezes também ela idosa) e ao seu meio ambiente.

Uma intervenção no meio ambiente tornando-o mais facilitador da mobilidade do idoso, diminuindo risco de quedas e outros acidentes é fundamental para aumentar a sua independência e a sua autonomia, o que é muito importante numa sociedade em que os cuidadores vão escassear e o suporte na saúde e comunitário além de insuficiente pode-se tornar insustentável se as medidas preventivas não existirem com carácter de continuidade

Os idosos desta investigação quer de forma subjetiva quer de forma objetiva parecem, na sua maioria, possuir uma “boa” ou “razoável” saúde física, porém uma parte deles, sobretudo os grupos mais idosos, afirmam que nestes últimos cinco anos ela piorou. Este facto, pode estar relacionado não só com o avançar da idade, mas também com a deterioração das condições socioeconómicas que não se podem dissociar da saúde global de um indivíduo, pois têm implicações não só na nutrição, mas também na capacidade para usufruir de tratamentos adequados ou de utilizar ajudas técnicas que lhes permita continuar a ter boas condições físicas (próteses dentárias, óculos, aparelhos auditivos, entre outras). Muitas vezes estes gastos, aparentemente grandes, traduzem-se em benefícios importantes que podem diminuir custos a médio e longo prazo.

Uma outra questão que este estudo ressaltou e que já se vem a delinear a nível dos indicadores demográficos é o envelhecer no feminino, isto é, nos grupos mais velhos haver um predomínio franco de mulheres idosas, sendo elas também as que apresentam pior saúde física. São também elas as que apresentam maior taxa de iliteracia, devendo por isso merecer especial atenção não só dos serviços de saúde e sociais, mas também das autarquias.

Sendo também os grupos mais velhos aqueles que em maior número geralmente constituem famílias unitárias, há necessidade de criar equipas multidisciplinares a nível comunitário, a fim de prestar o devido suporte para que possam permanecer nos seus domicílios em condições de bem-estar e com qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

- Araújo, J., Ramos, E., & Lopes, C. (2011). Estilos de vida e percepção do estado de saúde em idosos portugueses de zonas rural e urbana. *Acta Médica Portuguesa*, 79-88.
- Azeredo, Z. (2011). *O Idoso como um todo...* Viseu: Psicosoma.
- Azeredo, Z., & Nogueira, A. (2012). A Educação para a saúde na tomada de decisão. In J. Alves, & N. A., *Decisão: percursos e contextos* (pp. 337-340). Porto: JSAMED, Medicina e Formação Lda.
- Gomes, J., Machado, A., & Cavadas, L. (2013). Perfil do hiperfrequentador nos Cuidados de Saúde Primários. *Acta Médica Portuguesa*, 26(1),17-23.
- Nogueira, A., & Azeredo, Z. (2012). Tomada de decisão na saúde e na doença: duas faces da mesma situação . In J. Alves, & A. Neto, *Decisão: percursos e contextos* (pp. 321-326). Porto: JSAMED, Medicina e Formação Lda.
- Oliveira, C., Azeredo, Z., & Branco, A. (2009). A face oculta da incontinência urinária na mulher: a propósito de um caso clínico. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, III, 225-229.
- Pimenta, F. A., Amaral, C. S., Torres, H. G., & Rezende, N. (2010). Autopercepção do estado de saúde em reformados e sua associação com o uso de serviços de saúde. *Acta Médica Portuguesa*, 101-106.
- Rodrigues, R. M. C. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Rodrigues, R. M. C. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional para idosos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23, 109-15.
- Rodrigues, R. M. C. (2009). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. Coimbra: Mar da Palavra.

CAPÍTULO 8

ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA

JOSÉ IGNACIO CALVO ARENILLAS

Universidad de Salamanca

Aspectos Demográficos de las Personas Mayores

Es un hecho evidente el creciente aumento de la población de las personas mayores.

El envejecimiento de la población europea en porcentajes de mayores de 65 años llega al 21,6% de la población en 2009 (Naciones Unidas, 2009), siendo a proyección hacia 2050 de un 27,5%; y, los mayores de 80 años son de un 3,6% alcanzando un 10% en el citado año 2050. En España, según la Organización Mundial de la Salud, había un 16,8% de personas mayores de 65 años, de 22,2% en 2009 y se proyecta al 30,8% en 2050. Con respecto a los mayores de 80 años pasa de un 4,2% en 2004 al 11,4% en 2050 (Instituto Nacional de Estadística, 2011). Se desprende que en el 2050 España tendrá la mayor tasa de población mayor del mundo, aproximadamente uno de cada tres personas será mayor de 65 años.

Con estas cifras poblacionales está claro que las necesidades de los mayores deben estar enfocadas a mantener el funcionamiento facilitando el intercambio activo con el entorno (Salgado, Guillén, Rabassa, & Santiago, 1986).

Envejecimiento

Son las modificaciones biológicas que acontecen con el paso de los años, las que llevan a pensar en los mecanismos íntimos que concurren para caracterizar al grupo de mayores. Desde los sucesos del envejecimiento celular debido a los cambios en los telómeros (Fossel, 1998; Moorhead & Hayflick, 1961) pasando por la alteración de la membrana celular (Zs-Nagy, 1979) y la mutación genética o “error catastrófico” (Strehler, 1986), hasta la oxidación mitocondrial (Miquel & Flemimg, 1986), son fenómenos que podrían explicar la disminución del rendimiento fisiológico y las alteraciones anatomopatológicas e histoquímicas que ocurren en órganos y sistemas. Además, estos fenómenos se caracterizan porque son comunes a todos los miembros de la especie, son progresivos y

considerados como mecanismos perjudiciales que afectan a nuestra capacidad funcional cuya pérdida en general puede cifrarse en un 1% al año (Shock, 1970).

El resultado del intercambio de materia y energía de los organismos con el entorno y el desarrollo de los seres según el requerimiento del medio, conforman los ritmos biológicos que inducen a los trastornos subcelulares, celulares y orgánicos descritos, con lo que la interacción en el ecosistema puede suponerse como la principal causa de envejecimiento. El hecho de existir condiciona el hecho de envejecer. El constante intercambio energético de los seres vivos produce la acumulación de entropía que genera cierto desorden en las macromoléculas, las células y los organismos (Miquel, 1990), la única forma que la naturaleza ha encontrado para evitar este fenómeno, es desarrollar la capacidad de crear individuos parecidos partiendo de los propios individuos, o sea, la perpetuación de las especies por la reproducción.

Los distintos dominios de una persona en un determinado estado de salud, condicionan el nivel de funcionamiento dentro de áreas de la vida que incluimos en el concepto de salud (Organización Mundial de la Salud, 2001). Esto implica que exista una utilización de las funciones fisiológicas y psicológicas y una integridad de las partes anatómicas, de tal manera que las personas puedan desarrollar una actividad o sea realizar una tarea o acción, que condiciona participar implicándose en situaciones vitales. Todo ello condicionado por el ambiente físico, social y económico (factor ambiental o mundo externo) y por el contexto personal (edad, sexo, etc.).

Por otra parte nuestros mayores necesitan calidad de vida, entendida ésta como la interacción dinámica de las condiciones de vida y la satisfacción personal, en una atmosfera regida por los valores personales, educacionales y sociales, de tal forma que el conocimiento de las condiciones de vida y el grado de satisfacción nos permiten cuantificar la calidad de vida (Felce & Perry, 1995) como Figura 1.

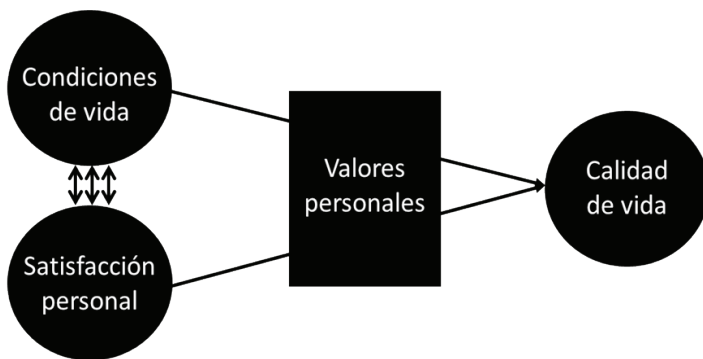


Figura 1

Dentro de las condiciones de vida están incluidas aquellas que se relacionan con la salud y con los dominios de salud, por lo que cuando se modifican las este tipo de condiciones de vida también se modifica la calidad de la misma. Solo hay que acercarse a las encuestas de autonomía personal y apreciar cómo cambia el nivel de funcionamiento de nuestros mayores, alterándose sus condiciones de vida con la disminución de la actividad cuya incidencia se dispara hasta alcanzar a más de la mitad de la población una vez que se cumplen los 80 años y que son cambios en sus estructuras o funciones relacionadas con el movimiento (desplazamientos o utilización de las manos) (Instituto Nacional de Estadística, 2008); con lo que la participación en el contexto se altera.

Podríamos preguntarnos ¿qué se considera en mínimo en una persona para poder funcionar normalmente? Siguiendo a Granger, Hamilton, Linacre, Heinemann, e Wright (1993) se definen las áreas de funcionamiento básico de una persona en dos grandes campos, el físico y el psicosocial (*Guide for the Uniform Data Set for Medical Rehabilitation*, 1997).

Dentro del área física se deben considerar los siguientes aspectos:

Alimentación

Incluye el uso de los utensilios adecuados para llevar la comida a la boca, masticarla y tragarla, una vez que la comida está debidamente preparada. O sea, una persona debe de comer en el plato y beber en vaso o taza, que estén dispuestos en forma normal en la mesa o bandeja. Usar cuchillo, tenedor y cuchara normales. Cuando precisa de algún elemento de apoyo instrumental o emplea un tiempo demasiado corto o excesivo se debe considerar una modificación del funcionamiento básico.

Cuidados de Apariencia Externa

Incluye la higiene bucal, el peinado del cabello, el lavado de cara y manos y (según preferencia) afeitado o maquillaje. El funcionamiento básico se considera si la persona se limpian los dientes o la dentadura postiza, se peina o cepilla el pelo, se lava cara y manos, se afeita o maquilla, incluyendo todos los preparativos para ello y lo hace en una postura adecuada, en un tiempo adecuado y no existen problemas de seguridad. Cuando usa equipo especial o emplea más tiempo del normal o hay problemas de seguridad aun siendo un funcionamiento básico normal debe considerarse modificado.

Baño

Incluye la inmersión y lavado del cuerpo desde el cuello hasta los pies (espalda incluida). Bien sea en una bañera, o con ayuda de palangana y esponja o de un guante de baño.

La persona se baña y seca el cuerpo y lo hace en una postura adecuada, en un tiempo adecuado y no existen problemas de seguridad. Si usa equipo especial, o tarda más tiempo del normal o hay problemas de seguridad se modifica su funcionamiento.

Vestido - Parte Superior

Incluye vestirse por encima de la cintura así como ponerse y quitarse, prótesis u órtesis en los casos necesarios. La persona se viste y se desviste, incluyendo la recogida de la ropa en su lugar habitual, como cajones o armarios. Se pone un sujetador, prendas que se colocan por la cabeza y las de abertura frontal, maneja cremalleras, botones y corchetes. Se coloca y retira prótesis y órtesis en los casos necesarios. A veces se usan elementos adaptados de cierre; como velcro o elementos de ayuda o emplea un tiempo mayor que el normal, de esta manera su funcionamiento se modifica.

Vestido - Parte Inferior

Incluye vestirse de cintura para abajo así como ponerse y quitarse prótesis u órtesis en los casos necesarios. La persona se viste y desviste, incluyendo la recogida de la ropa en su lugar habitual. Como cajones o armarios. Se pone ropa interior, pantalones, falda, cinturón, calcetines y zapatos. Maneja cremalleras, botones, cordones y corchetes; se coloca y retira prótesis u órtesis en los casos necesarios. Pero su funcionamiento se modifica cuando utiliza elementos adaptados de cierre; como velcro, o elementos de ayuda o emplea un tiempo mayor que el normal.

Aseo Personal

Incluye el mantenimiento de la higiene perineal y la colocación posterior de la ropa tras utilizar el baño. La persona se limpia tras orinar o defecar; se coloca compresas o tampones. Se coloca la ropa tras el uso del inodoro. Y, como hasta ahora si usa equipo especial o emplea más tiempo del normal o existen problemas de seguridad el funcionamiento está modificado.

Control de Vejiga

Incluye el control intencional completo de la vejiga urinaria y el uso de equipos o agentes necesarios para el control de la vejiga. La persona controla completamente y de forma adecuada la vejiga y nunca tiene incontinencia. Ciertamente cuando necesita un catéter, un dispositivo recolector de orina o desviación urinaria o utiliza medicación para control, o si utiliza una sonda y se instila o irriga la sonda sin ayuda; limpia, esteriliza y prepara

el equipo para la irrigación sin ayuda. Si la persona usa un sistema colector, monta y se aplica el condón de drenaje o dispositivo íleo-cólico sin ayuda de otra persona; vacía, se coloca, retira y limpia el sistema colector, se vacía y, limpia la bolsa del dispositivo íleo-cólico. Y no hay accidentes de incontinencia debe considerarse un funcionamiento básico normal aunque necesite una modificación por apoyo instrumental.

Control Intestinal

Incluye el control intencional completo del intestino y el uso de equipo o agentes necesarios para el control intestinal. La persona controla el intestino completa e intencionalmente y nunca tiene incontinencia. Puede tener un funcionamiento modificado cuando tiene que realizar estimulación digital o usar ablandadores del excremento, supositorios, laxantes o enemas de forma sistemática o utiliza otros medicamentos para el control. También si la persona es portadora de una colostomía y por sí misma hace el mantenimiento. No hay accidentes de incontinencia.

Transferencias. Cama, Silla, Silla de Ruedas

Incluye todos los aspectos de la transferencia desde Y hacia la cama, silla o silla de ruedas o ponerse en pie si la marcha es el modo normal de locomoción o viceversa. Se considera un funcionamiento básico si la persona camina, se aproxima, se sienta y se levanta de una silla normal; pasa de la cama a la silla y realiza todo esto de forma segura; y, también si está en silla de ruedas y se acerca a la cama o a la silla, bloquea los frenos, levanta los reposapiés, retira los apoyabrazos si es necesario y realiza la transferencia, pivotando o deslizándose, y vuelve a la silla. Además, realiza esto de forma segura. Se debe considerar un funcionamiento modificado cuando utiliza un producto de apoyo tal como un panel deslizante, un elevador barras de agarre o un asiento o silla especial órtesis, bastón o muletas; utiliza más tiempo del normal o hay problemas de seguridad.

Transferencias Inodoro

Incluye sentarse y levantarse del inodoro. Si la persona camina, se aproxima, se sienta y se levanta de un inodoro normal. Lo hace en forma segura o si esta en silla de ruedas. Y se aproxima al inodoro, bloquea los frenos, levanta los apoyapiés, retira los apoyabrazos si es necesario, realizando la transferencia, pivotando o deslizándose y regresa a la silla. Pero su funcionamiento será modificado cuando use un producto de apoyo tal como un panel deslizante, un elevador con barras de agarre o un asiento o silla especial, órtesis o bastón o muletas; utilice más tiempo del normal o haya problemas de seguridad.

Transferencias: Bañera o Ducha

Incluye entrar y salir de una bañera o de la ducha. Si la persona camina, se aproxima, entra y sale de una bañera o compartimento de ducha. Además, lo hace en forma segura. Si está en silla de ruedas, se aproxima a la bañera o ducha, bloquea los frenos, levanta los apoyapiés, retira los apoyabrazos si es necesario, realiza la transferencia, pivotando o deslizándose, y regresa a la silla. Su funcionamiento está modificado si usa un producto de apoyo tal como un panel deslizante, un elevador con barras de agarre o un asiento o silla especial órtesis, bastón o muletas, utiliza más tiempo del normal o hay problemas de seguridad.

Locomoción

Incluye caminar desde la posición de pie o usar una silla de ruedas ya sea autopropulsada o de motor eléctrico, una vez sentado en superficie plana, en interiores. La persona debe caminar un mínimo de 45 metros sin productos de apoyo. No usa silla de ruedas. Lo hace en forma segura. Tiene su funcionamiento modificado cuando camina un mínimo 45 metros pero usa un apoyo (órtesis o prótesis) de pierna, zapatos adaptados, bastón, muletas o andador; emplea más tiempo del normal o existen problemas de seguridad. Si no camina y utiliza una silla de ruedas manual o eléctrica de forma independiente en una distancia mínima de 45 metros, gira, maniobra la silla hasta la mesa, cama o inodoro, supera pendientes de al menos el 3%, maniobra sobre alfombras y atraviesa el marco de la puerta.

Escaleras

Sube y baja de 12 a 14 escalones (un tramo) en interior. La persona sube y baja al menos un tramo de escalera sin ningún tipo de barandilla o apoyo. Lo hace en forma segura. Tiene su funcionamiento modificado cuando sube y baja al menos un tramo de escalera utilizando algún apoyo lateral o barandilla, bastón o ayuda técnica; empleando más del tiempo normal o existen problemas de seguridad.

Dentro del área psicosocial se deben considerar estos otros aspectos:

Comprensión

Incluye la comprensión de la comunicación, visual o auditiva. Esto significa entender la información lingüística transmitida mediante el habla, la escritura o el gesto. La persona comprende instrucciones habladas o escritas (tales como órdenes con tres elementos) o una conversación compleja o abstracta; comprende su lengua materna hablada o

escrita. Tiene su funcionamiento modificado cuando comprende instrucciones habladas o escritas (tales como órdenes con tres pasos) o una conversación compleja o abstracta con alguna dificultad. Puede necesitar una ayuda visual o auditiva, u otro dispositivo de apoyo o tiempo adicional para entender la información, aunque no necesite que le indiquen.

Expresión

Incluye la expresión clara en lenguaje verbal o no verbal. Esto significa expresar información lingüística verbal o gráficamente con correctos y precisos significados y gramáticamente correcto. Mediante la escritura o un instrumento de comunicación. La persona expresa ideas complejas o abstractas en forma fluida e inteligible, verbalmente o no, lo que incluye en forma escrita o mediante signos. Presenta un funcionamiento modificado cuando expresa ideas complejas o abstractas con alguna dificultad. Puede necesitar algún sistema o dispositivo para mejorar la comunicación. Aunque no necesita ayuda.

Relación Social

Incluye las habilidades para desenvolverse y participar con otras personas en actividades terapéuticas o sociales. Esto representa la forma en que el sujeto compagina sus propias necesidades con las de los demás. La persona se relaciona adecuadamente con familiares, sus amigos y el resto de las personas (ej. controla su genio, acepta las críticas, es consciente de que sus palabras y acciones influyen en los demás). Se considera el funcionamiento cuando se relaciona adecuadamente con familiares, amigos u otras personas en situaciones planificadas o en ambientes adaptados. Puede tardar un tiempo mayor del normal en adaptarse a situaciones sociales. No necesita medicamentos.

Resolución de Problemas de la Vida Diaria

Incluye las habilidades relativas a la solución de problemas de la vida diaria. Esto significa tomar a tiempo decisiones razonables y seguras sobre asuntos personales, sociales y financieros y empezar, desarrollar y corregir tareas y actividades para solucionar problemas. La persona toma decisiones apropiadas de forma consecuente, inicia y desarrolla una secuencia de pasos para resolver un problema hasta completar su solución y corrige por sí mismo los posibles errores. Tiene el funcionamiento modificado cuando presenta alguna dificultad en decidir, comenzar, planificar y realizar correcciones por sí mismo en situaciones no habituales, o emplea más tiempo del normal en tomar decisiones o solucionar problemas.

Memoria

Incluye las habilidades relacionadas con el desarrollo consciente de las actividades diarias en su domicilio, una institución o centro comunitario. Incluye la capacidad de almacenar y devolver información, particularmente verbal y visual. Un déficit de memoria perjudica el aprendizaje la realización de tareas. Es capaz de reconocer a las personas con quienes se encuentra frecuentemente y recuerda las rutinas diarias; realiza encargos de otras personas sin necesidad de que se lo repitan. Su funcionamiento se modifica cuando tiene alguna dificultad en reconocer a la gente, recordar las rutinas diarias y los encargos de otras personas. Puede usar indicaciones, recordatorios o ayudas de elaboración propia o externas.

Hasta aquí se ha expuesto todo lo necesario para considerar el funcionamiento básico de la persona, a continuación se comentarán los aspectos instrumentales del funcionamiento que tiene que ver con la participación de la persona en el entorno. Siguiendo a Lawton y Brody (1969) que evalúan con su escala distintas capacidades como:

Capacidad de Usar el Teléfono

Considera un funcionamiento normal cuando la persona utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, también cuando es capaz de marcar bien algunos números conocidos o solamente de contestar el teléfono, aunque no sepa o pueda marcar. Y considera un funcionamiento restringido cuando no utiliza el teléfono en absoluto.

Ir de Compras

Se considera un funcionamiento normal cuando realiza todas las compras necesarias independientemente, sin embargo hay un funcionamiento restringido cuando realiza independientemente pequeñas compras, necesita ir acompañado para realizar cualquier compra o es totalmente incapaz de comprar.

Preparación de la Comida

Si la persona organiza, prepara y sirve las comidas por sí misma adecuadamente tiene un funcionamiento normal, pero se debe considerar un funcionamiento restringido cuando prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes o prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada, necesita que le preparen y le sirvan las comidas.

Cuidado de la Casa

Una persona tiene un funcionamiento normal cuando mantiene la casa sola o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) o realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas, incluso si realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza adecuado. Debe considerarse un funcionamiento restrictivo cuando necesita ayuda en todas las labores de la casa y/o no participa en ninguna labor de la casa.

Lavado de la Ropa

Cuando la persona es capaz de lavar por sí misma toda su ropa o lava por sí misma pequeñas prendas (aclarar medias, etc.) Tiene un funcionamiento restringido si todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro.

Uso de Medios de Transporte

Cuando la persona viaja sola en transporte público o conduce su propio coche o es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte o puede viajar en transporte público cuando va acompañado por otra persona. Se considera funcionamiento restringido cuando la persona utiliza el taxi o el automóvil solamente con ayuda de otros o no viaja en absoluto.

Responsabilidad Respecto a su Medicación

El funcionamiento de una persona es normal cuando es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas, pero tiene un funcionamiento restringido si solamente toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis o no es capaz de administrarse su medicación.

Manejo de Asuntos Económicos

Cuando hay un funcionamiento normal la persona maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco) recoge y conoce sus cuentas, también si realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes. Hay un funcionamiento restringido cuando es incapaz de manejar dinero.

Existe la posibilidad de utilizar el “Cuestionario de Evaluación Funcional Multidimensional para Mayores” OARS (Older Americans Resources and Services Multidimensional

Functional Assessment Questionnaire) (Cohen, 1981) que reúne de forma completa los aspectos más importantes de los mayores ya que después de unas preguntas básicas preliminares (sexo, edad y estudios) con varias preguntas para determinar la orientación, memoria y conciencia autobiográfica, informa sobre recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física, actividades de la vida diaria instrumentales, utilización de servicios de todo tipo.

Fruto de un convenio entre la Universidad y el Ayuntamiento de Salamanca, el Área de Fisioterapia desarrolla desde hace 15 años un programa de actividad física moderada que denominamos Programa de Revitalización Geriátrica (PREGE) y que tiene como objetivo principal el envejecimiento activo de la población (Zunzunegui & Béland, 2000).

La participación en el PREGE nos ha llevado a evaluar a una población que oscila entre 233 participantes en el curso 1998-99 a 468 en el pasado curso 2012-13, con una media de 417,6 participantes (Gráfico 1); de edades comprendidas entre los 65 y los 89 años, con una media de 73,23 años (Gráfico 2).

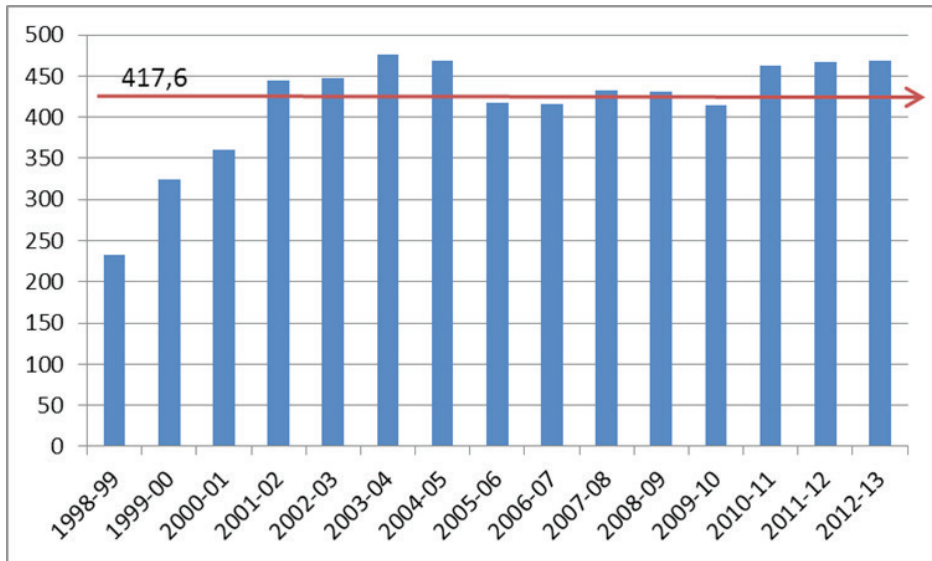


Gráfico 1

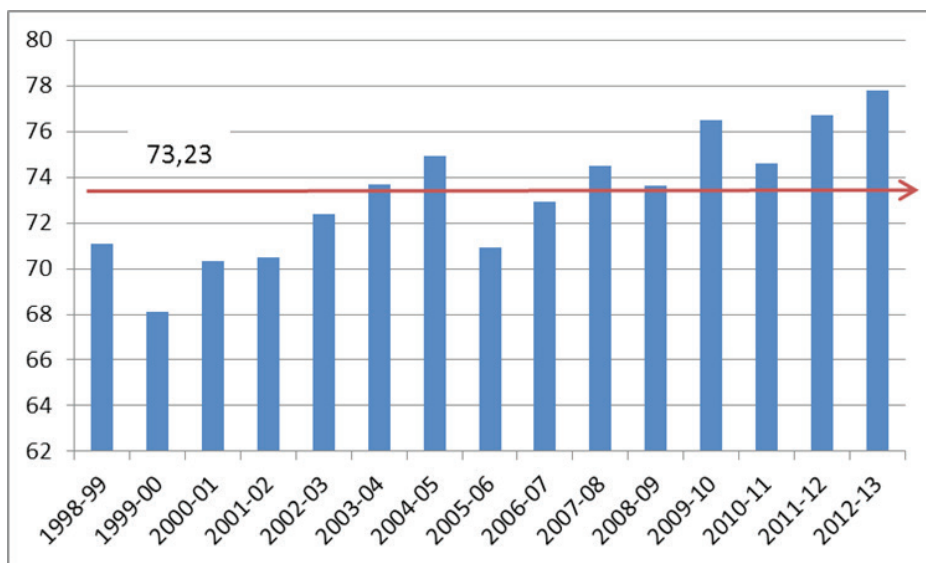


Gráfico 2

En cuanto al sexo, se aprecia un desequilibrio importante, por cada 5,5 mujeres participa 1 hombre aproximadamente (media de 63,3 hombres y 349,1 mujeres) (Gráfico 3).

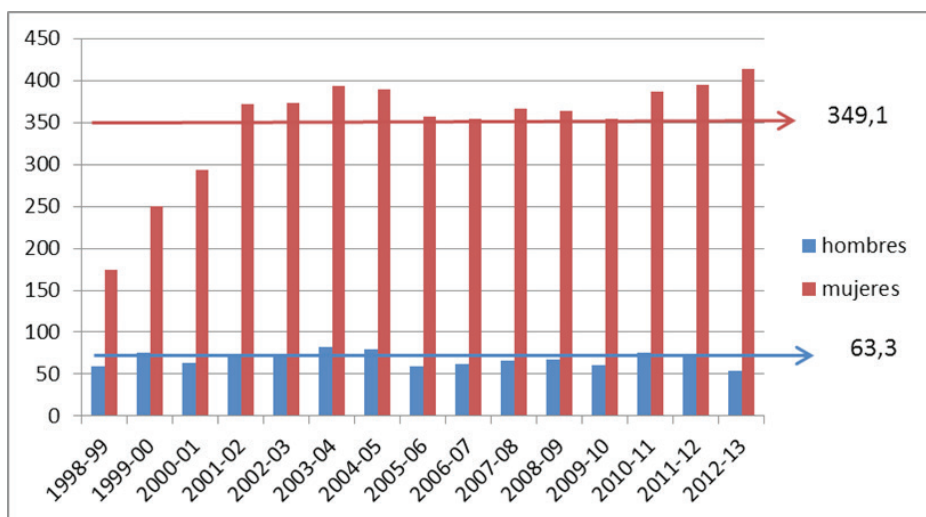


Gráfico 3

La edad de los hombres oscila entre los 65 y los 84 años (media de 71,5 años) y la de las mujeres oscila entre los 65 y los 89 años (media de 74,9 años) (Gráfico 4).

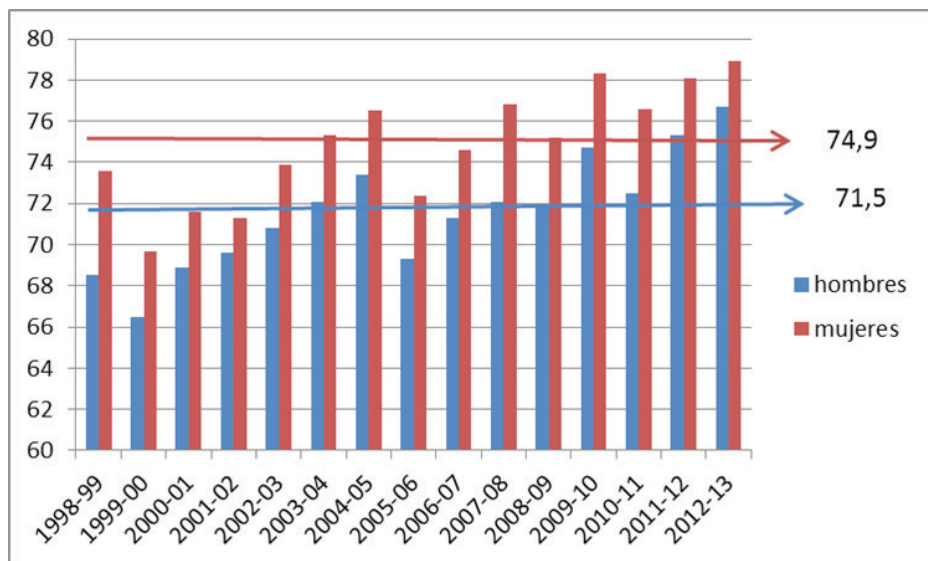


Gráfico 4

Para el análisis de las AVD utilizaremos la población que participó en el programa el último curso, o sea, 468 personas (54 hombres y 414 mujeres), con edades comprendidas entre 65 y 89 años (media 77,8 años, hombres 76,7 años, mujeres 78,9 años).

Con respecto a la independencia funcional en nuestra población, que por supuesto está sesgada pues son las personas las que eligen apuntarse al PREGO y no una muestra aleatoria de la población, no tiene limitaciones en el funcionamiento, puesto que realizan todas las actividades básicas en el ámbito físico sin dificultad, no tienen problemas de seguridad y lo hacen en un tiempo adecuado. Hay que reseñar que el control de esfínteres está modificado porque en un 87,2% las mujeres precisa productos de apoyo para mantenerse secas ya que en ese porcentaje de casos se presenta micción imperiosa (Tabla 1).

Tabla 1

AVD física	H	M	T	p**
	n = 54	n = 414	n = 468	
Alimentación	100%	100%	100%	-----
C.A.E.*	100%	100%	100%	-----
Baño	100%	100%	100%	-----
Vestido PS	100%	100%	100%	-----
Vestido PI	100%	100%	100%	-----
A. personal	100%	100%	100%	-----
C. vejiga	100%	12,8%	56,4%	0,0000
C. intestinal	100%	100%	100%	-----
T. cama-silla	100%	100%	100%	-----
T. inodoro	100%	100%	100%	-----
T. bañera	100%	100%	100%	-----
Locomoción	100%	100%	100%	-----
Escaleras	100%	100%	100%	-----

*C.A.E. = Cuidados de apariencia externa **ANOVA

En el ámbito psicosocial, en el apartado comprensión la totalidad de la población precisa órtesis para la visión (lentes o gafas) y el 32% precisan audífono para el oído. El resto de AVD básicas no se ven alteradas (Tabla 2).

Tabla 2

AVD psicosocial	H	M	T	p**
	n = 54	n = 414	n = 468	
Comprensión	100%	100%	100%	-----
Expresión	100%	100%	100%	-----
R. social	100%	100%	100%	-----
R. P.V.D.*	100%	100%	100%	-----
Memoria	100%	100%	100%	-----

*R.P.V.D = Resolución de problemas de la vida diaria. **ANOVA

Con respecto a las AVD instrumentales, el 100% de nuestra muestra utiliza el teléfono de forma normal y habitual, siendo que el 69,6% tiene teléfono móvil.

Cuando van de compras, realizan todas las compras necesarias toda la población estudiada.

También toda la muestra de mujeres prepara la comida, siendo que los hombres lo hacen en un pequeño porcentaje (9,6%), existiendo diferencias significativas entre los dos grupos (hombres/mujeres) estudiados ($p < 0.05$). Pero ambos grupos son capaces de llevar una dieta adecuada.

Con respecto al cuidado de la casa ambos grupos tiene un funcionamiento normal, es de destacar que no encontramos diferencias significativas entre los grupos (hombres/mujeres), quizá debido a que el grupo de hombres es significativamente más pequeño que el de mujeres y en él se incluyen personas activas con inquietudes y colaboradoras, claramente es debido al sesgo de la población.

Tampoco encontramos diferencias entre grupos en cuanto al lavado de ropa, ya que ambos grupos (hombres/mujeres), utilizan normalmente los electrodomésticos; es evidente el sesgo de la población.

En el uso de medios de transporte existe un funcionamiento normal, el 100% de la población de ambos grupos (hombres/mujeres), utiliza de forma habitual el transporte público. Al tratarse de una población en situación de jubilación que disfruta de las ventajas que los poderes públicos ponen a disposición de este grupo de ciudadanos, reduciendo el precio de los servicios públicos con lo que, insistimos debido al sesgo de nuestro grupo de población que no tiene impedimento físico ni psicosocial, se utiliza el transporte público de una forma generalizada (Tabla 3).

Tabla 3

AVD instrumentales	H	M	T	P*
	n = 54	n = 414	n = 468	
Usar teléfono	100%	100%	100%	-----
Ir de compras	100%	100%	100%	-----
Prep. comida	9,6%	100%	100%	0,0002
Cuidado casa	100%	100%	100%	-----
Lavado ropa	100%	100%	100%	-----
M. transporte	100%	100%	100%	-----
Medicación	100%	100%	100%	-----
A. económicos	100%	100%	100%	-----

P* = ANOVA

Nuestro grupo es responsable de su medicación.

Aquí nos gustaría comentar que la mayoría de las personas evaluadas (84,9%) (86,3% hombres, 83,5% mujeres) utilizan medicación para el aparato cardio-circulatorio, casi todos son dependientes de los antihipertensivos o de los antiagregantes plaquetarios y no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres ($p > 0,05$) (Tabla 4).

En segundo lugar utilizan analgésicos o antiinflamatorios no esteroideos (74,7%) (69,6% hombres, 79,8% mujeres) no existiendo tampoco diferencias significativas entre grupos ($p > 0,05$), pero si es de reseñar que este consumo no lo hacen de forma habitual sino que es esporádica y coincide con periodos de aparición de molestias en el aparato locomotor (la articulación más afectada es la rodilla), también hay que decir que se automedican, toman medicación analgésica o antiinflamatoria cuando les duele, una mención especial merecen los antiosteoporóticos, vitamina D y consumo de calcio, que utilizan en mayor medida las mujeres, existiendo diferencias significativas con respecto a los hombres ($p < 0,05$) (Tabla 4).

En tercer lugar es la medicación psicotrópica la más utilizada en forma de antidepresivos e hipnóticos (37,6%), existiendo diferencias significativas entre los grupos, pues consumen más medicación de este tipo las mujeres ($p < 0,05$), también es verdad que la muestra de hombres es pequeña y no olvidar el sesgo de la muestra (Tabla 4).

En cuarto lugar figura el consumo de medicación antihipercolesterinémica con un (27,8%), no existiendo diferencias significativas entre grupos ($p > 0,05$) (Tabla 4).

En quinto lugar es el consumo de antidiabéticos ya sean orales o inyectables (25,6%) existiendo diferencias significativas entre los grupos, siendo mayor el consumo de esta medicación por las mujeres ($p < 0,05$) (Tabla 4).

Después se da un consumo variado de otros medicamentos (16,2%) donde no existen diferencias significativas ($p > 0,05$); algunos de ellos relacionados con el aparato digestivo (antiácidos y protectores gástricos), otros con el génito-urinario, aquí prevalece en el consumo el grupo de hombres sobre el de mujeres puesto que toda la medicación está relacionada con el adenoma de próstata (Tabla 4).

Donde prevalece el grupo de mujeres es en el consumo de normalizadores de la función tiroidea.

La utilización de medicación tópica, como los colirios. También hay que mencionarla.

Hay que destacar que no se ha detectado el uso de broncodilatadores u otra medicación relacionada con el aparato respiratorio, es seguro que el sesgo de la población estudiada condiciona este hecho.

Tabla 4

Consumo medicamentos	H	M	T	P
	n = 54	n = 414	n = 468	
AP cardiocirc.	86,3%	83,5%	84,9%	0,7542
AP locomotor	69,6%	79,8%	74,7%	0,0894
S nervioso	32,5%	42,7%	37,6%	0,0438*
Anti colesterol	24,3%	31,3%	27,8%	0,8793
Anti diabéticos	9,8%	19,6%	25,6%	0,0425*
Otros	14,5%	17,9%	16,2%	0,2596

($p < 0,05$) ANOVA

Por fin, nuestra población tiene un funcionamiento normal con el dinero, controla sus asuntos económicos con eficacia y, en estos momentos de crisis, las unidades familiares de mayores han pasado a ser mantenedores de situaciones económicas difíciles de los hijos (Tabla 3).

El sesgo de nuestra población viene dada porque la mayoría lleva varios años practicando el PREGÉ que consiste en un programa de actividad física moderada (Calvo *et al.*, 1999), que consta de sesiones (100 por curso aproximadamente, 3 por semana), con una duración de 50 y 55 minutos. Al inicio de la sesión deberá pasarse lista y hacer una rápida inspección de la indumentaria que estará compuesta por ropa cómoda y amplía a ser posible de algodón, con zapatillas deportivas con suela antideslizante (Calvo *et al.*, 1999).

La sesión se iniciará con un periodo corto (5 a 7 minutos) de calentamiento-estiramiento de los principales grupos musculares. Después se trabajarán componentes de movilidad y fuerza, dedicando cada sesión a los distintos segmentos corporales y combinando ejercicios de fuerza y movilidad, con una duración aproximada de 15 minutos.

Posteriormente se iniciará una marcha lenta que poco a poco irá convirtiéndose en carrera, siempre contando con que los mayores participantes estén capacitados para correr, en el caso de que no puedan realizarán la marcha exagerando los gestos, se finalizará recobrando poco la marcha lenta; este periodo durará aproximadamente 3 minutos con una carrera inferior al minuto.

En este momento de la sesión se descansa, procediendo a la hidratación bebiendo un vaso de agua o cualquier zumo con componentes antioxidantes.

Después se dedican entre 15 y 20 minutos a ejercicios de coordinación, agilidad y equilibrio se utiliza algún material como picas, pelotas, etc., y se combina con juegos cooperativos.

La sesión finaliza con ejercicios respiratorios y de relajación.

De vez en cuando conviene controlar durante la sesión la frecuencia cardiaca para que todos los ejercicios que se realicen estén dentro del 70-80% de la frecuencia cardiaca aeróbica máxima.

Hay que tener en cuenta que ejercicios como las cargas en decúbito supino sobre la zona dorsal o los movimientos exagerados del tronco y el cuello están contraindicados.

El PREGO consta también de dos evaluaciones, una al inicio y otra al final del programa (Septiembre y Junio), dichas evaluaciones constan de una serie de pruebas para conocer el estado de salud de los mayores que quieren participar en el programa, de ello se desprende la indicación de la cantidad de actividad para la revitalización y, por último, el preciso seguimiento de los efectos dicha actividad para apreciar los cambios que la técnica produce.

Con respecto a la evaluación se realiza una anamnesis donde se recogen los datos de filiación, fecha de nacimiento, edad y algunos aspectos sociales, también el motivo de su interés por este tipo de actividad, si ha practicado o no ejercicio físico durante su vida, una exploración por aparatos donde se recogen las distintas patologías e intervenciones sufridas y las medicaciones que toma, se continúa con una breve exploración física enfocada sobre todo a cualquier tipo de algia o patología en el aparato locomotor o sistema nervioso. Se recoge igualmente la presión arterial y la frecuencia cardiaca ambas en reposo. Con esta información evalúa el estado de salud y se puede apreciar si existen contraindicaciones absolutas, relativas o limitaciones (Marcos, 1990) para el desempeño de la actividad de revitalización.

Además pueden realizarse exploraciones complementarias de cara al conocimiento de la condición física (Mazzao, 1998), las que se mencionan a continuación son las que utilizamos para medir dicha condición física:

Test de equilibrio (Lord, Menz, & Tiedemann, 2003), con ojos abiertos y cerrados, en cadena cinética cerrada y semicerrada, las oscilaciones se recogen en un gráfico que permite calcular el área de oscilación.

Flexibilidad del tronco, puede utilizarse el test sit and reach (Wells & Dillon, 1952), consiste en medir en centímetros el desplazamiento de una regla móvil con precisión de 0.5 cm en la parte superior de la superficie de un cajón de 35 cm de largo, 45 cm de ancho y 32 cm de alto, situándose el mayor sentado en el suelo con las extremidades

inferiores en ángulo neutro en tobillo (apoyando las plantas de los pies sobre la cara anterior del cajón), las rodillas en extensión y la cadera en flexión de 90° con el tronco), desde esta posición se sitúan los dedos extendidos de ambas manos hasta contactar con la regla móvil y se le pide que empuje la regla flexionando el tronco hasta que pueda.

Composición corporal a través del cálculo del índice de masa corporal de Quetelec (IMC) (George, Fisher, & Vehrs, 1996), que relaciona la masa corporal a través de la expresión en kilogramos y la superficie expresada por la talla en metros al cuadrado (Foto 4), $IMC = \text{peso (Kg)} / \text{talla}^2 (\text{m}^2)$, varía desde menos de 19 Kg/m² en que se situaría la delgadez, normalidad entre 19-24.9 Kg/m², sobrepeso entre 25-29.9 Kg/m², obesidad ligera 30-34.9 Kg/m², obesidad moderada 35-39.9 Kg/m², obesidad mórbida más de 40 Kg/m². A veces es necesario calcular el porcentaje de masa grasa y masa magra, en el mercado ha aparatos que pueden medir estas variables. También puede evaluarse la densidad mineral ósea (DMO) de hueso canceloso y laminar con ultrasonidos, que orienta de la osteopenia y riesgos de fractura.

Coordinación óculo-manual (agilidad manual) (Camiña, Cancela, & Romo, 2000), se puede evaluar a través de la realización de una actividad manual repetitiva con ojos abiertos y a la mayor velocidad posible, con ello evaluamos la capacidad de controla la captura foveal y coclear relacionada con la postura y el movimiento de los efectores que en este caso son las manos. También puede evaluarse a través de la medición de la latencia entre estímulos y respuesta motriz con las manos.

Fuerza muscular puede medirse a través de la utilización de un dinamómetro o por tests de resistencia muscular (Aoyag & Shephard, 1992).

Habitualmente se realiza una prueba de esfuerzo para comprobar la respuesta cardiovascular al ejercicio y el consumo de oxígeno por los tejidos. Se propone la realización del test de Rockport o prueba de la milla (Calvo, Rebelatto, & JR, 2007; Oja, Laukkanen, Pasanen, Tyry, & Vuori, 1991). Consiste en determinar el VO₂ máximo en sujetos de baja condición física. Consiste en recorrer andando según el ritmo personal del ejecutante, la distancia de una milla (1609,3 metros), controlando la frecuencia cardíaca al terminar el recorrido, así como el tiempo empleado. La determinación del VO₂ máximo se realiza a partir de la siguiente ecuación:

$VO_2 \text{ máximo} = 132,6 - (0,17 \times PC) - (0,39 \times \text{Edad}) + (6,31 \times S) - (3,27 \times T) - (0,156 \times FC)$ (PC: Peso corporal; S: Sexo (0: mujeres, 1: hombres); T: Tiempo en minutos; FC: Frecuencia cardíaca).

Se utiliza esta prueba por ser de fácil administración y precisa en los resultados, como casi siempre se realiza al aire libre hay que tener en cuenta las circunstancias climatológicas que pueden hacer variar los resultados.

Cualquier otro tipo de medición antropométrica como por ejemplo la circunmetría, plicometría y diámetros articulares, contribuye a un mejor conocimiento de la condición física de los mayores (Rodríguez, 1995).

Con toda la información que producen las mencionadas pruebas, se obtiene una visión bastante aproximada a la realidad de la condición física de las personas mayores y a partir de ella, se indica la posibilidad de practicar actividad o no y la cantidad de actividad recomendable.

Cuando hay algún tipo de contraindicación absoluta se desaconseja o contraindica este tipo de actividad, derivando al mayor hacia una terapia individualizada o fisioterapia específica. Cuando hay alguna contraindicación relativa o alguna limitación con una condición física normal o superior a la normal, o también cuando hay una condición física inferior a lo normal y no hay contraindicaciones ni limitaciones se indica una actividad de revitalización. Con una condición física normal o superior a lo normal se les aconseja la práctica de algún deporte adaptado o el mantenimiento de dicha condición a través de programas generales de ejercicio físico (Calvo, Orejuela, Barbero, Rodríguez, & Calvo, 1996).

El seguimiento del programa se debe realizar después de un periodo de práctica que puede variar entre 9 y 10 meses, habitualmente debe hacerse cuando se termine el programa. Dicho seguimiento consistirá en el registro de novedades en el ámbito de la salud y/o modificación sintomática, además se registrarán de nuevo los parámetros de equilibrio, flexibilidad, composición corporal, coordinación, fuerza muscular y resistencia aeróbica, con el fin de apreciar los cambios que hubieran podido producirse y fueran achacables al programa de revitalización, al ejercicio físico o al deporte. También es el momento de constatar la asiduidad y adherencia de los mayores al programa, comprobando el total de asistencia a las sesiones programadas.

De este seguimiento han surgido aportaciones para el mayor conocimiento y utilización de la actividad física moderada en poblaciones de personas mayores (del Pino, 1994; Galán *et al.*, 2006; Martín, 2002; Martín, *et al.*, 2010; Muñoz *et al.*, 2010; Rebelatto, 2003; Rebelatto, 2006; Rebelatto & Calvo, 2006; Rebelatto *et al.*, 2008).

De esta forma comprobamos que las poblaciones de mayores que practica el envejecimiento activo tienen más posibilidades de mantener las AVD hasta edades avanzadas, suponiendo una ventaja no solo física sino también psicosocial y económica al no precisar de productos de apoyo o de asistentes personales.

No solo es importante añadir años a la vida, sino también vida a los años.

Referências Bibliográficas

- Aoyag, Y., & Shephard, R. R. (1992). Aging and muscle function. *International Journal of Sports Medicine*, 14(6), 376-396.
- Camiña, F., Cancela, J. M^a, & Romo, V. (2000). Pruebas para evaluar la condición física en ancianos (batería ECFA): su fiabilidad. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 31(1), 17-23.
- Calvo, J. I., Rebelatto, & J. R. (2007). Revitalização geriátrica. In J. R. Rebelatto, J. G.da Silva (Ed.) *Fisioterapia geriátrica* (441-68) (2^a ed) . São Paulo: Ed Manole.
- Calvo, J. I., Barbero, F. J., Sánchez, C., Martín, A. M., Orejuela, J., & Méndez, R. (2008). Influencia de las radiaciones solares en la densidad mineral ósea de una población de personas mayores de Salamanca. *Fisioterapia*, 8(3),131-136.
- Calvo, J. I., Orejuela, J., Barbero, F. J., Rodríguez, L., & Calvo, A. (1996). Programas de Revitalización, Mantenimiento Físico y Deporte en Personas Mayores. Evaluación de la Aptitud Física. *Revista de Gerontología*, 6(1):31-36.
- Calvo, J. I., Orejuela, J., Barbero, F. J., Martín, A. M., Sánchez, C., & Criado, T. (1999). Seguimiento de un Programa de Revitalización para Personas Mayores desde el Ámbito Universitario. *Fisioterapia*, 21(M 1), 44-52.
- Cohen, H. J. (1981). (Duke University CSAHD). *Journal Gerontology*, 36(4), 428-434.
- del Pino, J., Calvo, J. I., Calvo, A., Santos, J., Rodríguez, C., Martín, E., & García-Talavera, J. R. (1994). Lumbar bone mineral density increase in women after six months geriatric revitalization. *Calcified Tissue*, 54(5), 451.
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74.
- Fossel, M. (1998). Telomerase and aging cell. *The Journal of the American Medical Association*, 279, 1732-1735.
- Galán, A. I., Palacios, E., Francisco, R., Díez, A., Arji, M., Almar, M., Moreno, C., Calvo, J. I., Muñoz, M. E., Delgado, M. A., & Jiménez, R. (2006). Exercise, oxidative stress and risk of cardiovascular disease in the elderly. *Protective role of antioxidant functional foods. Biofactors*, 27(1-4), 167-183.
- Granger, C. V., Hamilton, B. B., Linacre, J. M., Heinemann, A. W., & Wright, B. D. (1993). Performance profiles of the Functional Independence Measure. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 72, 84-89.
- George, J. D., Fisher, A. G., & Vehrs, P. R. (1996). *Tests y Pruebas Físicas*. Barcelona: Editorial Paidotribo.
- Guide for the Uniform Data Set for Medical Rehabilitation (including the FIM(TM) instrument)*, Version 5.1. (1997). New York: State University of at Buffalo, Buffalo, NY 1421 4-3007.
- Instituto Nacional de Estadística (2008). Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p418/a2008/hogares/p01/modulo1&file=pcaxis>

- Instituto Nacional de Estadística (2011). Índice de envejecimiento por comunidad autónoma. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?per=12&type=db&divi=IDB&idtab=56>
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities daily living. *Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Lord, S. R., Menz, H. B., & Tiedemann, A. (2003). A psychological profile approach to falls risk assessment and prevention. *Physical Therapy*, 83(3), 237-252.
- Martín, A. M., Calvo, J. I., Sánchez, C., Méndez, R., Ramos, A. J., & Alburquerque, F. (2002). Estudio del efecto de la actividad física moderada sobre la presión arterial y la frecuencia cardiaca en personas mayores. *Revista de Rehabilitación y Medicina Física Extremeña*, 2, 15-25.
- Martín, A. M., Calvo, J. I., Díez, R., Sánchez, C., Orejuela, J., & Barbero, F. J. (2010). Diferencias en el análisis oscilométrico y estabilométrico del equilibrio postural estático entre jóvenes y ancianos. *Cuestiones de Fisioterapia*, 39(1), 104-12.
- Marcos, F. J. (1990). La actividad física y el deporte en los ancianos: valoración, indicaciones y contraindicaciones. In J.R. Parreño (ed). *Rehabilitación en geriatría* (329-336). Madrid: Editores Médicos SA.
- Mazzao, R., Cavanagh, P., Evans, W., Fiatarone, M., Hagberg, J., McAuley, E., & Startzell, J. (1998). ACSM Position Stand: Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine Science Sports & Exercise*, 30(6), 992-1008.
- Miquel, J. (1990). Envejecimiento celular y molecular. Teorías del envejecimiento. In A. Salgado, & F. Guillén (Eds.), *Manual de Geriatría* (1-18). Barcelona: Salvat Editores.
- Miquel, J., & Fleming, J. E. (1986). Theoretical and experimental support for an "oxygen radical-mitochondrial injury" hypothesis of cell aging. In J. E. Johnson, J. E. Jr, D. Harman, R. Walford, & J. Miquel (Eds.), *Free Radicals, Aging and Degenerative Disease* (51-74). New York: Alan R Liss.
- Moorhead, P. S., & Hayflick, L. (1961). The serial cultivation of human diploid cell strains. *Experimental Cell Research*, 25, 258-621.
- Muñoz, M. E., Galán, A. I., Palácios, E., Díez, M. A., Muguerra, B., Covalada, C., Calvo, J. I., Aruoma, O. I., Sánchez-García, I., & Jiménez, J. (2010). Effect of an antioxidant functional food beverage on exercise-induced oxidative stress: a long-term and large scale clinical intervention study. *Toxicology*, 278(1), 101-111.
- Naciones Unidas (2009). *World Population Ageing*. New York: United Nations.
- Oja, P., Laukkanen, R., Pasanen, M., Tyry, T., & Vuori, L. (1991). A 2 Km walking test for assessing the cardiorespiratory fitness of healthy adults. *International Journal of Sports Medicine*, 12, 356-362.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid: IMSERSO.

- Rebelatto, J. R., & Calvo, J. I. (2006). O comportamento do VO₂max de mulheres idosas participantes de um programa prolongado de atividade física. *Fisioterapia Brasil*, 7(5), 371-374.
- Rebelatto, J. R., Jiménez, J., Delgado, M. A., Muguerza, B., Muñoz, M. E., Galán, A. I., Méndez, R., & Calvo, J. I. (2008). Antioxidantes, atividade física e estresse oxidativo em mulheres idosas. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 14(1),8-11.
- Rebelatto, J. R., Calvo, J. I., Costa, L. R., Shiratori, L. K., Barbero, F. J., & Orejuela, J. (2003). Identificación de los factores determinantes de enfermedades relacionadas con el movimiento en mayores. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(5), 302-309.
- Rebelatto, J. R., Calvo, J. I., Orejuela, J., & Portillo, J. C. (2006). Influencia de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e flexibilidade corporal de mulheres idosas. *Revista Brasileira de Fisioterapia*,10(1), 127-132.
- Rodríguez, F. A. (1995). Valoración de la condición física en las personas mayores. En Santonja R (Ed.), *La salud y la actividad física en personas mayores. Tomo 1* (173-189). Comité Olímpico Español.
- Salgado, A., Guillén, F., Rabassa, B., & Santiago, J. (1986). Aspectos demográficos de la 3ª edad. In F.Guillén, A.Salgado, F. Jiménez, & J.Santiago (Eds.), *El médico y la tercera edad*. (29-69). Madrid: Lab. Beecham.
- Strehler, B. L. (1986). Genetic instability as a primary cause of human aging. *Experimental Gerontology*, 21, 283-319.
- Shock, N. W. (1970). Physiological aspects of aging. *Journal of the American Dietetic Association*, 56, 491-496.
- Zs-Nagy, I. (1979). The role of membrane structure and function in cellular aging; a review. *Mechanisms Ageing and Development*, 237-246.
- Zunzunegui, M. V., & Béland, F. (2000). Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. Informe SESPAS2010. *Gaceta Sanitaria*, 24(Suppl 1), 68-73.
- Wells, K., & Dillon, E. (1952). The sit and reach -a test of back and leg flexibility. *Research Quarterly for Exercise & Sport*, 23, 115-118.

CAPÍTULO 9

PERFIL FUNCIONAL DOS MUITO IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE: DIFERENÇAS DE GÉNERO

ROGÉRIO MANUEL CLEMENTE RODRIGUES
ISABEL MARGARIDA MARQUES MONTEIRO DIAS MENDES
SANDRINA SOFIA DA SILVA CRESPO
CRISTIANA FILIPA RIBEIRO DA SILVA

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Nota Introdutória

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007), o género é um dos determinantes que influencia os factores de risco em saúde, o comportamento de procura de ajuda e a saúde tanto de homens como de mulheres, condicionando também o acesso aos cuidados de saúde e a resposta dos profissionais.

Quando nos referimos a género, no presente documento, temos como referência da literatura científica a perspectiva de Kim e Nafziger (2000, p. 1) “(...) *as diferenças de sexo representam as diferenças entre homens e mulheres, as quais incluem o que difere dos pontos de vista genético, hormonal, reprodutivo e físico; as diferenças de género descrevem a variabilidade entre homens e mulheres que é atribuível às influências ambientais, como a sociedade, a cultura e a história*”.

As iniquidades de género na velhice resultam da acumulação de desvantagens durante o percurso de vida. A necessidade de adotar medidas, tendo em conta este percurso, advém do facto de circunstâncias atuais poderem ser explicadas à luz desse conhecimento, tendo em conta a posição socioeconómica, desempenho de papéis e relacionamento social (United Nations Economic Commission for Europe [UNECE], 2009).

O processo de socialização do grupo populacional que é aqui estudado, os muito idosos, é relevante para se perceber a situação distinta, logo à partida, entre homens e mulheres, que afeta não só, o plano individual de cada um, em particular, mas também as repercussões no plano coletivo, nomeadamente em termos das exigências das relações intergeracionais, à sustentabilidade dos sistemas de saúde e, sobretudo, da segurança social.

A necessidade de reposicionar os idosos e os muito idosos, no conjunto do sistema de relações intergeracionais com o direito efetivo de representação e de participação social e política sobressai como condição necessária para este grupo populacional (Cabral *et al.*, 2013), tendo como pano de fundo as diferenças de género.

As diferenças entre género prendem-se primordialmente com o processo de socialização. Para o presente grupo populacional, os muito idosos, este processo foi notoriamente marcado, com a esfera feminina centrada no espaço doméstico e a esfera masculina centrada no espaço social público.

Este processo de socialização inicia-se na infância, com as especificidades relacionadas com o desempenho de papéis, sendo exemplo o espaço lúdico distinto para os indivíduos do sexo masculino ou feminino. Ao longo do ciclo de vida estas diferenças de socialização mantêm-se, sendo que, cabe à mulher realizar a maioria do trabalho doméstico e desempenhar o papel de cuidadora da sua família. No que concerne ao trabalho remunerado, também se observa que o homem continua a ser visto como aquele que sustenta a família, enquanto as mulheres, têm empregos de menor remuneração, em *part-time*, e uma maior tendência para trabalhar junto à área de residência (Foster, 2004).

Estas iniquidades trazem como consequência à mulher idosa, no contexto dos recursos económicos, maior probabilidade de depender de uma pensão de sobrevivência, menores pensões e, por conseguinte, maior pobreza na velhice.

Por outro lado, a desigual longevidade entre homens e mulheres, nas sociedades ocidentais contemporâneas, marca as diferenças de perfil funcional de cada um, mas também impõe, na idade mais avançada, assimetrias nas trajetórias, ao longo do curso de vida, entre homens e mulheres.

Deste modo, neste capítulo iremos analisar as diferenças de género atendendo às cinco áreas que constituem o perfil funcional da população idosa (≥ 75 anos) de Coimbra: recursos sociais, recursos económicos, saúde física, saúde mental e atividades de vida diária (AVD), considerando o género como uma variável estrutural na análise.

Resultados

Recursos sociais

As redes de apoio social podem ter influência no bem-estar e qualidade de vida das pessoas mais velhas (Bowling, 2005), nomeadamente, na gestão dos seus sentimentos de solidão e na atenuação dos efeitos negativos inerentes às principais transições (reforma e viuvez)

ocorridas em fases avançadas das suas vidas (Grunfeld, Glosop, McDowell, & Danbrook, 1997; Hellström, Persson, & Hallberg, 2004; Li, 2007; Pizzetti, Manfredini, & Lucchetti, 2005).

A rede social de apoio ao idoso tende a variar em número e composição ao longo do tempo. O agregado familiar, em particular, representa um cenário importante para o desenvolvimento das relações sociais e para o papel social de todos os envolvidos. Em especial, para os muito idosos, a sua composição, entre outras, tem um fator protetor na sobrevivência do indivíduo (Bisschop *et al.*, 2003; Keller, Magnuson, Cernin, Stoner, & Potter, 2003; Litwin & Shiovitz-Ezra, 2006) e na utilização de serviços de saúde e sociais (Litwin, 2004; Rodrigues, 2009; Wenger, 1997).

No que concerne aos resultados referentes à amostra em estudo sobressaem diferenças de género, que se refletem no agregado familiar e coabitação, tal como observado na Tabela 1. Assim, no que diz respeito aos homens estes têm a maior percentagem de coabitação com o cônjuge (74,6% dos homens e 32,7% das mulheres). Quanto às mulheres, 30,8% vivem sozinhas (estado civil solteira/viúva/divorciada) e 30,5% vivem com os filhos (frequentemente em coabitação com os netos). Estas diferenças foram também observadas por Rueda e Arazcoz (2009), Cabral *et al.* (2013) e Rodrigues (2009), podendo estar associadas a uma mortalidade precoce entre os homens e consequente viuvez entre as mulheres (Rodrigues, 2009).

Tabela 1 - *Distribuição segundo a pessoa com quem vive*

Pessoa com quem vivem	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total					
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vive sozinho	36	11,3	150	30,4	186	22,9	14	13,7	75	31,6	89	26,3	50	11,8	225	30,8	275	23,9
Cônjuge	255	79,7	214	43,3	469	57,6	60	58,8	25	10,5	85	25,1	315	74,6	239	32,7	554	48,0
Filhos	49	15,3	117	23,7	166	20,4	32	31,4	106	44,7	138	40,7	81	19,2	223	30,5	304	26,4
Netos	18	5,6	32	6,5	50	6,1	6	5,9	20	8,4	26	7,7	24	5,7	52	7,1	76	6,6

Desta análise é visível o que está descrito na literatura referente à feminização do envelhecimento, observando-se que há uma maior percentagem de mulheres viúvas, a viver com os filhos, refletindo não só a morte precoce do cônjuge como, também, um aumento da incapacidade funcional para habitarem sozinhas e a associação do papel de cuidador mais relacionado com o género feminino (OMS, 2007; Perista & Perista, 2012; Prus & Gee, 2003; Rodrigues, 2009).

Quanto à dimensão da autoperceção de ajuda, incluída na autoavaliação de recursos sociais, existem marcadas diferenças entre homens e mulheres ($p < 0,05$), sendo que as mulheres percebem ter menos apoio caso estejam doentes ou incapacitadas e por menos tempo do que os homens. Também no estudo de Rodrigues (2009) as mulheres apresentaram pior autoperceção da disponibilidade de ajuda. Já no relatório da OMS (2007) era sublinhado a vulnerabilidade face à solidão e exclusão social entre as mulheres.

Em relação à pessoa que poderia prestar ajuda, 50,5% dos homens e 12,9% das mulheres responderam que seria o cônjuge e 69,9% dos homens e 71,3% das mulheres referiram os filhos, evidenciando mais uma vez as diferenças entre género.

De acordo com a classificação do modelo do Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos/Older Americans Resources and Services (QAFMI/OARS), globalmente, os resultados indicam que os homens apresentam melhores recursos sociais ($p < 0,001$). Esta diferença, com pior pontuação para as mulheres, pode ser explicada pelos menores contatos sociais, menor participação em atividades sociais e menor disponibilidade de ajuda resultante da viuvez (Cabral *et al.*, 2013; Rodrigues, 2009).

Quando se analisam os recursos sociais por grupo etário, verificam-se diferenças entre homens e mulheres no grupo etário 75-84 anos e semelhanças no grupo etário ≥ 85 anos, evidenciando uma situação em que o avançar da idade não agrava a incapacidade funcional nesta área.

Quanto às habilitações literárias Cabral *et al.* (2013) encontraram também diferenças entre os idosos, destacando-se que os indivíduos do sexo feminino, com idade menos avançada, estado civil de solteiro e divorciado/separado, a viverem sozinho e que possuem graus mais elevados de escolaridade (ensino secundário e superior) privilegiam os membros não-familiares (amigos e vizinhos), enquanto os idosos menos escolarizados, com idade mais avançada, privilegiam as redes preponderantemente familiares.

No que diz respeito à análise correlacional, entre os recursos sociais e as habilitações literárias, observou-se que não há diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$). Contudo, as mulheres apresentaram uma correlação positiva ($r = +0,300$), significando que quanto mais elevadas as habilitações literárias, menores são os seus recursos sociais, enquanto, os homens apresentaram correlação negativa ($r = -0,013$).

Quanto à análise entre os recursos sociais e o estado civil foi verificado que existe diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$), ou seja, o estado civil influencia os recursos sociais da população idosa. Sendo que, são os divorciados, solteiros e viúvos os que apresentam piores recursos sociais.

Estes resultados vêm ao encontro do estudo referente ao processo de envelhecimento em Portugal realizado por Cabral *et al.* (2013), onde se verificou que são os casados, e sobretudo os viúvos, que têm redes interpessoais mais pequenas, sendo esta tendência contrária à dos solteiros e dos divorciados/separados.

Em síntese, sublinham-se as principais tendências apontadas pelos resultados referentes aos recursos sociais que caracterizam os muito idosos do concelho de Coimbra, tendo em conta as diferenças de género:

- *Agregado familiar e coabitação no grupo etário 75-84 anos*: os homens têm a maior percentagem de coabitação com o cônjuge; as mulheres, devido ao estado civil predominante de viuvez, vivem sozinhas ou vivem com os filhos (frequentemente em coabitação com os netos);
- *Pessoa que poderia prestar ajuda*: o cônjuge é referido pelos homens, e os filhos são mencionados pelas mulheres. Sendo que as mulheres percebem ter menos apoio caso estejam doentes ou incapacitadas e por menos tempo do que os homens.

Recursos económicos

No que se refere à área dos recursos económicos, atualmente, quer em termos internacionais quer em termos nacionais, segundo os diversos estudos e relatórios de entidades de referência, a taxa de pobreza nas mulheres idosas mantém-se no dobro relativamente à dos homens (Direcção Geral de Saúde [DGS], 2004; Perista & Perista, 2012; UNECE, 2009; United Nations [UN], 2010; UN, 2013; United Nations Population Fund & HelpAge International [UNFPA- HelpAge], 2012).

No relatório elaborado por UNFPA-HelpAge (2012) a pobreza é referenciada como uma das principais ameaças ao bem-estar da população mais velha. Estando esta associada a baixos recursos económicos, baixo nível de escolaridade, deficitárias condições de saúde e desnutrição. Neste relatório é, ainda, enfatizada a diferença de género, de onde se sublinha que as mulheres mais velhas, especialmente as viúvas e aquelas sem filhos, são particularmente vulneráveis, tanto económica quanto socialmente.

Deste modo, “a questão dos recursos económicos é sensível para a maioria dos idosos, não como fim mas como meio para atingir um fim” (Rodrigues, 2009, p. 64).

No que concerne aos resultados da situação laboral referentes à amostra em estudo sobressaem também diferenças de género. A maioria dos homens são “reformados por idade” (77,7% dos homens e 56,4% das mulheres) e a maioria das mulheres são “reformadas por invalidez” (20,4% dos homens e 32,4% das mulheres), sendo esta diferença entre género significativa ($p < 0,001$).

Quanto à forma como os rendimentos cobrem as suas necessidades, tal como observado na Tabela 2, 23,0% dos homens e 13,5% das mulheres referem que cobrem “muito bem” as suas necessidades, 54,3% dos homens e 48,8% das mulheres como “razoavelmente” e 21,6% dos homens e 35,8% das mulheres “com dificuldade”. Para o total da amostra, as mulheres apresentam uma autoavaliação mais negativa ($p < 0,001$).

Tabela 2 - Distribuição segundo a autoavaliação da forma como os rendimentos cobrem as suas necessidades

	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total			
	M		F		Total		M		F		Total		M		F	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito bem	67	20,9	74	15,0	141	17,3	30	29,4	25	10,5	55	16,2	97	23,0	99	13,5
Razoavelmente	177	55,3	248	50,2	425	52,2	52	51,0	109	46,0	161	47,5	229	54,3	357	48,8
Com dificuldade	75	23,4	164	33,2	239	29,4	16	15,7	98	41,4	114	33,6	91	21,6	262	35,8
NS/NR	1	0,3	8	1,6	9	1,1	4	3,9	5	2,1	9	2,7	5	1,2	13	1,8
Total	320	100	494	100	814	100	102	100	237	100	339	100	422	100	731	100

Quanto à expectativa de rendimentos para garantir o seu futuro, 53,3% dos homens e 36,5% das mulheres referiram que serão “suficientes”, enquanto 29,4% dos homens e 42,4% das mulheres referiram que serão “insuficientes”, sendo estas diferenças entre género significativas ($p < 0,001$).

Os resultados referentes à autoavaliação espelham as diferenças de género nos dois grupos etários mas, igualmente, entre grupos ($p < 0,05$). Ainda é de referir que, nos dois grupos etários observamos uma situação inversa entre homens e mulheres, sendo que a maioria dos homens, em ambos os grupos etários, refere que os rendimentos serão “suficientes”, 52,8% do grupo etário dos 75-84 anos, e 54,9% do grupo etário no grupo etário ≥ 85 anos, respetivamente. Por outro lado, a maioria das mulheres, dos dois grupos etários, refere que os rendimentos serão “insuficientes” para garantir o seu futuro, 42,3% do grupo etário dos 75-84 anos, e 42,6% do grupo etário ≥ 85 anos respetivamente.

Em síntese, numa breve caracterização dos recursos económicos dos muito idosos do concelho de Coimbra, tendo em conta as diferenças de género, destacam-se os seguintes aspectos:

- Situação laboral dos muito idosos: a maioria dos homens são reformados por idade e a maioria das mulheres são reformadas por invalidez;

- Quanto à forma como os rendimentos cobrem as suas necessidades, para o total da amostra, as mulheres apresentam uma autoavaliação mais negativa;
- Quanto à expectativa de rendimentos para garantir o seu futuro, mais de metade dos homens referiram ser “suficientes”, e o inverso para as mulheres, isto é, mais de metade das mulheres referiram que serão “insuficientes”.

Saúde física e saúde mental

Na última década, a investigação que tem sido conduzida na área do género e saúde é significativa, incluindo as diferenças de género na vulnerabilidade e ao impacto de condições específicas de saúde. Tem sido demonstrado que o género influencia o modo como as políticas de saúde são concebidas e implementadas, e como o sistema de saúde responde quer aos homens quer às mulheres (Vlassoff & Moreno, 2002).

É impossível compreender o envelhecimento, e as condições de saúde, sem uma perspetiva de género. Estes dois conceitos estão intrinsecamente ligados aos determinantes de saúde que por sua vez, e a partir de um ponto de vista biológico e psicossocial, à medida que ocorre o envelhecimento se relacionam com o género.

Enquanto as mulheres experimentam maior morbilidade e incapacidade, os homens morrem mais cedo. No entanto, as razões para esta mortalidade prematura não são totalmente compreendidas (OMS, 2001; Rieker & Bird, 2005).

A perspetiva do género reconhece que o estado de saúde dos homens não pode ser separado dos seus papéis socialmente construídos. Por sua vez, esses papéis são fortemente influenciadas por visões culturalmente dominantes sobre a masculinidade. A construção social de masculinidade, o modo como os homens se devem comportar, parece ser um importante determinante da saúde dos homens em todas as sociedades (OMS, 2001). A OMS (2001) reconhece, também, que a saúde dos homens é inevitavelmente influenciada pela natureza das suas relações sociais, sendo que o processo de doença nos homens poderá estar associado à dimensão social, económica, cultural e psicológica.

No que diz respeito à saúde das mulheres e o seu processo de envelhecimento, a OMS (2007) sublinha, ainda, a importância de eventos que ao longo do curso de vida podem aumentar a vulnerabilidade a um estado de saúde precário.

Na revisão da literatura também se dá conta que as mulheres têm maior prevalência de doenças crónicas e incapacidades, particularmente na velhice. A influência das estruturas sociais na saúde das mulheres vai além das causas relacionadas com diferenciais socioeconómicos convencionais (Azeredo, 2011; Rieker & Bird, 2005; Shadbolt, 1996).

No que se refere aos resultados da população em estudo, e segundo as diferenças de género, tendo por base o que é igualmente mencionado na literatura gerontológica, sobressai no que diz respeito à saúde física, que as mulheres percecionam pior a sua saúde física com um traço mais acentuado no grupo etário ≥ 85 anos. Já em 1993 num estudo relativo às iniquidades em saúde na idade avançada, Arber e Ginn, verificaram que as mulheres idosas tendem a avaliar a sua própria saúde como menos positiva do que os homens, e estão seriamente em desvantagem em relação aos homens em termos de incapacidade funcional (Arber & Ginn, 1993).

Quanto às doenças crónicas, não existem marcadas diferenças entre género mas sim entre grupos etários, salientando-se as patologias do foro cardiovascular e diabetes no grupo etário etário 75-84 anos e o reumatismo e os problemas cardíacos no grupo etário ≥ 85 anos. Neste último, são as mulheres que apresentam mais queixas de reumatismo.

Estes dados vão ao encontro do descrito na literatura, onde é sublinhado no âmbito das sociedades contemporâneas, as causas de morbilidade e mortalidade mais comuns nos idosos sendo estas, a hipertensão, a insuficiência cardíaca, a diabetes mellitus, as doenças osteoarticulares, as doenças neoplásicas e as alterações da acuidade visual e auditiva (Warshaw, 2006).

De acordo com Anderson e Horvath (2004) cerca de 84% dos idosos com idade igual ou superior a 65 anos sofrem de pelo menos uma doença crónica, e 62% têm duas ou mais. Por exemplo, a hipertensão existe de forma isolada somente em 17% dos idosos, nos 83% restantes existe pelo menos outra condição crónica associada.

Os homens e, em especial os do grupo etário mais idoso, foram os que referiram com mais frequência ter tido necessidade de consulta médica.

No que concerne à autoavaliação na área de saúde mental, é assinalada a diferença de género nas situações identificadas com sintomatologia significativa, apresentando-se as mulheres, em ambos os grupos etários, com uma maior percentagem relativamente aos homens. Também na avaliação do entrevistador foi notória a diferença entre género e entre grupos etários, observando-se um declínio da saúde mental mais acentuado entre o grupo feminino.

Da revisão da literatura é destacado que relativamente à avaliação subjetiva sobre o estado de saúde, as mulheres, em geral, referem piores níveis de qualidade de vida do que os homens, para a maioria dos seus indicadores (estado de saúde físico, capacidade funcional, adequação de rendimentos, contactos sociais, stress psicológico e habilidade cognitiva). A particularidade que pode justificar estas diferenças na avaliação subjectiva do estado de saúde, entre homens e mulheres, tem vindo a ser identificada com uma divergência na avaliação qualitativa de “pobre” e “boa/excelente”, diferentemente interpretada por

homens ou por mulheres (Berg, Hassing, McClearn, & Johansson, 2006; Blazer, 2003; Ormel *et al.*, 2002; Prager, Walter-Ginzburg, Blumstein, & Modan, 1999).

Em suma, no que diz respeito às diferenças de género nas áreas de saúde física e saúde mental e suas implicações na trajetória de vida nos muito idosos, embora se denote que as situações mais negativas e com pior declínio se verifiquem no feminino, importa fazer uma reflexão que se sobrepõe à diferença de género. Isto é, conforme já sublinhado por Rodrigues (2009) no seu estudo sobre *a avaliação comunitária de uma população idosa - da funcionalidade à utilização de serviços*, devido ao factor da subjetividade do estado de saúde percebido pelo sujeito e da sua relação com as condições objetivas de vida, pode existir a possibilidade de diversidade de respostas para o mesmo contexto, e da aceitação das condições impostas pelo declínio funcional. Por exemplo, neste estudo, quanto à área de saúde mental muitos dos idosos referiram, inclusivamente, que não a poderiam classificar como “ótima” porque a “idade já era bastante avançada”.

Outros autores já advertiram para esta situação, dando como exemplo o facto de que se as pessoas referem estar satisfeitas com um nível de saúde que se situa “objectivamente” no nível baixo, isto pode refletir duas situações: ou os sujeitos se situam num nível baixo do estado de saúde avaliado, ou sugere que estes se ajustaram ao estado de saúde pobre. Para o planeamento e políticas de saúde, assim como para a interpretação do significado que o indivíduo atribui ao seu estado de saúde, a medição deve abranger, então, as diferentes possibilidades de avaliação, pelo sujeito, pelo cuidador e pelo entrevistador (Baltes & Mayer, 2001; Hickey, Speers, & Prohaska 1997).

Atividades de vida diária

A autonomia funcional é definida como o nível de bem-estar com o qual os indivíduos pensam, sentem, actuam, ou se comportam em congruência com o seu meio envolvente (OMS, 2002).

A capacidade funcional determina a área da comunidade na qual o indivíduo se mantém independente, coopera e participa em eventos, visita outras pessoas e utiliza os serviços existentes nas organizações da sociedade onde se integra, contribuindo para o enriquecimento da sua vida e daqueles que lhe estão mais próximos. A avaliação da capacidade funcional/autonomia funcional, ou competência funcional, inclui a avaliação das capacidades do indivíduo para realizar as várias atividades de vida diária, as atividades instrumentais de vida diária e atividades relacionadas com a mobilidade (OMS, 2002).

As alterações e défices causados pela diminuição na cognição implicam diminuição e/ou perdas nas capacidades funcionais, interferindo de forma significativa na realização das denominadas AVD, contribuindo para o declínio funcional. As AVD são atividades desenvolvidas no dia-a-dia

relacionadas com o autocuidado e com a participação social, e podem ser subdivididas em atividades de vida diária física (AVDf) e atividades de vida diária instrumentais (AVDi). Para além da avaliação da capacidade para a realização das AVD, a avaliação do estado cognitivo é fundamental para adequar os cuidados aos idosos com dependência em algumas atividades de vida diária, uma vez que a dificuldade na realização de tarefas é anterior ao declínio da função cognitiva (Baltes & Mayer, 2001; Rodrigues, 2009).

A dificuldade no desempenho de certas atividades da vida diária ocorre primeiramente em relação às AVDi, que são mais complexas, incluindo o uso de telefone, limpeza da casa, uso de transporte, lidar com finanças, fazer compras. As perdas relativas às AVDF surgem, na maioria das vezes, após a perda das AVDi, sendo estas actividades as relacionadas com os cuidados pessoais básicos e que são fundamentais para garantir independência, tais como, cuidados de higiene pessoal, vestir-se e despir-se e alimentar-se (Oliveira, 2006).

No que concerne aos resultados deste estudo, tal como no estudo de Farinasso (2005) e Rodrigues (2009), não se observaram diferenças entre género mas apenas entre grupos etários, relacionando-se este facto com o declínio da saúde física e mental dos participantes que também se traduz numa diminuição da sua capacidade funcional na área das AVD (Nikolova, Demers, Beland, & Giroux, 2011; Oliveira *et al.*, 2010).

A similaridade da classificação entre género poderá decorrer da capacidade para desenvolver atividades diferentes, ou seja, enquanto os homens têm maior capacidade, por exemplo, para usar o telefone e administrar o dinheiro, as mulheres apresentam maior capacidade para preparar as refeições. Contudo, nos estudos de Oliveira *et al.* (2010), Rodrigues (2012) e Silva (2014), os homens apresentaram maior dependência funcional nas AVD resultante de uma maior dificuldade para as tarefas domésticas.

Os homens apresentam maior incapacidade na preparação de refeições e em atividades domésticas como arrumar e limpar a casa, enquanto as necessidades de ajuda das mulheres situam-se na ajuda para utilizar o telefone, para tomar a medicação, para administrar o dinheiro, para fazer compras e na mobilidade, como por exemplo, na deslocação a espaços distantes de casa que implique o uso de transportes. Tal como noutros estudos, são as mulheres a referir mais esta necessidade, muito provavelmente pelo facto de serem as mulheres a terem menos habilitações literárias e, conseqüentemente, menor possibilidade de terem carta de condução e meio de transporte próprio (Rodrigues, 2009; Silva, 2014).

Em síntese, traçam-se as principais tendências no âmbito das atividades de vida diária entre homens e mulheres:

- Nas AVDi são os homens que apresentam melhor capacidade de realização sem ajuda;

- Em todas as AVDi a capacidade de realização, sem ajuda, diminui à medida que aumenta a idade. A capacidade para fazer as tarefas de casa é aquela que apresenta menor percentagem de idosos capazes de realizar esta tarefa sem ajuda;
- Os homens apresentam mais independência nas atividades de cuidar da sua aparência e tomar banho ou duche. De todas as AVDf, tomar banho ou duche é aquela que apresenta menor percentagem de idosos capazes de realização sem ajuda.

Síntese Conclusiva

Este capítulo dedicou-se à análise das diferenças de género referentes ao perfil funcional dos muito idosos, tendo sido organizado em quatro domínios em torno das cinco áreas funcionais: o primeiro ocupou-se com a área dos recursos sociais, o segundo com a área dos recursos económicos, o terceiro conjugou as áreas de saúde mental e saúde física e, por último, o quarto debruçou-se sobre a área das AVD.

No que diz respeito ao primeiro domínio, referente à área de recursos sociais, da análise dos resultados salientam-se as diferenças de género, nomeadamente quanto ao agregado familiar e coabitação, bem como à pessoa que poderia prestar ajuda. A principal tendência do agregado familiar e coabitação é caracterizada pelo predomínio das redes pequenas e familiares (Cabral *et al.*, 2013), compostas sobretudo pelo cônjuge no caso dos homens e pelos filhos no caso das mulheres. Esta tendência é também transversal à pessoa que poderia prestar ajuda, tendo em conta, que os homens referem sobretudo o cônjuge e, as mulheres, os filhos.

Quanto à área dos recursos económicos, analisada no segundo domínio, sobressaem de forma distinta para homens e mulheres, a situação laboral, a forma como os rendimentos cobrem as suas necessidades e a expectativa de rendimentos para garantir o seu futuro. Observa-se que os homens são, maioritariamente, reformados por idade e as mulheres, por invalidez. Além disso, as mulheres percebem os seus rendimentos, na sua maioria, como insuficientes, quer quanto às suas necessidades atuais quer quanto às suas necessidades futuras.

O terceiro domínio, respeitante às áreas de saúde mental e saúde física, reflete um declínio da capacidade funcional mais marcado no feminino, bem como, uma pior autoavaliação.

No último domínio analisado, cabe fazer uma breve referência à área das AVD. Os resultados encontrados mostram que os homens são mais independentes quanto às atividades que se reportam a utilizar transportes e administração de dinheiro. Enquanto as mulheres são mais independentes no que respeita às atividades domésticas.

Do ponto de vista discursivo e conceptual pode dizer-se que o género, enquanto determinante da saúde, intervém na vida dos homens e das mulheres de forma diferente, influenciando: exposição a fatores de risco; o acesso à informação; a experiência subjetiva da doença e o significado social da mesma; as atitudes pessoais em relação à manutenção da própria saúde e à dos outros elementos da família; os padrões de utilização dos serviços; o processo de prestação de cuidados; a efetividade e qualidade da resposta às necessidades específicas dos utentes enquanto homens ou mulheres (Women's Health Association of Victoria, 2001).

Numa última análise dos resultados deste estudo deparamo-nos com o facto de que o envelhecimento envolve uma vulnerabilidade crescente nos muito idosos, em geral, e à mulher idosa em particular, quer em termos da sua saúde física, saúde mental e atividades de vida diária, quer em termos de proteção e apoio social. A condição de vulnerabilidade sentida pelas mulheres idosas é em parte resultante de fatores biológicos mas, também, devido a estilos de vida, recursos sociais e recursos económicos de onde se destaca a baixa escolaridade, pobreza e isolamento social.

Estas distintas formas de envelhecimento implicam uma adequação das políticas públicas, e da organização dos serviços de saúde e de apoio social, baseadas na compreensão das diferenças entre o envelhecer homem e mulher.

Referências Bibliográficas

- Anderson, G. F., & Horvath, J. (2004). The growing burden of chronic disease in America. *Public Health Reports*, 119(3), 263-270.
- Arber, S., & Ginn J. (1993). Gender and inequalities in health in later life. *Social Science & Medicine* 36 (1), 33-46. DOI: 10.1016/0277-9536(93)90303-L
- Azeredo, Z. (2011). O Idoso como um todo. Viseu: PsicoSoma.
- Baltes, P., & Mayer, K. (2001). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Berg, A., Hassing, L., McClearn, G., & Johansson, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Aging & Mental Health*, 10(3), 257-264.
- Bisschop, M., Kriegsman, D., van Tilburg, T., Pennix, B., van Eijk, J. T., & Deeg, D. J. H. (2003). The influence of differing social ties on decline in physical functioning among older people with and without chronic diseases: the Amsterdam longitudinal aging study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 15, 164-173.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: review and commentary. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 57, 3.
- Bowling, A. (2005). *Ageing well. Quality of life in old age*. Maidenhead: Open University Press.

- Cabral, M., et al. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal*. Usos do Tempo, Redes Sociais e Condições de Vida, Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Farinasso, A. (2005). *Perfil dos idosos em uma área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família* (Dissertação de Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil. Recuperado de <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/343>. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc3\(11\)343](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc3(11)343).
- Foster, L. (2004). *Gender, Pensions and The Life Course*. In proceedings of the British Sociological Conference 2004, Reino Unido, 22-24 Junho 2004. Recuperado de http://www.sheffield.ac.uk/polopoly_fs/1.714111/file/8foster.pdf.
- Grunfeld, E., Glossop, R., McDowell, I., & Danbrook, C. (1997). Caring of elderly people at home: the consequences to caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, 157, 1101-1105.
- Hellström, Y., Persson, G., & Hallberg, I. R. (2004). Quality of life and symptoms among older people living at home. *Journal of Advanced Nursing*, 48(6), 584-593.
- Hickey, T., Speers, M., & Prohaska, T. (1997). *Public health and aging*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Keller, B. K., Magnuson, T. M., Cernin, P. A., Stoner, J. A., & Potter, J. F. (2003). The significance of social network in a geriatric assessment population. *Aging Clinical and Experimental Research*, 15, 512-517.
- Kim, J., & Nafziger, A. (2000). Is it sexo or is it gender?. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 68(1), 1-3.
- LI, Y. (2007). "Recovering from spousal bereavement in later life: does volunteer participation play a role?". *Journals of Gerontology – Social Sciences*, 62, 257-66.
- Litwin, H. (2004). Social networks, ethnicity and public home-care utilisation. *Ageing and Society*, 24, 921-939.
- Litwin, H., & Shiovitz-Ezra, S. (2006). Network type and mortality risk in later life. *The Gerontologist*, 46(6), 735-743.
- Nikolova, R., Demers, L., Beland, F., & Giroux, F. (2011). Transitions in the functional status of disabled community-living older adults over a 3-year follow-up period. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52, 12-17. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19945757>. doi: 10.1016/j.archger.
- Oliveira, C., Rosa, M., Pinto, A., Botelho, M., Morais, A., & Veríssimo, M. (2010). *Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa*. Lisboa, Portugal: Alto Comissariado da Saúde.
- Oliveira, S. F. (2006). *Declínio cognitivo, funcionalidade e arranjos domiciliares entre idosos do município de São Paulo* (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, Brasil.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *The world health report*. Geneva: Organização Mundial de Saúde.

- Organização Mundial de Saúde. (2007). *Women, Ageing and Health: A Framework for Action. Focus on Gender*. Genebra, Suíça: Autor. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563529_eng.pdf?ua=1
- Organização Mundial de Saúde. Departamento de Prevenção de Doenças Não- comunicáveis e Promoção da Saúde. (2002). *Active ageing a policy framework*. Genebra, Suíça: Organização Mundial de Saúde. Recuperado de http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/.
- Ormel, J., Rijdsdijk, F., Sullivan, M., Sonderen, E., Gertrudis, I., & Kempen, M. (2002). Temporal and reciprocal relationship between IADL/ADL disability and depressive symptoms in late life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(4), 338-347.
- Perista, H., & Perista, P. (2012). *Género e Envelhecimento: Planear o Futuro Começa Agora!*, Cadernos Condição Feminina, Lisboa, Presidência do Conselho de Ministros - Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Pizzetti, P., Manfredini, M., & Lucchetti, E. (2005). Variations in late-age mortality by household structure and marital status in Parma, Italy. *Ageing & Society*, 25, 305-318.
- Prager, E., Walter-Ginzburg, A., Blumstein, T., & Modan, B. (1999). Gender differences in positive and negative self-assessments of health status in a National epidemiological study of Israeli aged. *Journal of Women & Aging*, 11(4), 21-41.
- Prus, S., & Gee, E. (2003). Gender Differences in the Influence of Economic, Lifestyle, and Psychosocial factors on Later-life Health. *Canadian Journal of Public Health*, 94(4), 306-309.
- Rieker P., & Bird, C. (2005). Rethinking gender differences in health: why we need to integrate social and biological perspectives. *The Journal of Gerontology. Psychological Sciences and Social Sciences*, 2, 40-47.
- Rodrigues, R. M. C. (2009). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Rodrigues, T. F. S. (2012). O modelo OARS na Enfermagem Comunitária: avaliação da funcionalidade e utilização de serviços de uma população idosa rural (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Rueda, S., & Artazcoz, L. (2009). Gender inequality in health among elderly people in a combined framework of socioeconomic position, family characteristics and social support. *Ageing & Society*, 29, 625-647.
- Shadbolt, B. (1996). Health consequences of social-role careers for women: a life-course perspective. *Australian, New Zealand Journal of Public Health*, 20, 172-80.
- Silva S. (2014). Estado funcional e utilização de serviços em idosos no habitat urbano, estudo em São João da Madeira (Portugal) (Tese de Doutoramento). Faculdade de Medicina da Universidade de Santiago de Compostela, Departamento de Psiquiatria, Radiologia e Saúde Pública, Santiago de Compostela.

- United Nations Economic Commission for Europe [UNECE]. (2009). *Policy Brief on Ageing*. Europa: Autor. Recuperado de http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/_docs/age/2009/Policy_briefs/1-Policybrief_Mainstreaming_Eng.pdf.
- United Nations Population Fund, & HelpAge International. (2012). *Ageing in the Twenty-First Century: A celebration and a challenge*. Nova Iorque e Londres: United Nations Population Fund, & HelpAge International.
- United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Office of the High Commissioner for Human Rights. (2010). *Current status of the social situation, wellbeing, participation in development and rights of older persons worldwide*. Europa: Autor. Recuperado de <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/publications/current-status-older-persons.pdf>.
- United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *World Population Ageing 2013*. Recuperado de <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>.
- Vlassoff, C., & Moreno, C. (2002). Placing gender at the centre of health programming: challenges and limitations. *Social Science & Medicine*, 54, 1713–23.
- Warshaw, G. (2006). Advances and challenges in care of older people with chronic illness. *Generations*, 30, 5-10.
- Wenger, G. C. (1997). Social networks and the prediction of elderly people at risk. *Aging & Mental Health*, 1, 311-320.
- Women's Health Association of Victoria. (2001). *Position Paper on Gender & Practice*. Estados Unidos da América: Women's Health Association of Victoria.

CAPÍTULO 10

PERFIL FUNCIONAL DO IDOSO: DA CLASSIFICAÇÃO À INTERVENÇÃO

ROGÉRIO MANUEL CLEMENTE RODRIGUES

SILVIA MANUELA DIAS TAVARES DA SILVA

ISABEL MARGARIDA MARQUES MONTEIRO DIAS MENDES

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Nota Introdutória

A possibilidade de uma avaliação multidimensional em cinco áreas (recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e actividades de vida diárias) com pertinência no contexto da saúde e a determinação do conjunto de serviços que maior impacto podem ter na qualidade de vida dos idosos, permite uma intervenção dirigida a aspectos específicos de determinado grupo populacional e prever necessidades futuras. Os estudos desenvolvidos com essa finalidade permitem fazer um diagnóstico da situação funcional de uma população, a sua utilização e necessidade sentida de serviços, dando indicações sobre a forma de realizar a alocação dos diversos serviços (Fillenbaum, 1988; Patiño, 1994; Rodrigues, 1999; Rodrigues, 2009).

Neste capítulo, iremos abordar a utilidade da avaliação multidimensional das cinco áreas contidas no instrumento OARS/QAFMI no que diz respeito à identificação da situação funcional, à definição do limite de incapacidade ou o perfil funcional do grupo populacional alvo, com a finalidade de determinar o conjunto de áreas de incapacidade que serão critério de intervenção.

Deste modo, este capítulo versará de forma sequencial a descrição do declínio funcional, e consequente, fragilidade/vulnerabilidade associados ao envelhecimento, a necessidade de classificação deste declínio enquanto incapacidade funcional, tendo em conta a avaliação da capacidade/autonomia funcional, e por fim o sistema dos perfis funcionais e a sua análise a partir de diversos estudos apresentados.

Declínio Funcional e Envelhecimento

O envelhecimento populacional é um fenómeno que ocorre rapidamente nas sociedades contemporâneas, alterando o perfil de morbi-mortalidade da população, originando grande impacto, no que diz respeito, à funcionalidade e manutenção da independência dos indivíduos.

O envelhecimento é acompanhado por um declínio funcional progressivo que está associado a quadros de dependência responsáveis por cuidados específicos.

O processo de envelhecimento encontra-se estreitamente ligado ao conceito de capacidade funcional/autonomia funcional, sendo este último definido como a capacidade que uma pessoa tem para realizar as actividades necessárias que assegurem o seu bem-estar. Integra três domínios de funções: biológica, psicológica (cognitiva e afectiva), e social. Desta forma, a avaliação funcional é derivada do modelo onde se observa como é que a inter-relação destes diferentes domínios contribui para o comportamento e funcionamento em geral (WHO, 2002).

A autonomia funcional também tem sido designada de competência funcional, e definida como o nível de bem-estar com o qual os indivíduos pensam, sentem, actuam, ou se comportam em congruência com o seu meio envolvente (WHO, 2002).

Neste âmbito, a saúde e a capacidade funcional são cruciais para a qualidade de vida social das pessoas. A capacidade funcional determina a área da comunidade na qual o indivíduo se mantém independente, coopera e participa em eventos, visita outras pessoas e utiliza os serviços existentes nas organizações da sociedade onde se integra, contribuindo para o enriquecimento da sua vida e daqueles que lhe estão mais próximos.

A avaliação da capacidade funcional/autonomia funcional ou competência funcional inclui a avaliação das capacidades do indivíduo em realizar as várias actividades de vida diária, as actividades instrumentais de vida diária e actividades relacionadas com a mobilidade (WHO, 2002).

Nas pessoas idosas, as respostas adaptativas dos diferentes domínios a agentes adversos assumem uma importância crescente. Neste contexto, surge o modelo teórico do processo de declínio funcional de Hébert (1997) que enquadra os conceitos de disfunção, incapacidade e deficiência, e em paralelo as diferentes áreas de intervenção (Figura 1).

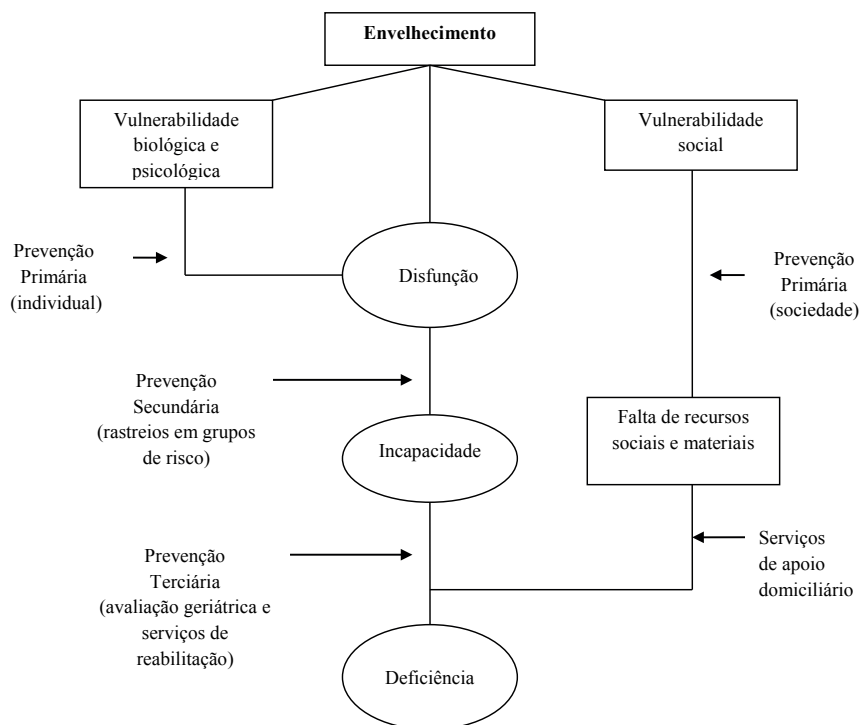


Figura 1 - *Modelo teórico do processo de declínio funcional*

Fonte: Adaptado de Hébert, R. (1997). Functional decline in old age. *Canadian Medical Association Journal*, 157(8), 1037-1045.

A compreensão deste modelo assenta no nível individual, abrangendo a noção do comprometimento da autonomia pela incapacidade que resultou da vulnerabilidade do processo de envelhecimento do indivíduo, quer a nível fisiológico quer a nível psicológico, e consequentes disfunções.

A perspectiva do curso de vida na abordagem do processo de envelhecimento e do aparecimento da fragilidade associado a este, tendo em conta, por um lado, as capacidades físicas e cognitivas do indivíduo e, por outro, as condições psicossociais e ambientais é uma abordagem multidisciplinar que permite identificar factores ao longo do curso de vida, e igualmente, compreender melhor o processo que condiciona a vulnerabilidade dos indivíduos para se tornarem frágeis na idade avançada e desta forma, actuar precocemente de forma a impedi-la de surgir ou de retardar o seu aparecimento (Kuhn, 2007).

Na revisão da literatura compreende-se que a vulnerabilidade/fragilidade é a condição que o indivíduo apresenta aos desafios do próprio ambiente. Esta condição é geralmente observada nas pessoas idosas com mais de 85 anos de idade ou naquelas mais novas que apresentam uma combinação de doenças crónicas ou limitações funcionais que reduzam a sua capacidade em se adaptar ao *stress* originado pelas doenças agudas, hospitalização ou outras situações de risco (Hazzard, Brerman, Blass, Ettinger, & Halter, 1994).

A vulnerabilidade/fragilidade no idoso é uma condição que o coloca em risco de incapacidade e conseqüente dependência. É um conceito complexo, que tem por base as alterações biológicas de diversos sistemas, nomeadamente sistema endócrino, cardiovascular, músculo-esquelético, imunológico e nervoso, associado a idade avançada. A vulnerabilidade resulta, igualmente, da interacção dos diferentes factores biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais, de onde as capacidades físicas (em especial a função de motricidade) constituem um elemento central do fenómeno (Ávila-Funes, Gray-Donald, & Payette, 2006; Bergman *et al.*, 2004; Classen, Mann, Wu & Tomita, 2004; Fried *et al.*, 2001).

Neste sentido, investigadores e clínicos têm demonstrado um interesse crescente no conceito de fragilidade/vulnerabilidade. Contudo, ainda não existe consenso quer relativamente ao conceito quer à sua definição, bem como aos critérios a utilizar para identificar a fragilidade (que comumente incluem sarcopenia, perda de peso, fraqueza, exaustão, lentidão e baixa actividade física) e ainda à relação desta com o processo de envelhecimento, incapacidade física e mental do indivíduo e os recursos sociais e económicos de que dispõe (Bergman *et al.*, 2007).

Estes recursos são moderados pela vulnerabilidade associada ao envelhecimento, tais como o nível socioeconómico, as condições habitacionais e a rede social. A provisão dos recursos para manter a pessoa idosa na sua habitação representa a situação típica da autonomia social na qual o apoio da família e dos serviços da comunidade compensam a presença das incapacidades.

O conceito de incapacidade que aqui se salienta representa, ao nível físico e mental, a consequência da(s) disfunção(ões) de um órgão ou sistema no estado funcional do indivíduo em termos de limitações de funções ou restrições de actividades de vida diárias, e igualmente, as limitações ao nível socioeconómico e da rede de suporte social (Kuhn, 2007).

Em síntese, os idosos, e particularmente os muito idosos, estão sujeitos a uma multiplicidade de diagnósticos de saúde em que as componentes físicas, mentais e sociais estão fortemente interligadas, pelo que as medidas de avaliação multidimensionais são as mais adequadas. De igual modo, para quem cuida de idosos, são úteis as medidas de capacidade/incapacidade funcional que avaliam a possibilidade de independência/

dependência, apesar da doença, limitações físicas ou as mentais e o suporte social (Ferreira, Rodrigues, & Nogueira, 2006).

Neste contexto, o modelo OARS/QAFMI com base nestes pressupostos, tendo em conta o que já ficou descrito nos capítulos anteriores, e a partir do seu sistema de recolha de informação com reconhecida fiabilidade e validade, permite a realização de um diagnóstico pormenorizado da situação dos idosos, com a criação de um Sistema de perfis funcionais, onde a conjugação das incapacidades funcionais possibilita às instituições a afectação de recursos e serviços.

Sistema dos Perfis Funcionais do Modelo OARS/QAFMI

As pontuações atribuídas nas cinco áreas do modelo QAFMI/OARS permitem combinações que agrupam os inquiridos em função das suas incapacidades. Sendo definido, para cada escala de classificação, um ponto de corte que as dicotomize em dois grupos; em função das necessidades ou possibilidades de intervenção nessa área, obtêm-se grupos de funcionamento homogéneo ou com idêntico tipo de incapacidades. Da combinação do diferente número de áreas em que se verifique uma classificação definida como “insatisfatória” (por ex. pontuações 5 e 6) resulta um conjunto de 32 perfis funcionais. Esta classificação por perfis funcionais pode estar indicada nos casos, ou problemas, em que seja apropriado dar especial atenção a indivíduos com limitações em áreas consideradas relevantes ou passíveis de intervenção.

Protocolo de Definição de Perfis Funcionais

Para calcular os perfis funcionais é necessário recorrer à pontuação de incapacidade funcional (PIF), obtida a partir das perguntas 87 a 91. Pode ser definida de duas formas: pelo entrevistador, a partir dos critérios de pontuação definidos para cada área funcional; ou através de programa informático construído com base em indicadores obtidos da resposta a questões consideradas chave. Em ambas as modalidades o objectivo é o mesmo: classificar o indivíduo em cada área numa escala de seis pontos. No entanto, considera-se mais pertinente a determinação do perfil da população tendo em conta a categorização informatizada obtida pelo modelo QAFMI/OARS, já que esta evita o enviesamento inerente a interpretações do entrevistador (apesar de, para cada área funcional, a escala de pontuação ter os critérios de perfeitamente definidos).

Considerando as cinco áreas medidas pelo QAFMI/OARS (recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e actividades da vida diária) os autores (Rodrigues, 1999; Ferreira, Rodrigues, & Nogueira, 2006; Rodrigues, 2009), criaram, com base no já existente na versão original, um modelo que torna possível determinar indicadores baseados em factores derivados das respostas às várias perguntas.

Este modelo foi traduzido e adaptado para o modelo QAFMI/OARS (Rodrigues, 2009), criando um programa informático que, recorrendo à base de dados em SPSS, determina as pontuações das dimensões do QAFMI/OARS, resultando daqui a classificação do idoso baseada nas perguntas chave e cada área funcional, ou seja, é possível utilizar as respostas do questionário objectivas e subjectivas com maior peso para a categorização naquelas área.

Este modelo traduz-se na classificação em escala de seis pontos cujo significado geral é o mesmo que aquele utilizado pelo entrevistador, sendo, por ordem decrescente de, “excelente”, “boa”, “limitação ligeira”, “limitação moderada”, “limitação grave” e limitação total”.

Deste modo, uma vez completo o questionário, o entrevistador responde às perguntas 73 a 86 do questionário cujo principal objectivo é auxiliar na atribuição da Pontuação de Incapacidade Funcional (PIF). Desta forma, é possível enquadrar o sujeito num conjunto de características predefinidas, classificando-o com base em toda a informação recolhida. As perguntas consideradas incluem aspectos como: duração da entrevista; a fonte de informação caso houvesse necessidade de entrevistar outra pessoa que não o idoso; a credibilidade da informação recolhida; o resumo de toda a informação recolhida antes de atribuir uma pontuação em cada escala de classificação final.

Assim, o idoso é classificado em cada uma das cinco áreas funcionais exploradas atribuindo-lhe uma PIF mediante 6 níveis: (1) “muito bom”; (2) “bom”; (3) “ligeiramente insatisfatórios”; (4) “moderadamente insatisfatórios”; (5) “fortemente insatisfatórios”; (6) “totalmente insatisfatórios”. Esta classificação é igual para todas as áreas e nos quadros utilizados para a classificação (perguntas 87 a 91), encontra-se a descrição do significado de cada um dos níveis ajudando ainda mais o entrevistador a situar-se.

Da classificação atribuída a cada sujeito (PIF) obtida pelo entrevistador, ou pelo programa informático, e da possibilidade de todas as suas combinações, resultariam 7776 combinações (Patiño, 1994), difíceis de trabalhar e/ou interpretar. Assim, da classificação obtida é possível definir grupos em função das suas incapacidades, ou seja, grupos funcionalmente equivalentes (Quadro 1).

Passos	Observações
1º Passo Atribuir uma classificação ao indivíduo em cada uma das 5 áreas funcionais avaliadas (Pontuação de 1 a 6)	Resultariam 7776 combinações possíveis (5 áreas com 6 possibilidades de classificação em cada uma).
2º Passo Dicotomizar as classificações em cada área funcional (1-4 sem incapacidade, 5-6 com incapacidade)	Resultam 2 grupos de funcionamento homogéneo: - Sem incapacidade - Com incapacidade
3º Passo Obter o perfil funcional do indivíduo ou população.	Classificar o indivíduo em um dos 32 perfis possíveis (resultantes de 2 classificações possíveis nas 5 áreas avaliadas).
4º Passo Definição das intervenções a implementar para o indivíduo ou população.	As intervenções são ajustadas aos recursos e prioridades definidas.

Quadro 1 - *Síntese dos passos do protocolo de definição de perfis funcionais*

Pode ser definido um ponto de corte para cada classificação consoante os objectivos do estudo.

Desta forma, obtêm-se dois grupos de funcionamento homogéneo com capacidade funcionais semelhantes. Assim, agrupamos a classificação no modelo QAFMI/OARS em [1-4] - sem incapacidade (com melhor funcionamento), e [5-6] - com incapacidade (com funcionamento insatisfatório), criando um ponto de corte que dicotomiza em dois grupos, dependentes nessa área ou não, no que resulta, conforme mencionado acima, um conjunto de 32 perfis funcionais (Quadro 2 - Sistema de 32 perfis funcionais).

No entanto, e segundo Fillebaum (1998), fica ao critério do investigador definir este ponto de corte a fim de ir ao encontro dos objectivos do seu trabalho.

1	S	E	M	F	A	Sem incapacidade	17	S	E	M	F	A	
2	S	E	M	F	A		18	S	E	M	F	A	
3	S	E	M	F	A		19	S	E	M	F	A	
4	S	E	M	F	A	Incapacidade em 1 área	20	S	E	M	F	A	
5	S	E	M	F	A		21	S	E	M	F	A	
6	S	E	M	F	A		22	S	E	M	F	A	Incapacidade em 3 áreas
7	S	E	M	F	A		23	S	E	M	F	A	
8	S	E	M	F	A		24	S	E	M	F	A	
9	S	E	M	F	A		25	S	E	M	F	A	
10	S	E	M	F	A		26	S	E	M	F	A	
11	S	E	M	F	A		27	S	E	M	F	A	
12	S	E	M	F	A	Incapacidade em 2 áreas	28	S	E	M	F	A	
13	S	E	M	F	A		29	S	E	M	F	A	Incapacidade em 4 áreas
14	S	E	M	F	A		30	S	E	M	F	A	
15	S	E	M	F	A		31	S	E	M	F	A	
16	S	E	M	F	A		32	S	E	M	F	A	Incapacidade em 5 áreas

Quadro 2 - *Sistema de 32 perfis funcionais*

Legenda: S - recursos sociais; E - recursos económicos; M - saúde mental; F - saúde física; A - AVD

Estudos com Utilização do OARS com Indicação do Perfil Funcional

Através da pesquisa electrónica (período temporal desde o ano de publicação do estudo psicométrico de OARS - 1980 até 2013, nos motores de busca e base de dados: *B-on; Google Académico- 307; Medline; Pubmed; Scielo; Scopus; Web of Science*) sobre estudos publicados em revistas periódicas de âmbito internacional, sobre avaliação multidimensional de idosos e perfis funcionais, utilizando o OARS, verificou-se que somente alguns estudos utilizam o questionário na totalidade, enquanto a grande maioria utiliza somente parte do questionário, nomeadamente a referente às actividades de vida diárias. Dos autores consultados, apenas alguns mencionam a utilização de perfis funcionais como forma de identificação de indivíduos com limitações nas áreas consideradas relevantes ou passíveis de intervenção. Apresentamos, de seguida, alguns dos estudos que revelaram nos seus resultados dados referentes à associação entre as incapacidades funcionais.

O estudo correlacional realizado por Krach, De Vaney, De Turk e Zink (1996) em octogenários salientou do grupo de cinquenta participantes que as incapacidades identificadas eram relacionadas com a conjugação das AVD (72%) com os recursos sociais (82%).

A partir do estudo multidimensional sócio-sanitário realizado numa amostra representativa da população dos vários inquéritos nacionais de saúde espanhóis os autores Perula-de-Torres *et al.* (1997) no âmbito do projeto ANCO sobre o estado de saúde da população com mais de 60 anos evidenciaram relativamente à conjugação das classificações das cinco áreas do OARS denotando baixo nível dessa saúde percebido fortemente associado ao género feminino com piores pontuações nos recursos económicos.

No estudo associado ao projeto ANCO, Espejo *et al.* (1997) realizado a idosos com mais de 60 anos de idade, residentes em Córdoba, estes autores verificaram 20% destes idosos tinham associado às incapacidades de AVD, as limitações com deterioração cognitiva e recursos económicos reduzidos.

Ramos (1998), num estudo que conduziu durante dois anos em idosos residentes na cidade de São Paulo, Brasil, designado de EPIDOSO utilizando a metodologia OARS entre outros instrumentos, demonstrou que do perfil da população estudada, são as mulheres as piores classificadas, nomeadamente na saúde física, saúde mental (com elevado número de distúrbios psiquiátricos) e recursos económicos. Quanto aos recursos sociais o autor refere a protecção da coabitação em “domicílios multigeracionais”.

Béland, Zunzunegui, Alvarado e Otero (2005) no estudo com idosos com mais de 65 anos de idade identificaram a relação da associação da conjugação entre o défice cognitivo, moderado a severo, e a maior incapacidade de realizar as AVD. Sobressai, ainda, deste estudo que os sintomas depressivos no idoso, em particular no grupo dos muito idosos, estão fortemente associados às incapacidades funcionais.

Franciulli, Ricci, Lemos, Cordeiro e Gazzola (2007), num estudo que realizaram a idosos com mais de oitenta anos de idade, atendidos num centro de dia geriátrico, verificaram, a partir dos resultados obtidos com a utilização do OARS, que as piores classificações foram encontradas nas AVD e saúde mental (70% com sintomatologia depressiva). Outros estudos realizados em idosos residentes em área urbana verificaram que as pontuações obtidas indicavam pior classificação nas AVDi, quer para homens (actividades relacionadas com preparar refeições e fazer as tarefas de casa) quer para mulheres (fazer compras e administrar o dinheiro) (Frank, Santos, Assmann, Alves, & Ferreira, 2007; Rodrigues, Scudeller, Pedrazzi, Schiavetto, & Lange 2008; Soares, Tavares, Dias, Diniz, & Geib, 2010).

Num estudo de revisão integrativa sobre a capacidade funcional no idoso longo vivo foi destacada a metodologia OARS para a avaliação das incapacidades das AVD em conjugação com os recursos económicos e recursos sociais (Lourenço, Lenardt, Kletemberg, Seima, Tallmann, & Neu, 2012).

No estudo de Rossi, Pereira, Driusso, Rebelatto e Ricci (2013), onde um dos objectivos era o de descrever o perfil do idoso com assistência no serviço de fisioterapia geriátrica, utilizando a versão brasileira do OARS-BOMFAQ, evidenciou que as piores pontuações obtidas foram referentes às AVDi e saúde física.

Em síntese, da selecção dos artigos realizada a partir da revisão bibliográfica onde foi utilizado o OARS na sua globalidade, e feita referência à classificação de perfil funcional (*functional status*) ou classificação de incapacidade nos idosos, de uma forma geral, os estudos são concordantes relativamente à conjugação das áreas em estudo no modelo QAFMI/OARS:

- no género feminino: piores pontuações na área de AVD, maiores níveis de incapacidade funcional, presença de estados depressivos com classificações baixas na área de saúde mental, piores pontuações nos recursos económicos e sociais;
- no género masculino: piores pontuações nas áreas de AVD e saúde física, sendo que a conjugação de piores pontuações na área de saúde mental (com sintomatologia depressiva) também surgiu no masculino, no grupo dos muito idosos.

Em conclusão, a utilização integral do OARS/QAFMI, de acordo com a sua conceção original, possibilita:

- A informação sobre a situação funcional nas cinco áreas funcionais através das pontuações de incapacidade funcional (PIF);
- O conhecimento da distribuição da população segundo os perfis funcionais que representam grupos homogéneos em relação à necessidade de cuidados;
- A relação desta informação com os dados de utilização e a necessidade sentida de serviços.

Estes dados permitem conhecer e quantificar, em termos de número de indivíduos, a partir dos perfis funcionais, as necessidades a serem atendidas, aplicando os resultados na planificação e na alocação de serviços que respondam a essas necessidades (Rodrigues, 2002).

Perfis Funcionais da População Muito Idosa de Coimbra

A apresentação dos perfis funcionais é efectuada nos Gráficos 1 e 2. A análise resumida permite observar que 36,2% da amostra foi classificada sem incapacidade em qualquer área funcional. Apenas com incapacidade em uma área é a área de saúde física onde se verifica o valor mais elevado sendo classificados 18,7% dos inquiridos. Com incapacidade em duas áreas é a combinação de incapacidade nas áreas de saúde física e AVD, com 6,4%, a que surge com mais indivíduos pontuados. Com três áreas de incapacidade (4,7%) às duas referidas atrás (saúde física e AVD) junta-se a saúde mental.

Globalmente, 36,2% da amostra não apresenta incapacidade, segundo os critérios definidos (classificação de 1 a 4 nas escalas de pontuação em cada área funcional); com incapacidade em uma área são classificados 32,0%; com incapacidade em duas áreas 17,3%; com incapacidade em três áreas 8,2%; com incapacidade em quatro áreas 1,6%; e com incapacidade nas cinco áreas 0,1%. Não foi possível classificar 4,6% dos inquiridos na área de recursos sociais, recorrendo à classificação informatizada, por falta de dados (situações em que se recorreu a um informante e os dados necessários não puderam ser obtidos).

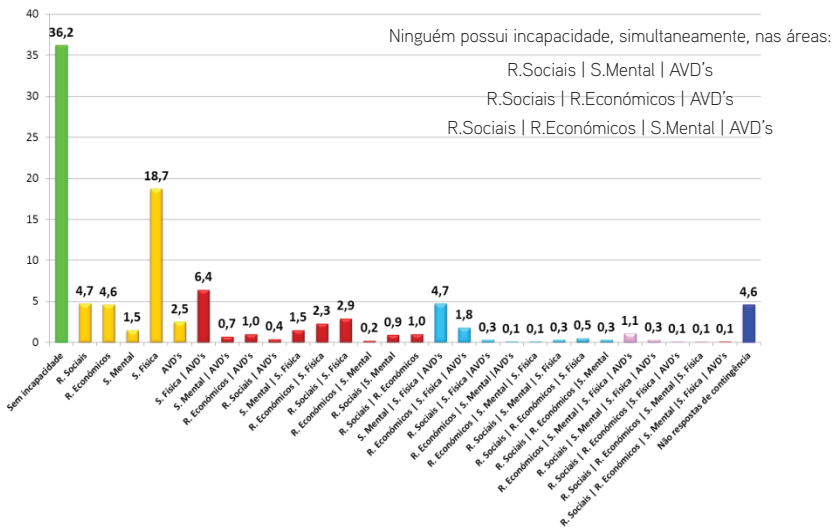


Gráfico 1 - Distribuição por perfis funcionais da população muito idosa de Coimbra

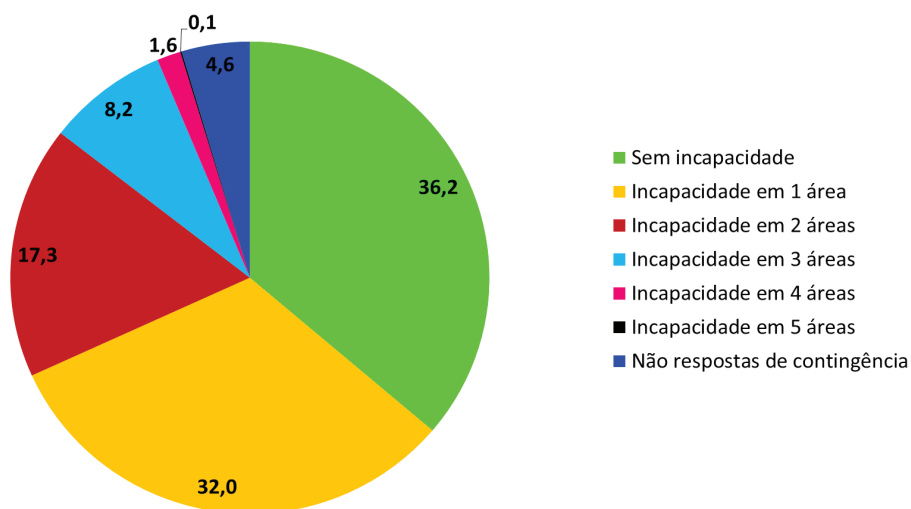


Gráfico 2 - Distribuição por nº de áreas com incapacidade da população muito idosa de Coimbra

Referências Bibliográficas

- Ávila-Funes, J. A., Gray-Donald, K., & Payette, H. (2006). Medición de las capacidades físicas de adultos mayores de Quebec: un análisis secundario del estudio NuAge. *Salud Pública de México*, 48(6), 446-454.
- Béland, F., Zunzunegui, M-V., Alvarado, B., Otero, A., & Ser, T. (2005). Trajectories of cognitive decline and social relations. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60B(6), 320-330.
- Bergman, H., Beland, F., Karunanathan, S., Hummel, S., Hogan, D., & Wolfson, C. (2004). Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. *Gérontologie et Société*, 109, 15-29.
- Bergman, H., Ferrucci, L., Guralnik, J., Hogan, D. B., Hummel, S., Karunanathan, S., & Wolfson, C. (2007). Frailty: an emerging research and clinical paradigm-issues and controversies. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62A(7), 731-737.
- Classen, S., William, M., Wu, S. S., & Tomita, M. R. (2004). Relationship of number of medications to functional status, health, and quality of life for the frail home-based older adult. *OTJR: Occupation, Participation & Health*, 24(4), 151-60.
- Espejo-Espejo, J., Martínez-de-la-Iglesia, J., Aranda-Lara, J. M., Rubio-Cuadrado, M. V., Enciso-Berge, I., Zunzunegui Pastor, M.V., Perula-de-Torres, L. A., & Fonseca-del-Pozo, F. J. (1997). Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios asociados (proyecto ANCO). *Atención primaria*, 20(1), 3-11.

- Ferreira, P. L., Rodrigues, R. M. C., & Nogueira, D. (2006). *Avaliação multidimensional em idosos*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Fillenbaum, G. G. (1988). *Multidimensional functional assessment of older adults. The Duke older Americans resources and services procedures*. Hilldale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Franciulli, S. E., Ricci, N. A., Lemos, N. D., Cordeiro, R. C., & Gazzola, J. M. (2007). A modalidade de assistência Centro-Dia Geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(2), 373-380.
- Frank, S., Santos, M. S. A., Assmann, A., Alves, & L. K., Ferreira, N. (2007). Avaliação da capacidade funcional: repensando a assistência ao idoso na Saúde Comunitária. *Estudos interdisciplinares do envelhecimento*, 11, 123-134.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., et al. (2001). Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56A, M146-M156.
- Hazzard, W. R., Breman, E. L., Blass, J. P., Ettinger, W. H., & Halter, J. B. (1994). *Principles of geriatric medicine and gerontology*. (3th ed.) New York: McGraw Hill.
- Hébert, R. (1997). Functional decline in old age. *Canadian Medical Association Journal*, 157(8), 1037-1045.
- Krach, P., De Vaney, S., De Turk, C., & Zink, M. H. (1996). Functional status of the oldest-old in a home setting. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 45.
- Kuhn, D. (2007). A life course approach to healthy aging, frailty, and capability. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62A (7), 717-721.
- Lourenço, T. M., Lenardt, M. H., Kletemberg, D. F., Seima, M. D., Tallmann, A. E. C., & Neu, D. K. M. (2012). Capacidade funcional no idoso longo: uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 33(2), 176-185.
- Patiño, P. E. (1994). *Valoracion multidimensional de la tercera edad en el municipio de Vigo* (Tese de Doutoramento), Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, Espanha.
- Perula-de-Torres, L. A., Martínez-de-la-Iglesia, J., Espejo-Espejo, J., Rubio-Cuadrado, M. V., Enciso-Berge, I., Fonseca-del-Pozo, F. J., & Aranda-Lara, J. M. (1997). Estado de salud de la población mayor de 60 años y su relación con factores sociodemográficos (proyecto ANCO). *Atencion Primaria*, 20, 425-434
- Ramos, L. R. (1998). Estudo de seguimento por dois anos de idosos residentes em São Paulo, Brasil: metodologia e resultados preliminares. *Revista de Saúde Pública*, 32(5), 397-407.
- Rodrigues, R. M. C. (1999). *Avaliação funcional multidimensional de idosos: estudo das incapacidades funcionais e utilização de serviços* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

- Rodrigues, R. M. C. (2002). Avaliação funcional multidimensional de idosos: estudo de incapacidades funcionais e utilização de serviços. In: Salvador, Massano Cardoso (Ed.) *Saúde Pública IV: Revista de Dissertações de Mestrado* (p.87-112). Coimbra: Instituto de Higiene e Medicina Social - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Rodrigues, R. M. C. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Rodrigues, R. M. C. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Rev Panam Salud Publica (Pan American Health Organization)*, 2(23), 109-115.
- Rodrigues, R. M. C. (2009). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Rodrigues, R. A. P., Scudeller, P. G., Pedrazzi, E. C., Schiavetto, F. V., & Lange, C. (2008). Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(4), 643-648.
- Rossi, A. L. S., Pereira, V. S., Driusso, P., Rebelatto, J. R., & Ricci, N. A. (2013). Perfil do idoso na fisioterapia e sua relação com a incapacidade funcional. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 17(1), 77-85.
- Soares, B. O. M., Tavares, M. D. S., Dias, F. A., Diniz, M. A., & Geib, S. (2010). Morbidades, capacidade funcional e qualidade de vida de mulheres idosas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* [On-line] 2010, 14 (Outubro-Diciembre) : [Data de consulta: 18 / junho / 2014] Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715826008>> ISSN 1414-8145
- WHO, World Health Organization. (2002). *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva: WHO.

CAPÍTULO 11

AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO E NECESSIDADE SENTIDA DE SERVIÇOS DOS MUITO IDOSOS DE COIMBRA: RESPOSTAS E INTERVENÇÕES DO MUNICÍPIO

JORGE MANUEL MARANHAS ALVES

Câmara Municipal de Coimbra – Vereador da Ação Social e Família

LUÍS FILIPE PEDRO SILVA

Câmara Municipal de Coimbra – Técnico Superior (Conselho Local de Ação Social)

Nota Introdutória

A Câmara Municipal de Coimbra (CMC) através da sua Divisão de Educação e Ação Social, na sua vertente social, tem como objetivo criar e executar medidas de apoio social, no combate à pobreza e exclusão social direcionadas para segmentos mais vulneráveis da população, nomeadamente crianças e jovens, idosos, população sem-abrigo, imigrantes e cidadãos portadores de deficiência.

As Comissões Sociais de Freguesia (CSF) criadas no âmbito do Programa Rede Social (atualmente todas as juntas de freguesias do município de Coimbra têm implementada a sua CSF) têm-se revelado, também, estruturas de elevada importância para a intervenção nestas áreas pois é nas CSF que estão inseridas todas as instituições de uma determinada área geográfica (freguesia) que podem disponibilizar os recursos para uma intervenção mais rápida e eficaz, permitindo assim que haja uma boa circulação de informação e uma complementaridade na ação que possibilite a resolução dos problemas identificados.

Nestas micro redes sociais (as CSF) o trabalho efetuado na área dos idosos é muito relevante pretendendo-se:

- A melhoria das condições de vida dos idosos, particularmente dos mais vulneráveis, valorizando as condições de acolhimento;

- Combater o isolamento que afeta muitos idosos e promover a partilha de experiências;
- Melhorar a comunicação e o conhecimento entre as instituições que prestam cuidados;
- Contornar as dificuldades financeiras do quotidiano desta população, sobretudo a mais vulnerável;
- Melhorar as redes locais de apoio, capacitando-as de respostas mais rápidas e mais próximas;
- Fomentar o voluntariado para apoio à população idosa.

Para além de todo este trabalho desenvolvido ao nível das CSF, e para atingir os objetivos anteriormente referidos, a Câmara Municipal desenvolve um conjunto de projetos mais específicos que tentam colmatar ou minimizar as carências deste segmento da população.

Projetos da Câmara Municipal de Coimbra na Área dos Idosos

Uma mesa para os avós

O projeto “Uma Mesa para os Avós”, tem como objetivo suprimir uma das necessidades mais básicas da população idosa carenciada, isolada e sem suporte familiar. Trata-se de um programa de apoio domiciliário que tem como função distribuição de refeições ao domicílio aos fins-de-semana e feriados.

A população idosa do concelho, em particular os mais carenciados sentem necessidades a vários níveis, nomeadamente ao nível mais básico como é o caso da alimentação, porquanto os serviços de apoio domiciliário funcionam apenas durante os dias úteis da semana. Neste sentido torna-se essencial criar uma ação de suporte/apoio para esta população que, vivendo isolada, é acompanhada diariamente por uma solidão muito intensa e total ausência de suporte familiar condicionando, desta forma, a sua saúde física e psíquica.

O projeto beneficia numa primeira fase as freguesias que abrangem o centro urbano da cidade (alta e baixa), nomeadamente, Sé Nova, Santa Cruz, Almedina e S. Bartolomeu sendo 37 os beneficiários.

Teleassistência ao domicílio

A Câmara Municipal de Coimbra implementou em 2004 um projeto de Teleassistência ao Domicílio junto da população idosa do concelho que consiste no funcionamento de

uma central de assistência permanente, pronta a responder a qualquer situação de emergência, 24h por dia através de um sistema de comunicação rápido e seguro.

Quem pode ser beneficiário: Esta é uma ação destinada a indivíduos de idade igual ou superior a 65 anos, a residirem sós no concelho de Coimbra e com rendimentos iguais ou inferiores ao salário mínimo nacional. A mensalidade do serviço é totalmente assegurada pela Câmara Municipal de Coimbra, pelo que os utentes só terão que custear os impulsos que fizerem ao custo de uma chamada local. Os interessados que se enquadrem no perfil delineado, devem fazer a sua inscrição junto da Divisão de Educação e Ação Social.

O serviço de Teleassistência ao Domicílio surgiu em 2004 e, desde então, já apoiou 125 pessoas um pouco por todo o concelho de Coimbra. Atualmente são 75 os beneficiários ativos do programa.

Projetos “iniciativas seniores”

O chá das cinco

A Câmara Municipal de Coimbra através da Divisão de Educação e Ação Social, em colaboração com a Associação Académica de Coimbra - Comissão Organizadora da Queima das Fitás, realiza anualmente um evento associado à Queima das Fitás designado “O Chá das Cinco”.

Trata-se de uma ação que visa promover a solidariedade e a intergeracionalidade entre jovens e seniores com vista à melhoria contínua de vida dos munícipes, em geral, e dos utentes das instituições particulares de solidariedade social, e é particularmente dirigida aquelas instituições que desenvolvem as respostas sociais de centro de dia, centro de convívio, lar e serviço de apoio domiciliário, assim como os seniores que usufruem do serviço de Teleassistência.

Participam anualmente nesta iniciativa 350 a 400 idosos do município de Coimbra.

Festa de Natal

A Divisão de Educação e Ação Social organiza, em todos os Natais, no Pavilhão Centro de Portugal (situado no Parque Verde da cidade) um Concerto de Natal para a população sénior do concelho de Coimbra

O principal objetivo desta iniciativa é proporcionar uma tarde natalícia de convívio, à população sénior do concelho de Coimbra, que se encontra institucionalizada e que é apoiada no seu domicílio pelas instituições.

Participam habitualmente nesta atividade cerca de 400 idosos.

Viagem coletiva das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) do município de Coimbra

A Divisão de Educação e Ação Social, em colaboração com o Grupo de Trabalho do Eixo de Intervenção “*Pessoas Idosas*” da Rede Social de Coimbra, leva a efeito, anualmente, esta atividade.

O objetivo desta iniciativa é o de diminuir o isolamento da população idosa através de uma vida ativa, assim como permitir e partilhar o contacto com outras pessoas quebrando rituais do dia-a-dia, levando-as muitas vezes a conhecerem sítios e locais onde nunca tinham estado.

O público-alvo desta iniciativa são habitualmente os utentes das IPSS do concelho de Coimbra com respostas sociais (Centro de Convívio, Centro de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário e Lar).

A média de participação é, habitualmente, de 350 idosos.

Outros Projetos que Abrangem Idosos mas que são para a População em Geral

Farmácias solidárias

Programa de cedência de medicamentos que visa abranger indivíduos e/ou agregados familiares em situação de carência económica emergente, previamente selecionados e até ao limite anual definido pelas entidades aderentes.

Durante o 1º ano de vigência do protocolo as farmácias cederam gratuitamente medicamentos a 150 beneficiários sinalizados e encaminhados pelas entidades responsáveis por essa tarefa.

Croché Social

É uma iniciativa da Câmara Municipal de Coimbra – Divisão de Educação e Ação Social, que decorre do Plano Municipal para a Igualdade e Cidadania de Coimbra, de cariz social e cultural, que envolve as competências artísticas da população em geral, nomeadamente utentes e colaboradores de instituições sociais e educacionais, dignificando o seu investimento pessoal e afetivo através do croché, mostrando que a cidade é muito mais que os edifícios e as ruas, é uma rede de interconexões que fazem parte da vida urbana.

Realizam-se peças em croché que permitem a decoração de espaços exteriores municipais e de mobiliário urbano por toda a cidade.

Projetos Lançados Recentemente ou em Fase de Lançamento

Projeto de Georreferenciação de idosos de Coimbra

Este projeto é na sua essência um sistema de sinalização, referenciação e acompanhamento de idosos vulneráveis, funcionando em rede, partilhando tarefas com diversos parceiros, com instrumentos e procedimentos comuns, sustentado numa plataforma informática unificadora e promovendo o envolvimento da Comunidade com o objetivo principal de melhorar a qualidade de vida dos idosos do município.

Esta necessidade surgiu de uma longa reflexão e fruto dos instrumentos de diagnóstico que existem ao dispor (Diagnóstico Social e Plano de Desenvolvimento Social da Rede Social de Coimbra) e que na área dos Idosos apontam sempre como um dos principais problemas o isolamento dos idosos.

Para dar corpo a esta iniciativa a Divisão de Educação e Ação Social da Câmara Municipal de Coimbra convidou uma série de potenciais parceiros que se julgam indispensáveis para o sucesso do trabalho que se pretende realizar, a saber, as Juntas de Freguesia, a Segurança Social, o Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego, Polícia de Segurança Pública (PSP), Guarda Nacional Republicana (GNR), Polícia Municipal e IPSS (com resposta social para idosos) para uma reunião conjunta de apresentação do Projeto.

Foi instituído um grupo de trabalho mais restrito (CMC, Junta de Freguesia de Santo António dos Olivais, Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego, Fundação Bissaya Barreto, Associação Sentido, PSP e GNR)

A primeira função foi a da criação de um Questionário que possa ser respondido pelos idosos e da elaboração de uma declaração de consentimento por parte destes.

O referido questionário é remetido às juntas de freguesia que adiram ao Projeto (no seio das sua Comissão Social de Freguesia) pois serão estas que chamarão a si a seleção das pessoas que irão fazer a aplicação do questionário junto dos idosos isolados (estão também a ser envolvidas as IPSS no terreno, das freguesias aderentes ao Projeto em causa).

Um dos passos obrigatórios de todo o processo foi o de pedir autorização à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD). Esta autorizou o tratamento de dados pessoais tendo notificado a Câmara Municipal de Coimbra.

Intervenção dos parceiros far-se-á a 4 níveis:

- Pré-avaliação, através do preenchimento obrigatório de uma Ficha de Sinalização;
- Responsabilidade por recolha do consentimento para tratamento e partilha de dados pessoais, ou pela declaração justificativa do imperativo da sinalização e/ou da impossibilidade de recolha de consentimento;
- Participação no acompanhamento regular e periódico de uma parte dos sinalizados;
- Responsabilidade pela Intervenção de acordo com a sua especialidade.

O instrumento central do processo é a ficha de sinalização comentada (questionário)

Centra-se na análise dos seguintes aspetos: isolamento, dependência, saúde, habitação, maus-tratos (violência) e condições económicas e que irá permitir avaliar se é necessário algum tipo de intervenção junto daquele idoso. Será então a partir dos dados recolhidos através da Ficha/Questionário que toda a intervenção futura será pensada e delineada.

O processo será então, no seu todo, operacionalizado em torno de três linhas de atuação principais

- Reuniões com potenciais parceiros institucionais (Juntas de Freguesia, Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego, Fundação Bissaya Barreto, PSP e GNR, IPSS) com vista a captar a sua adesão ao projeto (a decorrer).
- Implementação da plataforma tecnológica em que o projeto assentará (está a ser analisada pelo Gabinete de Informação Geográfica – GIG da CMC a melhor forma de operacionalizar esta plataforma).
- Garantia da proteção dos dados pessoais recolhidos, de acordo com o quadro legal em vigor (será feito um pedido de autorização para recolha e tratamentos de dados à Comissão Nacional de Proteção de Dados).

Resultado final global das 3 ações

Plataforma informática operacionalizada e pronta a funcionar, gerida e atualizada pela Câmara Municipal (através do Gabinete de Informação Geográfica – GIG) e pelos parceiros.

Na plataforma vão estar sinalizados os idosos em situação de isolamento, por freguesia, constando os seus dados e problemas associados (dependência, saúde, habitação, maus tratos e condições económicas). Nesta, constarão ainda quais os serviços de apoio mais próximos (Bombeiros, GNR, IPSS, Hospital, Centro de Saúde, etc.)

Operacionalização concreta no terreno

- Sinalização dos idosos pelas Juntas de Freguesia, através de listagem recebida da PSP e GNR e também pelo conhecimento dos atores sociais no terreno;
- Visita das equipas constituídas no âmbito das juntas de freguesia, nomeadamente através das Comissões Sociais de Freguesia;
- Aplicação de questionário e categorização da gravidade da situação;
- Inclusão do idoso na base de dados e inserção na plataforma informática de Georreferenciação (idoso georreferenciado no mapa do município e com a categorização correspondente);
- Acompanhamento no terreno por instituição da Comissão Social de Freguesia que atue na área do problema diagnosticado (responsabilidade pela intervenção de acordo com a sua especialidade);
- Participação no acompanhamento regular e periódico de uma parte dos sinalizados.

Plataforma Geosocial

A Plataforma Geosocial é uma iniciativa da Câmara Municipal de Coimbra no âmbito da Ação Social. Esta Plataforma pretende ser um meio de ajuda rápido e fácil na procura de contactos e respostas para as dificuldades que muitas pessoas sentem (sobretudo as mais idosas) nesse tipo de procura.

Onde se pode obter refeições gratuitas e a quem se dirigir? Como ter apoio psicológico gratuito? Como ter um frigorífico quando já se procura há algum tempo? Como obter os medicamentos que tanto necessita, a quem pode recorrer? Como saber na freguesia de residência que apoio pode ter da Comissão Social de Freguesia? A que dias pode ter atendimento por parte dos/as técnicos/as da Câmara Municipal na sua freguesia?

Esta Plataforma foi concebida a pensar no conforto de quem a procura, para além da informação e contactos das instituições, é disponibilizado um mapa de localização para que assim possa saber exatamente onde fica o que procura.

De seguida, iremos apresentar de uma forma resumida alguns dos resultados obtidos no estudo, *Os Muito idosos: estudo do envelhecimento em Coimbra*, elaborado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e pela Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, e tentar demonstrar que para algumas necessidades sentidas pela população idosa existem alguns projetos delineados pela Autarquia que vão de encontro a essas necessidades.

Resultados do Estudo – Parte B do QAFMI

Em termos de estrutura global, o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos (QAFMI) é composto fundamentalmente por duas partes. A parte A corresponde à avaliação funcional das áreas de recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades de vida diária. A parte B recolhe informação sobre a utilização, nos últimos seis meses, e necessidade sentida, de seis grupos de serviços, nomeadamente, serviços de saúde (os quais não serão abordados neste capítulo por não serem diretamente relacionados com a nossa área de atuação), serviços de avaliação e coordenação, serviços não classificados, serviços de apoio geral, serviços de apoio económico e serviços sociais e recreativos, num total de 23 serviços. No questionário este grupo constitui o grupo de questões com o número 71.

A explanação dos resultados estará dividida em duas partes, na primeira parte far-se-á uma breve apresentação das respostas obtidas pela aplicação dos questionários junto dos idosos (na parte do estudo que se refere à utilização de serviços) e na segunda parte uma ligação entre algumas necessidades sentidas e os projetos e programas desenvolvidos pela Autarquia que vão de encontro às referidas necessidades.

Nesta primeira parte irá ser feita uma divisão das respostas pelos diversos grupos de serviços avaliados:

- Serviços gerais de apoio (serviços de cuidados pessoais; supervisão contínua; serviços de monitorização; serviços domésticos; preparação de refeições; serviços administrativos, legais e de proteção);
- Serviços sociais e recreativos (serviços sociais/recreativos; viagens dirigidas a idosos; desporto);
- Serviços de avaliação e coordenação (serviços de coordenação, informação e apoio; avaliação sistémica multidimensional);
- Serviços de apoio económico (ajuda económica em geral; ajuda para compra de comida);
- Serviços não classificados (transporte; serviços de emprego; preparação para as atividades de vida diária; serviços de realojamento).

Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 1153 indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos (814 entre os 75-84 anos, a que corresponde 70,6% do total da amostra e 320 com idade igual ou superior a 85 anos), sendo que 422 pertencem ao sexo masculino (36,6%) e 731 pertencem ao sexo feminino (63,4%).

Quanto ao estado civil, 80 indivíduos solteiros (6,9%), 569 casados (49,3%), 471 viúvos (40,8%) e 33 divorciado/separado (2,9%).

No que se refere às habilitações literárias, 295 indivíduos não possuem habilitações (25,6%), 626 possuem o ensino básico (54,3%), 147 com ensino secundário ou médio (12,8%) e 84 detinham o ensino superior (7,3%).

Serviços gerais de apoio

Conforme Tabela 1, de seguida apresentam-se os resultados dos serviços gerais de apoio.

Tabela 1 - *Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços gerais de apoio*

Serviços gerais de apoio	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total					
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Preparação de refeições																		
Utilizam	147	45,9	131	26,5	278	34,2	84	82,4	161	67,9	245	72,3	231	54,7	292	39,9	523	45,4
Necessitam	145	45,3	121	24,5	266	32,7	72	70,6	143	60,3	215	63,4	217	51,4	264	36,1	481	41,7
Serviços de monitorização																		
Utilizam	239	81,6	366	84,3	605	83,2	70	93,3	132	88,6	202	90,2	309	84,0	498	85,4	807	84,9
Necessitam	264	82,5	412	83,4	676	83,0	76	74,5	156	65,8	232	68,4	340	80,6	568	77,7	908	78,8
Serviços domésticos																		
Utilizam	182	56,9	228	46,2	410	50,4	95	93,1	197	83,1	292	86,1	277	65,6	425	58,1	702	60,9
Necessitam	197	61,6	271	54,9	468	57,5	82	80,4	189	79,7	271	79,9	279	66,1	460	62,9	739	64,1
Cuidados pessoais																		
Utilizam	47	14,7	94	19,0	141	17,3	37	36,3	127	53,6	164	48,4	84	19,9	221	30,2	305	26,5
Necessitam	36	11,3	90	18,2	126	15,5	24	23,5	102	43,0	126	37,2	60	14,2	192	26,3	252	21,9
Serviços administrativos																		
Utilizam	58	18,1	227	46,0	285	35,0	47	46,1	184	77,6	231	68,1	105	24,9	411	56,2	516	44,8
Necessitam	50	15,6	209	42,3	259	31,8	34	33,3	166	70,0	200	59,0	84	19,9	375	51,3	459	39,8
Supervisão contínua																		
Utilizam	27	8,4	60	12,1	87	10,7	27	26,5	88	37,1	115	33,9	54	12,8	148	20,2	202	17,5
Necessitam	20	6,3	37	7,5	57	7,0	13	12,7	64	27,0	77	22,7	33	7,8	101	13,8	134	11,6

Serviços de cuidados pessoais

Os cuidados pessoais, no total da amostra, apresentam, quanto ao sexo, diferença de utilização e da necessidade sentida, sendo utilizados por 19,9% dos homens e 30,2% das mulheres e é sentida a sua necessidade por 14,2% dos homens e 26,3% das mulheres.

Da análise da amostra por grupos etários, observamos diferença quanto à utilização e necessidade sentida de cuidados pessoais, com o grupo de 85 e mais anos a apresentar os valores mais elevados.

No grupo etário de 75-84 anos, quanto ao sexo, a utilização de serviços de cuidados pessoais apenas apresenta diferença para a necessidade sentida (11,3% para os homens e 18,2% para as mulheres). No total do grupo etário a utilização é de 17,3% e a necessidade sentida de 15,5%. No caso das mulheres a utilização (19,0%) supera a necessidade sentida (18,2%).

No grupo etário de 85 e mais anos, para o sexo, verificam-se diferenças na utilização e necessidade sentida de serviços de cuidados pessoais. No total, o grupo etário apresenta uma utilização deste serviço por 48,4% dos seus elementos e a necessidade sentida em 37,2%.

No que diz respeito aos serviços de cuidados pessoais chega-se à conclusão, através dos resultados globais, de que 26,5% dos indivíduos tiveram, nos últimos 6 meses, alguém que os ajudou nos seus cuidados pessoais diários, por exemplo para tomar banho ou vestir-se, dar-lhe de comer, ou ainda noutros cuidados. Julgam necessitar de ajuda para tomar banho, vestir-se, comer e ir à casa de banho, 21,9%. Este aspeto é normal em pessoas na faixa etária dos inquiridos.

Supervisão contínua

A supervisão contínua apresenta, para o total da amostra, diferença significativa, para o sexo, na utilização e na necessidade sentida. É referida a sua utilização por 12,8% dos homens e 20,2% das mulheres, sendo menor o valor daqueles que referem a sua necessidade, respetivamente 7,8% e 13,8%.

Analisando a sua utilização e necessidade sentida por grupo etário, verifica-se a existência de diferença significativa em ambos os casos para o referido serviço.

Apenas no grupo etário de 85 e mais anos, e para a necessidade sentida deste serviço, se encontram valores que apontam para existência de diferença significativa quanto ao sexo. No restante grupo etário, quer para a utilização quer para a necessidade sentida, não se encontram diferenças entre sexos. A utilização, para o total da amostra por grupo

etário, é de 10,7% no grupo etário 75-84 anos e de 33,9% no grupo de 85 e mais anos. A necessidade sentida apresenta valores de, respetivamente para os mesmos grupos etários, de 7,0% e 22,7%.

Ao analisarmos este assunto podemos constatar que na resposta à questão “Durante os últimos seis meses, houve algum período de tempo em que alguém teve que estar consigo, tratando de si, as 24 horas do dia”, no total global das respostas, 17,5% dos inquiridos responderam que sim. À questão sobre a necessidade sentida de ter alguém a cuidar de si durante 24 horas, 11,6% responderam que sim.

Serviços de monitorização

Os serviços de monitorização, para o total da amostra, não apresentam diferença quanto ao sexo, para a utilização e para a necessidade sentida. “Utilizam” este serviço 84,0% dos homens e 85,4% das mulheres, referindo a sua necessidade, respetivamente, 80,6% e 77,7%. Da análise quanto ao grupo etário a utilização e a necessidade sentida apresentam valores significativamente diferentes.

Nos diversos grupos etários a utilização, e a necessidade sentida, de serviços de monitorização, não apresenta diferenças significativas quanto ao sexo. A utilização deste serviço é de 83,2% no grupo etário de 75-84 anos e no grupo etário de 85 e mais anos é de 90,2%. Por seu lado a necessidade sentida é de, respetivamente para os mesmos grupos, de 83,0% e 68,4%.

Nas respostas obtidas na globalidade, 84,9% da população inquirida, nos últimos 6 meses teve alguém que regularmente, pelo menos cinco vezes por semana, por telefone ou pessoalmente, procurou saber como se encontrava, para se certificar de que estava tudo bem. Acha que necessita de alguém que procura saber como se encontra, pelo menos cinco vezes por semana, 71,6% dos inquiridos.

Como podemos observar os serviços de monitorização são bastante frequentes e ao mesmo tempo a sua necessidade é bastante sentida. A monitorização é uma parte muito importante pois assegura o acompanhamento dos idosos e permite que estes se sintam menos isolados e mais seguros no seu dia-a-dia. Esta é uma obrigação da família e das instituições que apoiam esse indivíduo, se for esse o caso.

Serviços domésticos

Os serviços domésticos apresentam, para o total da amostra e quanto ao sexo, diferença de utilização, mas não se verificaram diferenças na necessidade sentida. Os homens referem maior utilização (65,6% destes e 58,1% das mulheres), e maior necessidade

sentida (66,1% e 62,9% para as mulheres). Como se observa, para as mulheres, a necessidade sentida é superior à utilização.

No total da amostra, para o grupo etário, a utilização e a necessidade sentida de serviços domésticos apresentam diferença significativa, com os valores mais elevados a serem observados, em ambos os casos, no grupo de 85 e mais anos.

No grupo etário de 75-84 anos a diferença, quanto ao sexo, é significativa, com indicação de maior utilização de serviços domésticos pelos homens (56,9% destes e 46,2% das mulheres). A necessidade sentida não apresenta diferença significativa, no entanto, o valor apresentado pelos homens (61,6%) é superior ao das mulheres (54,9%). Globalmente, neste grupo etário, a necessidade sentida (57,5%) supera a utilização (50,4%).

No grupo etário de 85 e mais anos, quanto ao sexo, também se verifica diferença significativa na utilização e não apresenta diferença significativa na necessidade sentida de serviços domésticos, apesar de encontrarmos valores mais elevados nos homens. Para o total deste grupo “utilizam” serviços domésticos 86,1% dos seus elementos e sentem a sua necessidade 79,9%.

Na parte referente aos serviços domésticos os idosos foram inquiridos sobre o facto de nos últimos 6 meses ter tido ou não ajuda de alguém, com carater regular, para fazer as tarefas domésticas, tais como limpar a casa, lavar a roupa, etc. Pergunta-se, se o cônjuge ou outra pessoa teve de as fazer porque ele/a não era capaz, tendo, na sua globalidade, 60,9% dos indivíduos respondido que sim. Quanto à questão da necessidade de ter alguém que o/a ajude nestas questões responderam que sim 64,1% dos inquiridos.

Preparação de refeições

A preparação de refeições apresenta, para o total da amostra, diferença significativa, para o sexo, quer quanto à utilização quer quanto à necessidade sentida.

Os homens referem uma maior utilização (54,7% contra 39,9% das mulheres) e maior necessidade sentida desse serviço (51,4% contra 36,1% das mulheres).

Quanto ao grupo etário, para o total da amostra, a diferença é significativa para a utilização e para a necessidade sentida, com os valores mais elevados a surgirem no grupo etário de 85 e mais anos. Nos dois grupos etários observa-se que os homens apresentam maior utilização e necessidade sentida da preparação de refeições.

No grupo etário de 75-84 anos a utilização e necessidade sentida da preparação de refeições mantém diferença significativa quanto ao sexo. “Utilizam” 45,9% dos homens

e 26,5% das mulheres, e necessitam, respetivamente, 45,3% dos homens e 24,5% das mulheres. No total do grupo etário “utilizam” 34,2% e 32,7% sentem necessidade da preparação de refeições.

No grupo etário de 85 e mais anos a utilização e necessidade sentida da preparação de refeições mantém diferença significativa quanto ao sexo. Neste grupo etário 82,4 % dos homens e 67,9% das mulheres “utilizam” este serviço, e sentem a sua necessidade, respetivamente, 70,6% e 60,3%. Para o total do grupo etário “utilizam” a preparação de refeições 72,3% e necessitam deste serviço 63,4%.

A preparação de refeições é um aspeto bastante valorizado pelos idosos inquiridos, na globalidade, 45,7% responderam que sim quando foram questionados se nos últimos seis meses alguém lhes preparou regularmente as refeições ou se teve de comer fora, mais especificamente se o cônjuge ou outra pessoa teve de cozinhar para ele/a porque não é capaz de fazê-lo. Responderam afirmativamente 41,7% quando lhes foi perguntado se necessitam de alguém que lhes prepare regularmente as refeições porque não é capaz de o fazer.

É um aspeto normal e recorrente nos indivíduos desta faixa etária que normalmente recorrem a instituições que prestam este tipo de serviços ou a familiares que lhes levam o comer ao domicílio.

Serviços administrativos, legais e de proteção

Os serviços administrativos, no total da amostra, apresentam diferença, quanto ao sexo, para a utilização e necessidade sentida de serviços administrativos, com valores mais elevados por parte das mulheres. Observa-se, por parte dos homens, uma utilização superior à necessidade sentida. A utilização é apontada por 24,9% dos homens e 56,2% das mulheres e a necessidade sentida, respetivamente, por 19,9% e 51,3%.

A análise segundo o grupo etário, para o total da amostra, indica existir diferença para a utilização e necessidade sentida. A mais elevada utilização e a maior necessidade sentida verifica-se no grupo de 85 e mais anos, com 68,1% e 59,0%, respetivamente.

No grupo etário de 75-84 anos a diferença, para o sexo, é significativa para a utilização e necessidade sentida de serviços administrativos apresentando as mulheres, em ambos os casos, valores mais elevados. A utilização é referida por 18,1% dos homens e 46,0% das mulheres, enquanto a necessidade sentida é referida por 15,6% dos homens e 42,3% das mulheres. No total do grupo etário 35,0% utiliza este serviço e sentem a sua necessidade 31,8%.

Para o grupo etário de 85 e mais anos também a diferença, para o sexo, é significativa para a utilização e necessidade sentida de serviços administrativos apresentando também as mulheres, em ambos os casos, valores mais elevados. No total deste grupo etário “utilizam” este serviço 68,1% e apontam a sua necessidade 59,0%.

Neste ponto específico foi abordada a questão de se nos últimos seis meses alguém ajudou o inquirido em assuntos legais, questões ligadas a negócios pessoais ou gestão do seu dinheiro, como por exemplo pagar as suas contas. Os totais foram de 44,8 % que responderam sim, tendo 39,8% respondido que necessitavam de alguém que os ajudasse nestas questões.

Serviços sociais e recreativos

Conforme Tabela 2, de seguida apresentam-se os resultados dos serviços sociais e recreativos.

Tabela 2 - Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços sociais e recreativos

Serviços sociais e recreativos	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total					
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Viagens																		
Utilizam	122	38,1	149	46,6	271	33,3	27	8,4	25	7,8	52	15,3	149	35,3	174	23,8	323	28,0
Necessitam	164	51,3	207	64,7	371	45,6	31	9,7	41	12,8	72	21,2	195	46,2	248	33,9	443	38,4
Serviços sociais e recreativos																		
Utilizam	91	28,4	150	46,9	241	29,6	24	7,5	44	13,8	68	20,1	115	27,3	194	26,5	309	26,8
Necessitam	111	34,7	207	64,7	318	39,1	31	9,7	86	26,9	117	34,5	142	33,6	293	40,1	435	37,7
Desporto																		
Utilizam	10	3,1	29	9,1	39	4,8	4	1,3	8	2,5	12	3,5	14	3,3	37	5,1	51	4,4
Necessitam	46	14,4	42	13,1	88	10,8	8	2,5	10	3,1	18	5,3	54	12,8	52	7,1	106	9,2

Atividades sociais e recreativas

A participação em atividades sociais e recreativas, organizadas por entidades locais, não apresenta, no total da amostra, diferença significativa quanto ao sexo, utilizando este serviço 27,3% dos homens e 26,5% das mulheres. A necessidade sentida deste serviço é para os homens de 33,6% e 40,1% para as mulheres, sendo esta diferença significativa.

As diferenças verificadas na utilização e necessidade sentida de participação em atividades sociais e recreativas apresentam para o grupo etário, em ambos os casos, diferenças significativas.

No grupo etário de 75-84 anos, quanto ao sexo, não se verificam diferenças significativas na utilização mas verificam-se na necessidade sentida de participação em atividades sociais e recreativas. Este serviço é utilizado por 29,6% e referem a sua necessidade 39,1% dos elementos do grupo etário.

No grupo etário de 85 e mais anos a utilização e necessidade sentida de participação, em atividades sociais e recreativas, não apresentam diferenças significativas quanto ao sexo. Para o total do grupo etário este serviço é utilizado por 20,1% dos seus elementos e sentem a sua necessidade 34,5%.

Analisando os dados globais verifica-se que a participação em atividades sociais e recreativas, organizadas por entidades locais, é feita por 26,8% dos inquiridos e cerca de 37,7% dizem necessitar de participar neste tipo de iniciativas. Estas permitem o combate á solidão e a oportunidade de convivência com outras pessoas e são bastantes apreciadas por esta população.

Viagens dirigidas a idosos

As viagens, no total da amostra, são um serviço utilizado por 35,3% dos homens e 23,8% das mulheres e referem necessidade sentida, 46,2% dos homens e 33,9% das mulheres. A diferença de utilização e necessidade sentida é significativa.

A análise do total da amostra, por grupo etário, indica que o serviço de viagens apresenta diferenças de utilização e de necessidade sentida.

No grupo etário de 75-84 anos verificam-se diferenças, quanto ao sexo, de utilização e da necessidade sentida, do serviço de viagens, com valores mais elevados, em ambos os casos, para as mulheres. A utilização verificada é de 38,1% para os homens e 46,6% para as mulheres, representando 33,3% no total do grupo etário.

No grupo etário de 85 e mais anos, a utilização e necessidade sentida de viagens, apresenta diferenças significativas quanto ao sexo. Para o total do grupo etário este serviço é utilizado por 15,3% dos seus elementos e sentem a sua necessidade 21,2%.

No que se refere aos dados globais sobre a participação dos inquiridos em viagens dirigidas a Idosos ou em programas dirigidos a idosos ou reformados (sejam organizados por Câmaras Municipais, Juntas de Freguesia, Instituições ou por outras entidades, nos últimos dois anos), verifica-se que 28,4% responderam que já participaram neste tipo

de iniciativas e 38,4% responderam que necessitavam de viajar. Este tipo de atividades é excelente para esta população pois permitem o combate á solidão e é uma oportunidade de convivência com outras pessoas, de troca de partilhas e de experiências.

Desporto

Os programas de exercício físico ou desporto não apresentam, no total da amostra, diferença significativa quanto ao sexo, utilizando este serviço 3,3% dos homens e 5,1% das mulheres. A necessidade sentida deste serviço é para os homens de 12,8% e 7,1% para as mulheres, sendo esta diferença significativa.

A análise do total da amostra, por grupo etário, indica que o serviço de viagens apresenta diferenças significativas apenas para a necessidade sentida.

No grupo etário de 75-84 anos, quanto ao sexo, não se verificam diferenças significativas na utilização mas verificam-se na necessidade sentida da participação em programas de exercício físico ou desporto. Este serviço é utilizado por 4,8% e referem a sua necessidade 10,8% dos elementos do grupo etário.

No grupo etário de 85 e mais anos a utilização e necessidade sentida de participação, em atividades sociais e recreativas, não apresentam diferenças significativas quanto ao sexo. Para o total do grupo etário este serviço é utilizado por 3,5% dos seus elementos e sentem a sua necessidade 5,3%.

Os programas de exercício físico ou desporto (organizados pela Câmara Municipal, por uma Junta de Freguesia ou por outra instituição, nos últimos seis meses) foram utilizados/frequentados por 4,4% dos idosos inquiridos e 9,2% dizem necessitar de fazer algum desporto ou exercício físico.

Serviços de avaliação e coordenação

Conforme Tabela 3, de seguida apresentam-se os resultados dos serviços de apoio, avaliação e coordenação.

Tabela 3 - *Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços de apoio, avaliação e coordenação*

Serviços de apoio, avaliação e coordenação	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total					
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Serviços de coordenação, informação e apoio																		
Utilizam	110	34,4	230	46,6	340	41,8	60	58,8	173	73,0	233	68,7	170	40,3	403	55,1	573	49,7
Necessitam	79	24,7	165	33,4	244	30,0	43	42,2	145	61,2	188	55,5	122	28,9	310	42,4	432	37,5
Avaliação sistemática multidimensional																		
Utilizam	19	5,9	21	4,25	40	4,9	2	2,0	12	5,1	14	4,1	21	5,0	33	4,5	54	4,7
Necessitam	172	53,8	279	56,5	451	55,4	49	48,0	117	49,4	166	49,0	221	52,4	396	54,2	617	53,5

Serviços de coordenação, informação e apoio

O serviço de coordenação, informação e apoio, centra-se na avaliação da necessidade de ajuda e na informação sobre a forma da pessoa a obter. Apresenta, no total da amostra, diferenças quanto ao sexo, para a utilização e para a necessidade sentida. A utilização deste serviço é de 40,3% para os homens e de 55,1% para as mulheres. A necessidade sentida, de serviços de coordenação e informação, é menor, sendo referida por 28,9% dos homens e 42,4% das mulheres.

Os resultados obtidos nos dois grupos etários apontam para a existência de diferença quanto à utilização e a sua necessidade sentida deste serviço, sendo mais referida no grupo etário de idade igual e superior a 85 anos.

Em todos os grupos etários verificam-se diferenças, quanto ao sexo, para a utilização e para a necessidade sentida de serviços de coordenação, informação e apoio, sendo as mulheres as maiores utilizadoras e as que mais referem necessitar deste serviço.

No entanto, observa-se que em todos os referidos grupos, a necessidade sentida é inferior à utilização verificada.

Assim, o grupo etário de 75-84 anos apresenta uma utilização deste serviço por 41,8% e uma necessidade sentida de 30,0% e no grupo etário de 85 e mais anos de 68,7% e 55,5%, respetivamente.

Quando perguntado aos indivíduos se durante os últimos seis meses alguém lhe deu informação sobre os tipos de ajudas que poderia obter ou colocou-o/a em contacto com quem o/a poderia ajudar, os totais globais dizem que 49,7% afirmaram que sim.

Quanto ao facto de necessitarem de alguém que organize ou coordene os tipos de ajuda que necessita e o/a coloque em contacto com quem lhe possa dar essa ajuda, na globalidade 37,5% responderam que sim.

Avaliação sistemática multidimensional

O serviço de avaliação sistemática multidimensional, implicando a avaliação do estado geral da pessoa nas componentes de saúde e sociais, não revela quanto ao sexo, para o total da amostra, diferenças de utilização. No entanto, revela diferenças significativas para a necessidade sentida, sendo as mulheres as que mais referem a necessidade desta avaliação. A sua utilização é referida por 5,0% dos homens e 4,5% das mulheres, mas a necessidade sentida é de, respetivamente, 52,4% e 54,2%.

Da análise segundo o grupo etário não verificamos a existência de diferenças para a utilização mas sim para a necessidade sentida deste serviço, observando-se os valores mais elevados no grupo etário de 75-84 anos.

No grupo etário de 75-84 anos, não se verifica, quanto ao sexo, diferença de utilização, mas verifica-se diferença para a necessidade sentida de avaliação sistemática multidimensional, sendo as mulheres as que referem mais necessidade. No grupo etário de mais de 85 anos, não se verifica, quanto ao sexo, diferença de utilização nem de necessidade sentida para este serviço. Ao contrário do serviço de coordenação, informação e apoio, no serviço de avaliação sistemática multidimensional a necessidade sentida é superior à utilização efetuada.

No grupo etário de 75-84 anos, referiram a sua utilização 4,9% e a necessidade sentida foi referida por 56% dos elementos do grupo. No grupo etário de 85 e mais anos verificam-se os valores de utilização, com 5,1% e de necessidade sentida com 49,4%.

No que concerne a este aspeto específico constata-se que, no total dos inquiridos apenas 4,7% tiveram, durante os últimos 6 meses, alguém como um médico ou assistente social a examinar e a avaliar de forma completa o seu estado em geral, incluindo a sua saúde física e mental e a sua situação social e económica. Já 53% responderam que “necessitam” de alguém que examine e avalie o seu estado em geral.

Serviços de apoio económico

Conforme Tabela 4, de seguida apresentam-se os resultados dos serviços de apoio económico.

Tabela 4 - *Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços de apoio económico*

Serviços de apoio económico	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥85 anos						Total					
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ajuda económica em geral																		
Necessitam(*)	137	42,8	260	52,6	397	48,8	40	39,2	134	56,5	174	51,3	177	41,9	394	53,9	571	49,5
Ajuda económica para compra de comida																		
Utilizam	24	7,5	86	17,4	110	13,5	29	28,4	117	49,4	146	43,1	53	12,6	203	27,8	256	22,2
Necessitam	23	7,2	50	10,1	73	9,0	8	7,8	34	14,3	42	12,4	31	7,3	84	11,5	115	10,0

(*) Para além do que já utilizam

Ajuda económica em geral

A totalidade dos inquiridos usufrui de ajuda económica em geral, dispondo, de forma regular, de alguma fonte de rendimento. Apesar da utilização generalizada deste serviço, realizada principalmente através de pensões de reforma e invalidez, a necessidade sentida de acréscimo dos valores auferidos é, para o total da amostra, apontado por 38,8% dos homens e 45,1% das mulheres. Não se verifica diferença significativa quanto ao sexo.

A análise por grupo etário, para o total da amostra, aponta para diferença quanto à necessidade sentida de aumento de ajuda económica em geral, sendo esta necessidade mais referida no grupo etário de 85 e mais anos. Nos diferentes grupos etários não se observa diferença, quanto ao sexo, para a necessidade sentida de aumento de rendimentos.

No grupo etário de 65-74 anos referem rendimentos insuficientes para os gastos 37,7% dos seus elementos. No grupo etário de 75-84 anos esse valor é de 43,5% e no de 85 e mais anos de 66,7%.

A totalidade dos inquiridos usufrui de ajuda económica em geral, dispondo, de forma regular, de alguma fonte de rendimento (através de pensões de reforma e invalidez), embora a necessidade de ajuda económica ou aumento, para além daquilo que recebe, seja elevada (49,5% responderam que sim). Isto pode dever-se ao facto de muitas pensões de reforma e invalidez serem de valores muito baixos.

Ajuda para compra de comida

A ajuda para a compra de comida apresenta, para o total da amostra, diferença significativa quanto ao sexo, para a utilização e para a necessidade sentida deste serviço, sendo as mulheres as que mais referem a utilização e a necessidade sentida.

Recebem ajuda 12,6% dos homens e 27,8% das mulheres e referem a sua necessidade, respetivamente, 7,3% e 11,5%.

Da análise por grupo etário, para o total da amostra, verificam-se diferenças quanto à ajuda na compra de comida, sendo o grupo etário de 85 e mais anos aquele que mais refere a sua utilização. De igual modo a necessidade sentida também apresenta diferença, com o mesmo grupo etário a deter o valor mais elevado.

Observaram-se diferenças significativas na utilização nos dois grupos etários, sendo as mulheres claramente mais utilizadoras deste serviço.

No grupo etário de 75-84 anos “utilizam” este serviço 13,5% mas, para além destes, 9,0% referem necessitar e não dispor dessa ajuda, atingindo no grupo etário de 85 e mais anos, 43,1% e 12,0%. Estes dados apontam para que 22,9% (no grupo etário 75-84 anos) e 55,5% (no grupo etário de 85 e mais anos), avaliem como insuficientes os seus rendimentos, mesmo para a alimentação, na ausência de ajuda.

Para concluir este ponto verificamos que 22,2% dos inquiridos têm ajuda regular para pagar a sua comida (seja através da família, amigos, instituições sociais, etc.) e 10% “necessitam” de receber algum tipo de ajuda económica para a compra de comida para além daquela que já “utilizam”.

Serviços não classificados

Conforme Tabela 5, de seguida apresentam-se os resultados dos serviços não classificados.

Tabela 5 - *Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços não classificados*

Serviços não classificados	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total					
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Transporte																		
Utilizam	278	86,9	375	75,9	653	80,2	64	62,7	119	50,2	183	54,0	342	81,0	494	67,6	836	72,5
Necessitam(*)	31	9,7	52	10,5	83	10,2	8	7,8	22	9,3	30	8,8	39	9,2	74	10,1	113	9,8
Serviços de realojamento																		
Utilizam	2	0,6	15	3,0	17	2,1	1	1,0	5	2,1	6	1,8	3	0,7	20	2,7	23	2,0
Necessitam	10	3,1	21	4,3	31	3,8	3	2,9	16	6,8	19	5,6	13	3,1	37	5,1	50	4,3
Serviços de emprego																		
Utilizam	4	1,3	1	0,2	5	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,9	1	0,1	5	0,4
Necessitam	1	0,3	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,1
Preparação para as atividades da vida diária																		
Utilizam	15	4,7	16	3,2	31	3,8	0	0,0	8	3,4	8	2,4	15	3,6	24	3,3	39	3,4
Necessitam	29	9,1	39	7,9	68	8,4	1	1,0	13	5,5	14	4,1	30	7,1	52	7,1	82	7,1

(*) Para além do que já utilizam

Transporte

O transporte é o serviço, dentro do grupo de serviços não classificados, que tem maior utilização e necessidade sentida. Para o total da amostra a utilização, não apresentam diferenças significativas quanto ao sexo, no entanto a necessidade sentida, para além da utilização efetuada, apresenta diferença significativa. Este serviço é utilizado por 81,0% dos homens e 67,6% das mulheres da amostra. No entanto, esta utilização é referida como ficando aquém das necessidades por 9,2 % dos homens e 10,1% das mulheres.

Na análise do total da amostra observa-se a existência de diferença significativa quanto ao grupo etário, na à utilização de transporte e na necessidade sentida, tendo este uma maior utilização e necessidade sentida no grupo etário de 75-84 anos.

No grupo etário de 75-84 anos a diferença de utilização de transporte, quanto ao sexo, apresenta diferença significativa, sendo este utilizado por 86,9% dos homens e 75,9% das mulheres, o que representa no grupo etário uma utilização por 80,2% dos seus elementos. A necessidade sentida, para além da utilização efetuada, não apresenta diferença significativa, quanto ao sexo, sendo referida em 10,2% dos casos.

No grupo etário de 85 e mais anos a diferença de utilização de transporte, quanto ao sexo, apresenta diferença significativa, sendo este utilizado por 62,7% dos homens e 50,2% das mulheres, o que representa no grupo etário uma utilização por 54,0% dos seus elementos. A necessidade sentida, para além da utilização efetuada, não apresenta diferença significativa, quanto ao sexo, sendo referida em 8,8% dos casos.

No que concerne a este aspeto, os resultados globais apontam para que 72% dos inquiridos “utilizam” o transporte de alguém (amigos, familiares), o transporte público ou deslocam-se no seu para irem ao médico, para visitarem amigos, irem às compras, etc.

Dos inquiridos 9,8% acha que necessita de transporte mais vezes do que dispõem atualmente para visitas, saídas, etc.

Serviços de emprego

Os serviços de emprego não apresentam qualquer indicação de utilização e de necessidade sentida no grupo etário de mais de 85 anos. No grupo etário de 75-84 anos, mencionaram utilizar este serviço, 5 pessoas, das quais 1,3% eram homens e 0,2% eram mulheres, não sendo esse valor estatisticamente significativo para o género. Referiram a sua necessidade apenas um homem neste grupo etário.

Como poderemos observar pelas respostas obtidas este aspeto tem apenas uma expressão residual visto que as questões do emprego não são fundamentais nos indivíduos desta faixa etária, onde a esmagadora maioria é reformado. Na globalidade, apenas 0,4% precisaram de alguém para ajudar na procura de trabalho ou de como consegui-lo e apenas 0,1% necessita de alguém que o ajude a encontrar um emprego.

Preparação para as atividades da vida diária

A preparação para as atividades da vida diária tem também uma fraca expressão na utilização, aparecendo mencionada por 3,4%, na amostra total, não sendo esse valor estatisticamente significativo para o género. A necessidade sentida deste serviço é superior sendo, no total da amostra, referida por 7,1% da amostra total.

Serviços de realojamento

O serviço de realojamento, implicando ajuda recebida para a obtenção de novo local para viver, aparece mencionado por 2,0%, na amostra total. A necessidade sentida para conseguir um (outro) lugar para viver é superior sendo, no total da amostra, referida por 4,3% da amostra total.

Projetos que a Câmara Municipal de Coimbra Desenvolve e que Podem Colmatar as Necessidades Referidas no Estudo Apresentado

Depois de apresentados os resultados iremos fazer uma breve análise aos aspetos abordados pelo Estudo que demonstram lacunas sobre as quais a Câmara Municipal (na sua área social), indireta ou diretamente tenta colmatar através dos seus projetos e iniciativas.

Monitorização – projeto Georreferenciação de idosos e projeto de Teleassistência

Como podemos constatar pela apresentação dos resultados, o serviço de monitorização é o serviço em que é referida a maior necessidade sentida (78,8%).

O acompanhamento aos idosos, no seu domicílio, é uma aspeto cada vez mais importante para combater o isolamento e a exclusão e a Câmara Municipal de Coimbra, atenta a estas problemáticas está em fase de implementação do seu Projeto de Georreferenciação de Idosos (atrás explicitado) e que pretende precisamente colmatar estas necessidades. Em 2004 também implementou um projeto de Teleassistência ao Domicílio junto da população idosa do concelho (também atrás referido) que consiste no funcionamento de uma central de assistência permanente, pronta a responder a qualquer situação de emergência, 24h por dia através de um sistema de comunicação rápido e seguro.

Avaliação sistémica multidimensional – projeto de Georreferenciação de idosos

O serviço de avaliação sistemática multidimensional, implicando a avaliação do estado geral da pessoa nas componentes de saúde e sociais, não revela quanto ao sexo, para o total da amostra, diferenças de utilização. A sua utilização é referida por 5,0% dos homens e 4,5% das mulheres mas a necessidade sentida é de, respetivamente, 52,4% e 54,2%, sendo esta diferença significativa. O Projeto de Georreferenciação de Idosos, em fase de implementação pela Câmara Municipal de Coimbra, também servirá para colmatar estas necessidades através de um acompanhamento mais próximo e uma intervenção mais eficaz.

Serviços de coordenação, informação e apoio - plataforma GEOSOCIAL

O serviço de coordenação, informação e apoio, centra-se na avaliação da necessidade de ajuda e na informação sobre a forma da pessoa a obter.

A utilização deste serviço é de 40,3% para os homens e de 55,1% para as mulheres. A necessidade sentida, de serviços de coordenação e informação ou da necessidade

sentida em ter alguém que o coloque em contacto com quem lhe possa dar essa ajuda, é referida por 28,9% dos homens e 42,4% das mulheres.

Para facilitar de todo este processo de acesso fácil à informação e às ajudas que “necessitam”, a Câmara Municipal de Coimbra criou, no seu *site*, a Plataforma Geosocial que, como anteriormente referido, pretende ser um meio de ajuda rápido e fácil na procura de contactos e respostas para as dificuldades que muitas pessoas sentem (sobretudo as mais idosas).

Serviços sociais e recreativos – iniciativas seniores organizadas pela Câmara Municipal de Coimbra

Deste tipo de serviços disponibilizados à população idosa, as viagens dirigidas a idosos são as mais utilizadas, constatando-se que no total da amostra, existe diferença de utilização quanto ao género (35,3% dos homens e 23,8% das mulheres). Quanto à necessidade sentida, os valores obtidos são de 46,2% para os homens e 33,9% para as mulheres.

Neste aspeto e fruto de uma necessidade já detetada no passado, a Câmara Municipal de Coimbra oferece todos os anos uma viagem aos idosos do Município que sejam utentes das IPSS com respostas sociais de Centro de Convívio, Centro de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário e Lar.

Para além das viagens, este estudo revela ainda que os idosos necessitam de participar em atividades que são organizadas por um grupo local, paróquias, Juntas de Freguesia ou pela Câmara Municipal (cerca de 37,7 dos inquiridos mostraram essa necessidade). A Câmara Municipal fruto também de uma necessidade já detetada no passado, organiza todos os anos uma série de atividades lúdicas e recreativas (exemplo, a Festa de Natal, a Festa do Chá das Cinco, etc.) que permitem o combate ao isolamento e o convívio e a troca de experiências entre as pessoas deste segmento populacional.

Preparação de refeições – projeto das refeições ao fim de semana

A preparação de refeições é um aspeto bastante valorizado pelos idosos inquiridos, na globalidade, 45,7% responderam que sim quando foram questionados se nos últimos seis meses alguém lhes preparou regularmente as refeições ou se teve de comer fora, mais especificamente se o cônjuge ou outra pessoa teve de cozinhar para ele/a porque não é capaz de fazê-lo. 41,7% responderam afirmativamente quando lhes foi perguntado se necessitam de alguém que lhes prepare regularmente as refeições porque não é capaz de o fazer.

Este aspeto acaba por ser normal no segmento de população analisado e é por isso que uma percentagem significativa dos idosos solicita o serviço de apoio domiciliário às IPSS no terreno. Porém, uma lacuna ainda hoje existente em muitas instituições é o facto de ao fim de semana e feriados não executarem este serviço o que acarreta por si só grandes constrangimentos para aqueles que beneficiam desse serviço. A Câmara Municipal de Coimbra, atenta a este problema, implementou (como já referido anteriormente) o projeto “Uma Mesa para os Avós”, que tem como objetivo suprimir uma das necessidades mais básicas da população idosa carenciada, isolada e sem suporte familiar. Trata-se de um programa de apoio domiciliário que tem como função distribuição de refeições ao domicílio aos fins-de-semana e feriados e beneficia numa primeira fase as freguesias que abrangem o centro urbano da cidade (alta e baixa), nomeadamente, Sé Nova, Santa Cruz, Almedina e S. Bartolomeu sendo 37 os beneficiários.

Transporte – passe social +

No grupo de serviços não classificados o transporte é o serviço que tem maior utilização e necessidade sentida. Para o total da amostra a utilização, não apresenta diferenças significativas quanto ao sexo. Este serviço é utilizado por 81,0% dos homens e 67,6% das mulheres da amostra. No entanto, esta utilização é referida como ficando aquém das necessidades por 9,2 % dos homens e 10,1% das mulheres, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

Como sabemos uma percentagem muito grande dos idosos desloca-se através dos transportes públicos devido a um elevado número de circunstâncias (não têm viatura própria, já não se sentem em condições de conduzir, não possuem meios financeiros para terem viatura própria, etc.) e muitos deles com reduzidos recursos económicos têm por vezes de efetuar um esforço muito grande para poderem pagar o passe.

A Câmara Municipal de Coimbra tenta minorar ao máximo todo este tipo de constrangimentos e através dos Serviços Municipalizados de Transportes Urbanos de Coimbra (SMTUC) - são uma estrutura municipal vocacionada para assegurar o Serviço Público de Transporte Rodoviário de Passageiros no Município de Coimbra- criou vários tipos de passe:

- O Passe 3.ª Idade, no valor de 17,5€ por mês - para utente com idade igual ou superior a 65 anos;
- O Passe reformado/pensionista por incapacidade, no valor de 17,5€ por mês;
- O Passe Sénior +, no valor de 14€ por mês - para utentes com idade igual ou superior a 65 anos, abrangidos pela seguinte condição (por analogia com o disposto nos n.ºs 3 e 4 do art.º 2.º da Portaria n.º 272/2011, de 23 de Setembro);

- O Passe Reformado/Pensionista por Incapacidade +, no valor de 14€ por mês,- para utentes que façam prova da incapacidade por documento original de entidade competente. Abrangido pela seguinte condição (por analogia com o disposto nos n.ºs 3 e 4 do art.º 2.º da Portaria n.º 272/2011, de 23 de Setembro);
- O Passe Apoio Social +, no valor de 12€ - para utentes recenseados e residentes no concelho de Coimbra que sejam Titulares da pensão mínima do Regime Contributivo, de Regimes Não Contributivos e Equiparados e ainda do Regime Especial dos Trabalhadores Agrícolas, mediante prova através de documento original da Segurança Social.

Conclusão

Para concluir podemos afirmar que o estudo elaborado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e pela Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, demonstra uma realidade que em alguns pontos é mais preocupante do que em outros mas que mostra uma realidade indesmentível, os idosos do Município de Coimbra necessitam de apoio em muitas áreas.

Este apoio já é oferecido, em muitos casos, pelas instituições particulares de solidariedade social (IPSS), pelos organismos de saúde, pelas Juntas de Freguesia e pela Câmara Municipal de Coimbra, etc. Mas ele acaba sempre por ser insuficiente devido a inúmeras razões, das quais podemos destacar, a falta de verbas financeiras, recursos humanos insuficientes, interligação insuficiente entre serviços, desconhecimento daquilo que as outras entidades fazem no terreno, deficiente trabalho em rede, entre outros.

A Autarquia de Coimbra atenta a esta realidade, como já demonstrado no presente documento, dinamiza um conjunto de respostas e serviços para a população idosa. Se por um lado os serviços de ação social da Câmara Municipal de Coimbra, conseguem fazer chegar algumas respostas e serviços diretamente aos idosos, especialmente aos mais carenciados, por outro lado o papel das entidades de apoio social, nomeadamente as que pertencem ao Conselho Local de Ação Social da Rede Social de Coimbra, é de elevada importância, pois é através da rentabilização de recursos, congregação de esforços e partilha de informação, que as respostas e serviços chegue a todos os idosos que necessitem de apoio, garantindo assim o Município de Coimbra um mínimo de qualidade de vida e de bem-estar social a esta faixa etária da população.

Estamos disponíveis para encetar todas as formas de cooperação possíveis para responder aos desafios que se colocam na intervenção com este grupo populacional.

Os Nossos Contactos

Câmara Municipal de Coimbra

Divisão de Educação e Ação Social

Rua Olímpio Nicolau Rui Fernandes - Antigas Instalações da PSP 2º Andar

3000-303 Coimbra

Telefone: 239 825478 Fax: 239 854299

Câmara Municipal de Coimbra – Rede Social de Coimbra

Rua Olímpio Nicolau Rui Fernandes - Antigas Instalações da PSP 2º Andar

3000-303 Coimbra

E-mail: redesocial@cm-coimbra.pt

Telefone: 239 825478 Fax: 239 854299

ANEXOS

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL MULTIDIMENSIONAL PARA IDOSOS (QAFMI)



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL MULTIDIMENSIONAL PARA IDOSOS (OARS)

Código da entrevista _____

Data da entrevista _____ / _____ / _____ Data de nascimento _____ / _____ / _____
Dia Mês Ano Dia Mês Ano

Local da entrevista _____

1. Sexo do/a idoso/a

- Masculino
 Feminino

2. Número de filhos e filhas vivos

_____ Filhas _____ Filhos

3. Idade _____ anos (*não perguntar*)

4. Que estudos completou?

- Não sabe ler nem escrever
 Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino
 Ensino básico primário
 Ensino básico preparatório
 Ensino secundário
 Ensino médio
 Ensino superior
 NS/NR

5. Questões preliminares

Faça as perguntas 1 à 10 e anote todas as respostas. Só se pergunta a 4a se o idoso não possui telefone. Marque 'certo' ou 'errado' para cada uma das 10 perguntas.

Certo Errado

1. Em que data estamos? Dia, mês, ano ____ / ____ / ____ (tolerância de um dia)
 2. Que dia da semana é hoje?
 3. Como se chama esta localidade?
 4. Qual é o seu número de telefone?
 4a. Qual é o seu endereço? (*só se não tem telefone*)
 5. Quantos anos tem? _____
 6. Qual é a sua data de nascimento? Dia, mês, ano ____ / ____ / ____
 7. Como se chama o actual Presidente da República?
 8. Como se chamava o anterior Presidente da República?
 9. Qual o seu apelido ou nome de família?
 10. Subtraia 3 de 20. Agora subtraia mais três ...
(20-3=17; 17-3=14; 14-3=11; 11-3=8; 8-3=5; 5-3=2)

_____ Número de respostas erradas _____

_____ Número de respostas certas _____

**SE O IDOSO TIVER ERRADO EM MAIS DE 3 PERGUNTAS, APLICAR ESTE QUESTIONÁRIO A UMA
OUTRA PESSOA QUE O ACOMPANHE (INFORMANTE).**



Draft

RECURSOS SOCIAIS

Agora, gostaríamos de fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua família e amigos.

6. Qual é o seu estado civil?

- Solteiro/a
- Casado/a ou em união de facto
- Viúvo/a
- Divorciado/a ou separado/a
- NS/NR

7. Quem vive consigo na sua casa?

(assinalar as várias respostas dadas)

- Vive sozinho/a
- Cônjuge
- Filhos/as
- Netos/as
- Pais ou sogros
- Irmãos ou cunhados
- Outros familiares
- Amigos
- Alguém com remuneração ou alojamento para cuidar de si *(sem ser familiar)*
- Outros. Especificar _____

8. Quantas pessoas conhece o suficiente para ir a casa delas visitá-las nas suas casas?

Nº _____ (99 se NS/NR)

9. A semana passada, quantas vezes telefonou ou recebeu chamadas de amigos, familiares ou outros? (se não tem telefone mantém-se a pergunta)

Nº _____ (99 se NS/NR)

10. A semana passada, quantas vezes passou algum tempo com alguém com quem não vive; quer dizer, foi vê-los ou eles vieram visitá-lo/a, ou saíram para fazer algo juntos?

Nº _____ (99 se NS/NR)

11. Tem alguém em quem possa confiar?

- Sim
- Não
- NS/NR

12. Sente-se sozinho/a?

- Muitas vezes/sempre
- Algumas vezes
- Quase nunca/nunca
- NS/NR

13. Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quanto gostaria?

- Sim
- Não
- NS/NR

14. Há alguém que possa ajudá-lo/a caso esteja doente ou incapacitado/a, por exemplo, o seu cônjuge, um familiar ou um amigo? (refere-se a ajuda social, não económica)

- Sim
- Não (----> P 15)
- NS/NR

14a. Há sempre alguém que possa cuidar de si?

- Sempre que necessário *(tanto tempo quanto necessário)*
- Por pouco tempo *(de poucas semanas a seis meses)*
- Às vezes *(levar ao médico, preparar uma refeição, etc...)*
- NS/NR

14b. Quem são essas pessoas? (assinalar as várias respostas dadas)

- Cônjuge
- Irmão/ãs
- Filhos/as
- Netos/as
- Outro parente
- Amigo
- Outros. Especificar _____

RECURSOS ECONÓMICOS

Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua situação laboral.

15. A sua actividade actual é:

- Trabalha a tempo completo
- Trabalha a tempo parcial
- Reformado por idade
- Reformado por invalidez
- Desempregado à procura de trabalho
- Desempregado sem procurar trabalho
- Outros. Especificar _____

16. Que tipo de trabalho teve a maior parte da sua vida?

- Nunca esteve empregado/a
- Doméstico/a
- Trabalhou por conta própria
- Trabalhou por conta de outrém
- NS/NR

17. O seu cônjuge trabalha ou alguma vez trabalhou?

- Sim
- Não (----> P 18)
- Não aplicável (----> P 18)
- NS/NR

17a. Que tipo de trabalho teve ou tem o seu cônjuge?

- Doméstico/a
- Trabalhou por conta própria
- Trabalhou por conta de outrém
- NS/NR

18. De onde provêm os seus rendimentos e os do seu cônjuge? (assinalar as várias respostas dadas e as quantias)

- Do emprego ou negócio €
- Rendimentos de capital (investimentos, contas poupança, fundos de pensões) e rendas de património €
- Pensão de invalidez €
- Pensão de sobrevivência €
- Pensão de velhice €
- Pensão unificada €
- Complemento de pensão por cônjuge a cargo €
- Subsídio de acompanhante €

- Subsídio por assistência a terceira pessoa €
- Suplemento de pensão a grandes inválidos €
- Pensão social €
- Pensão de viuvez..... €
- Complemento social €
- Pensão de reforma social €
- Outras pensões provenientes de fundos profissionais €
- Pensão de alimentos (em caso de separados ou divorciados) €
- Pensão por filhos deficientes €
- Ajuda financeira regular por parte de membros da família (inclui contribuições regulares por parte dos filhos empregados) ... €
- Outros. Especificar €

19. Quantas pessoas vivem desses rendimentos? (número de pessoas que dependem em pelo menos metade desses rendimentos)

_____ pessoas

20. A casa em que vive é propriedade sua?

- Sim
- Não (----> P 20b)
- NS/NR

20a. Em quanto está avaliada, aproximadamente, a sua casa?

_____ €

20b. Está a pagar renda, empréstimo ou hipoteca?

- Renda €
- Empréstimo ou hipoteca €
- Não, vive em casa cedida gratuitamente
- NS/NR



Draft

20c. Quem paga a renda, empréstimo ou hipoteca?

- Paga o total da renda, empréstimo ou hipoteca
- Recebe uma comparticipação
- A casa não é sua mas não paga renda
- NS/NR

20d. Considera o local onde vive digno para si?

- Sim
- Não
- NS/NR

21. Acha que as suas propriedades e rendimentos são suficientes para fazer face a uma situação inesperada?

- Sim
- Não
- NS/NR

22. Os seus rendimentos são o suficiente?

- Não
- Sim, mas apenas chegam para os seus gastos
- Cobrem sem problemas os gastos
- NS/NR

23. Necessita de ajuda económica ou aumento, para além do que já recebe?

- Sim
- Não
- NS/NR

24. Paga a sua alimentação ou tem ajuda regular para isso?

- Paga (----> P 25)
- Recebe ajuda
- NS/NR

24a. De quem?

- Família ou amigos
- Toma as refeições numa instituição governamental ou de beneficência
- Quantas? ____
- Trazem-lhe as refeições a casa já preparadas
- Quantas? ____

25. Acha que necessita de receber algum tipo de ajuda económica para a compra de comida?

- Sim
- Não
- NS/NR

26. Tem algum cartão de saúde?

- Sim. Qual? _____
- Não
- NS/NR

27. O que acha da sua situação económica, por comparação com a de outras pessoas da sua idade?

- Melhor
- Igual
- Pior
- NS/NR

28. Os rendimentos que tem cobrem as suas necessidades?

- Muito bem
- Razoavelmente
- Com dificuldade
- NS/NR

29. Normalmente tem dinheiro para comprar pequenos extras, quer dizer, pequenos caprichos?

- Sim
- Não
- NS/NR

30. Neste momento, acha que terá o suficiente para garantir o seu futuro?

- Sim
- Não
- NS/NR



Draft

SAÚDE MENTAL

Em continuação, gostaria de lhe fazer umas perguntas sobre o que sente em relação à sua vida.

31. Com que frequência se preocupa com as coisas em geral?

- Sempre/quase sempre
- Algumas vezes
- Nunca/quase nunca
- NS/NR

32. Em geral, o que acha da sua vida?

- Interessante
- Monótona
- Aborrecida
- NS/NR

33. Como descreveria, em geral, a sua satisfação com a vida?

- Boa
- Regular
- Má
- NS/NR

34. Por favor, responda 'sim' ou 'não' às perguntas seguintes. Não há respostas correctas ou incorrectas, apenas o que melhor se aplica a si. Embora algumas perguntas pareçam não se lhe aplicar tente responder 'sim' ou 'não' conforme lhe parecer mais correcto (assinalar 'sim' ou 'não' para cada uma).

1. Acorda fresco/a e descansado/a quase todas as manhãs?..... Sim Não
2. A sua vida está cheia de coisas que o/a mantêm interessado/a?..... Sim Não
3. Por vezes sentiu vontade de fugir de casa?..... Sim Não
4. Parece-lhe que ninguém o/a compreende?..... Sim Não
5. Teve períodos de dias, semanas ou meses em que não podia ocupar-se de nada porque não aguentava mais?..... Sim Não
6. O seu sono é irregular e inquieto?..... Sim Não
7. É feliz a maior parte do tempo?..... Sim Não
8. Pensa que se trama alguma coisa contra si?..... Sim Não
9. Por vezes sente que não serve para nada?..... Sim Não
10. Nos últimos anos sentiu-se bem a maior parte do tempo?..... Sim Não
11. Sente-se muitas vezes fraco/a?..... Sim Não
12. Tem dores de cabeça?..... Sim Não
13. Tem dificuldade em manter o equilíbrio quando caminha?..... Sim Não
14. Sente palpitações e falta de ar?..... Sim Não
15. Mesmo quando está com outras pessoas sente-se só a maior parte das vezes?... Sim Não

35. Como classifica, em geral, o seu estado mental ou emocional?

- Óptimo
- Bom
- Razoável
- Mau
- NS/NR

36. Comparando com há cinco anos, como classifica hoje o seu estado mental ou emocional?

- Melhor
- Igual
- Pior
- NS/NR



Draft

SAÚDE FÍSICA

37. Quantas vezes foi visto/a pelo médico nos últimos seis meses, sem estar internado/a num hospital? (*excluir os psiquiatras*)

_____ vezes

38. Nos últimos seis meses, quantos dias esteve tão doente que foi incapaz de realizar as suas actividades do dia-a-dia, como ir trabalhar ou fazer as tarefas da casa?

_____ dias

39. Quantos dias, nos últimos seis meses, esteve internado/a no hospital por problemas de saúde física?

_____ dias

40. Quantos dias, nos últimos seis meses, esteve internado/a noutra instituição de saúde por problemas de saúde física?

_____ dias

41. Acha que necessita de cuidados ou tratamentos médicos para além dos que recebe neste momento?

- Sim
- Não
- NS/NR

42. Poderia dizer-me, por favor, se no último mês lhe receitaram alguns dos seguintes medicamentos?

- Para a artrite
- Para a dor (distintos dos anteriores)
- Para a hipertensão arterial (tensão alta)
- Diuréticos
- Para a insuficiência cardíaca ou arritmias
- Nitroglicerina para a angina de peito
- Anticoagulantes
- Para melhorar a circulação
- Injecções de insulina para diabetes
- Comprimidos para a diabetes
- Para úlcera (sistema digestivo)
- Crise epiléptica
- Para a tiróide
- Corticosteróides
- Antibióticos
- Tranquilizantes ou medicamentos para os nervos
- Medicamentos para dormir (uma vez por semana ou mais)
- Medicamentos hormonais (incluindo a pílula)

43. Que outros medicamentos receitados tomou no último mês?



Draft

44. Tem alguma das seguintes doenças neste momento?

(Para cada resposta afirmativa perguntar: De que modo é que interfere nas suas actividades?)

- Artrite ou reumatismo Nada Pouco Muito
- Glaucoma Nada Pouco Muito
- Asma Nada Pouco Muito
- Enfisema ou bronquite crónica Nada Pouco Muito
- Tuberculose Nada Pouco Muito
- Hipertensão Nada Pouco Muito
- Problemas cardíacos Nada Pouco Muito
- Problemas circulatórios dos membros Nada Pouco Muito
- Diabetes Nada Pouco Muito
- Úlceras (sistema digestivo) Nada Pouco Muito
- Doença do fígado Nada Pouco Muito
- Doenças dos rins..... Nada Pouco Muito
- Outras doenças do sistema urinário Nada Pouco Muito
- Cancro ou leucemia Nada Pouco Muito
- Anemia Nada Pouco Muito
- Consequências de A.V.C. Nada Pouco Muito
- Doença de Parkinson Nada Pouco Muito
- Epilepsia Nada Pouco Muito
- Paralisia cerebral Nada Pouco Muito
- Esclerose múltipla Nada Pouco Muito
- Distrofia muscular Nada Pouco Muito
- Consequência da poliomelite Nada Pouco Muito
- Doença da tiróide ou outras glândulas Nada Pouco Muito
- Doenças da pele (úlceras/escaras, queimaduras...) Nada Pouco Muito
- Problemas da fala Nada Pouco Muito

45. Tem alguma incapacidade física...

- Não
- Paralisia total
- Paralisia parcial
- Falta de membro/função
- Fractura óssea
- NS/NR

46. Como está a sua visão mesmo com óculos ou lentes de contacto?

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Mal
- Está cego
- NS/NR

47. Como está a sua audição? (sem ajuda)

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Mal
- Está surdo
- NS/NR

48. Neste momento, tem algum outro problema ou doença física que afectem seriamente a sua saúde?

- Sim. Especificar _____
- Não
- NS/NR

DISPOSITIVOS DE APOIO E PRÓTESES

49. Usa alguma das seguintes ajudas sempre ou quase sempre?

- Bengala ou tripé
 - Muletas
 - Cadeira de rodas
 - Ortótese (membros inferiores)
 - Ortótese (coluna)
 - Membro artificial
 - Prótese auricular
 - Equipamento de colostomia
 - Sonda vesical
 - Diálise
 - Outros (por ex. dentadura)
- Especificar* _____



Draft

50. Necessita de alguma ajuda deste tipo que actualmente não tenha?

- Sim (----> P 50a)
- Não (----> P 51)
- NS/NR

50a. Especificar quais?

- Bengala ou tripé
- Muletas
- Cadeira de rodas
- Ortótese (membros inferiores)
- Ortótese (coluna)
- Membro artificial
- Prótese auricular
- Equipamento de colostomia
- Sonda vesical
- Diálise
- Outros (por ex. dentadura)

Especificar _____

51. Tem algum problema de saúde por beber, ou o seu médico alguma vez lhe disse que deveria beber menos?

- Sim
- Não
- NS/NR

52. Pratica regularmente algum tipo de actividade física como cavar a terra, dar longas caminhadas ou praticar algum desporto cansativo?

- Sim
- Não
- NS/NR

53. Como avalia a sua saúde, em geral, neste momento?

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Má
- NS/NR

54. Comparado com há cinco anos como classifica hoje a sua saúde?

- Melhor
- Igual
- Pior
- NS/NR

55. De que modo é que os seus problemas de saúde interferem na sua vida?

- Nada
- Um pouco
- Muito
- NS/NR

ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA - AVD

Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre as suas actividades da vida diária, coisas que todos necessitamos de fazer como parte das nossas vidas diárias. Gostaria de saber se consegue ou conseguiria fazer estas actividades sem qualquer ajuda, com alguma ajuda para as fazer, ou se as não pode fazer.

AVD INSTRUMENTAL

56. É capaz de usar o telefone...

- Sem ajuda (*incluindo procurar números e marcar*)
- Com alguma ajuda (*pode responder a chamadas ou marcar números de emergência, mas necessita ajuda para outros números*)
- É incapaz de utilizar o telefone
- NS/NR

57. Pode ir até locais onde não é possível ir a pé...

- Sem ajuda (*conduz o seu carro, ou viaja sozinho em autocarro ou táxi*)
- Com alguma ajuda (*necessita que alguém o/a ajude ou o/a acompanhe quando viaja*)
- É incapaz de viajar (*a não ser que o faça em veículo especial como uma ambulância*)
- NS/NR

58. Pode ir fazer as compras de alimentos, roupa, etc.? (*assumindo que tem meio de transporte*)

- Sem ajuda (*encarrega-se de tudo o que necessita comprar*)
- Com alguma ajuda (*necessita que alguém o/a acompanhe quando vai às compras*)
- É incapaz de fazer qualquer tipo de compra
- NS/NR

59. É capaz de preparar as suas refeições...

- Sem ajuda (*planeia e prepara-as ele/a mesmo*)
- Com alguma ajuda (*pode preparar algumas coisas mas não todas as refeições*)
- É incapaz de preparar qualquer refeição
- NS/NR



Draft

60. É capaz de fazer as tarefas de casa...

- Sem ajuda (*pode limpar o chão, etc.*)
- Com alguma ajuda (*pode fazer trabalhos leves mas necessita ajuda para os pesados*)
- É incapaz de fazer qualquer trabalho doméstico
- NS/NR

61. É capaz de tomar os seus medicamentos...

- Sem ajuda (*a dose certa na hora certa*)
- Com alguma ajuda (*capaz de tomar os medicamentos se lhos prepararem e/ou se lhe recordarem que tem que os tomar*)
- É incapaz de tomar os seus medicamentos
- NS/NR

62. É capaz de lidar com o dinheiro...

- Sem ajuda (*passar cheques, pagar facturas, etc.*)
- Com alguma ajuda (*administra o dinheiro do dia-a-dia mas necessita ajuda para passar cheques e pagar facturas*)
- É incapaz de administrar o seu dinheiro
- NS/NR

AVD FÍSICO

63. É capaz de comer...

- Sem ajuda (*é capaz de comer sozinho*)
- Com alguma ajuda (*necessita ajuda para cortar a comida, etc.*)
- É incapaz de comer sozinho/a
- NS/NR

64. Pode vestir-se e despir-se sozinho/a...

- Sem ajuda (*é capaz de escolher a roupa, vestir-se e despir-se*)
- Com alguma ajuda
- É incapaz de vestir-se e despir-se sozinho/a
- NS/NR

65. Pode cuidar da sua aparência, por exemplo, pentear-se e (para homens) barbear-se...

- Sem ajuda
- Com alguma ajuda
- É capaz de cuidar da sua aparência
- NS/NR

66. Pode andar...

- Sem ajuda (*excepto de bengala*)
- Com ajuda (*de alguém ou com o uso de muletas ou aparelho de ajuda à marcha*)
- É incapaz de andar
- NS/NR

67. Pode levantar-se e deitar-se na cama...

- Sem ajuda (*de ninguém e sem qualquer dispositivo*)
- Com alguma ajuda (*de uma pessoa ou de um dispositivo*)
- Depende completamente de alguém que o/a levante
- NS/NR

68. Pode tomar banho ou duche ...

- Sem ajuda
- Com alguma ajuda (*necessita de ajuda para entrar ou sair da banheira ou utiliza suporte mecânico na banheira*)
- É incapaz de tomar banho sozinho/a
- NS/NR

69. Tem tido problemas em chegar à casa de banho a tempo?

- Não (----> P 70)
- Sim, mas agora não porque tenho sonda/colostomia (----> P70)
- Sim (----> P 69a)
- NS/NR

69a. Com que frequência se molha ou se suja (tanto de dia como de noite)?

- Uma ou duas vezes por semana
- Três vezes por semana ou mais
- NS/NR

70. Há alguém que o/a ajude em coisas tais como ir às compras, fazer as tarefas da casa, tomar banho, vestir-se ou sair de casa/passear?

- Sim (----> P 70a)
- Não (----> P 71)
- NS/NR

70a. Quem é a sua maior ajuda?

Nome: _____

Relação: _____

70b. Além desta, quem mais o/a ajuda?

Nome: _____

Relação: _____



Draft

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

71. Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas referentes ao tipo da ajuda que recebe, recebeu, ou da que necessita. Queremos saber não só da ajuda de organismos oficiais, mas também da ajuda da sua família ou de amigos.

TRANSPORTE

71-1. Quem o leva para ir às compras, visitar amigos, ir ao médico, etc.? (assinalar todas as respostas)

- Vai sozinho/a
- Familiar
- Amigo
- Transporte público (*autocarro, taxi, etc.*)
- Outro. Especificar _____

71-1a. Em média, quantas deslocações faz por semana, utilizando algum transporte?

___ deslocações por semana

71-1b. Acha que necessita de transporte mais vezes do que dispõe actualmente para visitas, saídas, etc.?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS SOCIAIS/RECREATIVOS

71-2. Nos últimos seis meses, participou em alguma actividade organizada por um grupo local, paróquia, Junta de Freguesia, etc.?

- Sim
- Não (----> P 71-2c)
- NS/NR

71-2a. Quantas vezes por semana participa nessas actividades?

___ vezes por semana

71-2b. Ainda participa nessas actividades ou grupos?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-2c. Acha que necessita de participar neste tipo de actividades?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS DE EMPREGO

71-3. Nos últimos seis meses, alguém o/a ajudou a procurar trabalho ou o aconselhou sobre como conseguir um emprego?

- Sim
- Não (----> P 71-3b)
- NS/NR

71-3a. Quem o/a ajudou?

- Familiar
- Amigo
- Organismo oficial

71-3b. Acha que necessita que alguém o/a ajude a encontrar um emprego?

- Sim
- Não
- NS/NR

VIAGENS

71-4. Durante os dois últimos anos, realizou alguma viagem organizada pela Junta de Freguesia, Câmara Municipal, outras instituições, ou programas dirigidos a idosos ou reformados?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-4a. Fez ou espera fazer alguma viagem deste tipo este ano?

- Sim
- Não
- NS/NR



Draft

71-4b. Acha que necessita de viajar?

- Sim
- Não
- NS/NR

DESPORTO

71-5. Nos últimos seis meses, participou em algum programa de exercício físico ou desporto organizado por alguma instituição, pela Junta de Freguesia, Câmara Municipal, etc.?

- Sim
- Não (----> P 71-5c)
- NS/NR

71-5a. Quantas vezes, por semana, participava nessas actividades?

_____ vezes

71-5b. Ainda participa nesses programas de desporto?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-5c. Acha que necessita fazer algum desporto ou exercício físico?

- Sim
- Não
- NS/NR

PREPARAÇÃO PARA AS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

71-6. Nos últimos seis meses, participou ou assistiu a algum curso de educação de adultos ou qualquer outro tipo de aprendizagem de habilidades pessoais como cuidar de si, ler, caminhar...? (*excluir fisioterapia*)

- Sim
- Não (----> P 71-6c)
- NS/NR

71-6a. Em média, a quantas sessões deste tipo assistiu nos últimos seis meses?

_____ sessões

71-6b. Actualmente ainda assiste a essas sessões?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-6c. Acha que necessita desta preparação para as suas actividades de vida diária?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

71-7. Nos últimos seis meses, recebeu alguma orientação ou tratamento por problemas pessoais ou familiares, ou por problemas de nervos ou emocionais?

- Sim
- Não (----> P 71-7d)
- NS/NR

71-7a. Nos últimos seis meses, esteve hospitalizado alguma vez por problemas de nervos ou emocionais?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-7b. Nos últimos seis meses, quantas consultas ou sessões teve com médicos, psiquiatras, ou outras pessoas que orientam neste tipo de problemas? (*sem estar internado no hospital*)

Nº _____

71-7c. Ainda está a receber essa ajuda?

- Sim
- Não
- NS/NR



Draft

71-7d. Acha que necessita tratamento ou que o aconselhem por problemas pessoais ou familiares, ou por problemas de nervos ou emocionais?

- Sim
- Não
- NS/NR

MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

71-8. Nos últimos seis meses, tem tomado algum medicamento receitado para os nervos (tais como calmantes) ou para a depressão?

- Sim
- Não (----> P 71-8b)
- NS/NR

71-8a. Ainda o está a tomar?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-8b. Acha que necessita tomar esse tipo de medicação?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS DE CUIDADOS PESSOAIS

71-9. Nos últimos seis meses, teve alguém que o ajudou nos seus cuidados pessoais diários, por exemplo para tomar banho ou vestir-se, dar-lhe de comer, ou noutros cuidados? (excluir os recebidos no hospital)

- Sim
- Não (----> P 71-9d)
- NS/NR

71-9a. Quem o/a ajudou nesses cuidados?

- Familiar (*não pago*)
- Um amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-9b. Em média, quanto tempo por dia levou essa pessoa a dar-lhe banho, vesti-lo, ajuda-lo a comer, ir à casa de banho, etc.?

- Menos de ½ hora por dia
- ½ hora a 1½ hora por dia
- Mais de 1½ hora por dia
- NS/NR

71-9c. Ainda está a receber essa ajuda?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-9d. Acha que necessita de ajuda para tomar banho, vestir-se, comer, ir à casa de banho, etc.?

- Sim
- Não
- NS/NR

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

71-10. Durante os últimos seis meses, alguém lhe prestou cuidados de enfermagem? Por outras palavras, fizeram-lhe tratamentos ou administraram-lhe medicamentos receitados por um médico? (excluir cuidados de enfermagem prestados no hospital)

- Sim
- Não (----> P 71-10e)
- NS/NR

71-10a. Quem o/a ajudou nesses cuidados?

- Familiar ou amigo (*não pago*)
- Enfermeiro (*não pago*)
- Outra pessoa paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-10b. Em média, quantas horas por dia tem recebido esse tipo de ajuda?

- Só ocasionalmente, não todos os dias
- Só para dar-lhe medicação oral
- Menos de ½ hora por dia
- De ½ hora a 1 hora por dia
- Mais de 1 hora por dia
- NS/NR



Draft

71-10c. Durante quanto tempo recebeu essa ajuda nos últimos seis meses?

- Menos de um mês
- De 1 a 3 meses
- Mais de 3 meses
- NS/NR

71-10d. Ainda recebe cuidados de enfermagem?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-10e. Acha que necessita de cuidados de enfermagem?

- Sim
- Não
- NS/NR

FIOTERAPIA

71-11. Durante os últimos seis meses, tem feito fisioterapia?

- Sim
- Não (----> P 71-11d)
- NS/NR

71-11a. Quem lhe prestou esses cuidados ou o/a ajudou a realizá-los?

- Familiar ou amigo (*não pago*)
- Fisioterapeuta (*não pago*)
- Outra pessoa paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-11b. Em média, quantas vezes por semana o têm ajudado a fazer esses exercícios?

____ vezes

71-11c. Ainda faz fisioterapia?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-11d. Acha que necessita de fisioterapia?

- Sim
- Não
- NS/NR

SUPERVISÃO CONTÍNUA

71-12. Durante os últimos seis meses, houve algum período de tempo em que alguém teve que estar consigo, tratando de si, as 24 horas do dia?

- Sim
- Não (----> P 71-12c)
- NS/NR

71-12a. Quem tratou de si ou o/a ajudou?

- Familiar (*não pago*)
- Amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-12b. Ainda tem que estar alguém junto de si as 24 horas?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-12c. Acha que necessita de ter alguém tratando de si as 24 horas?

- Sim
- Não
- NS/NR



Draft

SERVIÇOS DE MONITORIZAÇÃO

71-13. (Se o idoso ainda está a receber supervisão contínua perguntar só a 71-13c. Pessoas que necessitam de supervisão contínua, vivem em instituições ou com familiares presume-se que os recebem).

Durante os últimos seis meses, teve alguém que regularmente, pelo menos cinco vezes por semana, por telefone ou pessoalmente, procurou saber como se encontrava, para se certificar de que tudo estava bem?

- Sim
- Não (----> P 71-13c)
- NS/NR

71-13a. Quem o fez?

- Familiar (*não pago*)
- Amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-13b. E agora, há alguém que procura saber como se encontra, pelo menos cinco vezes por semana?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-13c. Acha que necessita dessa pessoa? (*assinalar não se respondeu sim em 71-12c*)

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS DE REALOJAMENTO

71-14. Nos últimos seis meses, recebeu alguma ajuda para conseguir uma nova casa ou lugar onde viver, ou para tratar da mudança? (*inclui alojamento em instituições*)

- Sim
- Não (----> P 71-14c)
- NS/NR

71-14a. Quem o ajudou a fazê-lo?

- Familiar (*não pago*)
- Amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-14b. Já conseguiu a nova casa ou colocação em residência para idosos?

- Sim
- Está em lista de espera
- Não lha concederam
- NS/NR

71-14c. Acha que necessita de ajuda para conseguir um (outro) lugar para viver?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS DOMÉSTICOS

71-15. Nos últimos seis meses, tem tido alguém que o/a ajude, regularmente, a fazer as tarefas domésticas, tais como limpar a casa, lavar a roupa, etc.? Quer dizer, o seu cônjuge ou outra pessoa teve que as fazer porque você não era capaz?

- Sim
- Não (----> P 71-15d)
- NS/NR

71-15a. Quem o ajudava fazendo-lhe essas tarefas?

- Familiar (*não pago*)
- Amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-15b. Quantas horas, por semana, empregou para fazer essas tarefas domésticas?

___ horas



Draft

71-15c. Ainda tem alguém que lhe preste essa ajuda?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-15d. Acha que necessita de alguém que o/a ajude nas tarefas em casa?

- Sim
- Não
- NS/NR

PREPARAÇÃO DE REFEIÇÕES

71-16. Durante os últimos seis meses, alguém lhe tem preparado regularmente as refeições ou teve que comer fora de casa? Quer dizer, o seu cônjuge ou outra pessoa teve que cozinhar para si porque não é capaz de fazê-lo?

- Sim
- Não (----> P 71-16c)
- NS/NR

71-16a. Quem lhe preparou as refeições?

- Familiar (*não pago*)
- Um amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-16b. Tem alguém que lhe prepare as refeições?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-16c. Acha que necessita de alguém que lhe prepare regularmente as refeições porque não pode fazê-lo?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, LEGAIS E DE PROTECÇÃO

71-17. Durante os últimos seis meses, alguém o/a ajudou em termos legais, questões ligadas a negócios pessoais ou gestão do seu dinheiro, como por exemplo pagar as suas contas?

- Sim
- Não (----> P 71-17c)
- NS/NR

71-17a. Quem o/a ajudou?

- Familiar
- Amigo
- Alguém a quem paga por essa tarefa (*por ex. advogado*)
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-17b. Tem alguém que o/a ajuda nestas questões?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-17c. Acha que necessita que alguém o/a ajude nestas questões?

- Sim
- Não
- NS/NR

AVALIAÇÃO SISTEMÁTICA MULTIDIMENSIONAL

71-18. Durante os últimos seis meses alguém, como um médico ou assistente social, examinou e avaliou de forma completa o seu estado em geral, incluindo a sua saúde física e mental, e a sua situação social e económica?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-18a. Acha que necessita de alguém que examine e avalie o seu estado em geral?

- Sim
- Não
- NS/NR



Draft

SERVIÇOS DE COORDENAÇÃO, INFORMAÇÃO E APOIO

71-19. Durante os últimos seis meses, alguém viu se tinha o tipo de ajudas que necessitava? Por outras palavras, alguém lhe deu informação sobre os tipos de ajudas que poderia obter ou colocou-o/a em contacto com quem o/a poderia ajudar?

- Sim
- Não (----> P 71-19c)
- NS/NR

71-19a. Quem foi essa pessoa?

- Familiar
- Amigo
- Alguém de uma instituição social ou Segurança Social

71-19b. Há alguém que veja se tem o tipo de ajudas que necessita? Por outras palavras, há alguém que lhe dê informação sobre os tipos de ajudas que poderá obter ou colocá-lo/a em contacto com quem o/a ajude?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-19c. Acha que necessita de alguém que organize ou coordene os tipos de ajuda que necessita e o/a coloque em contacto com quem lhe possa dar essa ajuda?

- Sim
- Não
- NS/NR

72. Este questionário foi realizado ao/à

- Idoso/a
- Informante. Relação _____
- Ambos

ESTA ENTREVISTA TERMINOU. MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.



AS QUESTÕES SEGUINTE SÃO DIRIGIDAS AO ENTREVISTADOR E DEVEM SER RESPONDIDAS IMEDIATAMENTE APÓS DEIXAR O LOCAL DA ENTREVISTA.

73. Duração da entrevista: ____ minutos

74. A informação objectiva foi obtida do/a:

- Idoso/a
- Familiar
- Outro. Especificar _____

75. As perguntas objectivas obtidas do/a idoso/a e/ou informante são...

- De total confiança
- De confiança na maioria dos casos
- De confiança só em alguns casos
- Não são confiáveis

76. As perguntas subjectivas são:

- De total confiança (----> P 77)
- De confiança na maioria dos casos (----> P 77)
- De confiança só em alguns casos (----> P 77)
- Não são confiáveis (----> P 77)
- Não se obtiveram (----> P 76a)

76a. Porque não respondeu o/a idoso/a às questões subjectivas?

- Afasia / disartria
- Surdez
- Demência
- Oligofrenia
- Demasiado doente
- Não colaborou
- Outro. Especificar _____

RECURSOS SOCIAIS

77. Das seguintes frases, qual descreve melhor a disponibilidade de ajuda que tem o/a idoso/a se estivesse doente ou incapacitado/a?

- Pelo menos uma pessoa estaria disponível para cuidar dele/a indefinidamente (*tanto tempo quanto necessário*)
- Pelo menos uma pessoa estaria disponível para cuidar dele/a durante pouco tempo (*de poucas semanas a seis meses*)
- A ajuda estaria disponível só de vez em quando (*como levá-lo/a ao médico, preparar-lhe refeições, etc.*)
- Nenhuma (*excepto possível ajuda de emergência*)

78. Qual das seguintes frases descreve melhor as relações sociais do/a idoso/a?

- Muito satisfatórias, amplas
- Moderadamente satisfatórias, adequadas
- Não satisfatórias, de escassa qualidade, poucas



Draft

RECURSOS ECONÓMICOS

79. Na sua opinião, qual das seguintes frases descreve melhor os rendimentos do/a idoso/a?

- Amplos, folgados
- Satisfatórios
- Algo insuficientes
- Totalmente insuficientes
- Não tem qualquer tipo de rendimentos

80. Na sua opinião, o/a idoso/a tem economias?

- Sim
- Não (*ou são escassas*)

81. Na sua opinião, qual das seguintes frases descreve melhor o grau com que se cobrem as necessidades do/a idoso/a?

- Cobrem a alimentação, habitação, vestuário, cuidados de saúde e permitem-lhe pequenos luxos
- Cobrem a alimentação, habitação, vestuário, cuidados de saúde, mas não lhe permite pequenos luxos
- Não cobrem a alimentação, ou habitação, ou vestuário, ou cuidados de saúde e nem lhe permite pequenos luxos
- Não cobrem duas ou mais necessidades (*habitação, alimentação, vestuário, cuidados de saúde*) nem lhe permite pequenos luxos

SAÚDE MENTAL

82. Tem a impressão de que o/a idoso/a demonstra sentido, ou senso comum, ao fazer juízos e tomar decisões?

- Sim
- Não
- NS/NR

83. Tem a impressão de que o/a idoso/a é capaz de lidar ou fazer frente aos problemas graves que ocorrem na sua vida?

- Sim
- Não
- NS/NR

84. Tem a impressão de que o/a idoso/a acha a vida interessante e divertida?

- Sim
- Não
- NS/NR

85. Durante a entrevista o comportamento do/a idoso/a pareceu-lhe ser:

- Mentalmente alerta e estimulado/a
- Agradável e participativo/a
- Depressivo/a e/ou choroso/a
- Distraído/a ou letárgico/a
- Amedrontado/a, inquieto/a ou extremamente tenso/a
- Cheio/a de queixas físicas não realistas
- Desconfiado/a (mais do que razoável)
- Extravagante ou inapropriado/a em pensamento ou acção
- Excessivamente falador/a, muito alegre ou eufórico/a



Draft

SAÚDE FÍSICA

86. O/a idoso/a é obeso/a, mal nutrido/a ou emagrecido/a:

- Não
- Sim, é obeso/a
- Sim, está mal nutrido/a ou emagrecido
- NS/NR

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RECURSOS SOCIAIS

87. Classifique os recursos sociais actuais da pessoa, avaliando-os na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve as circunstâncias presentes da pessoa. As perguntas de recursos sociais são as 6-14 e 77-78.

- Recursos sociais muito bons.** As suas relações sociais são muito satisfatórias e amplas; pelo menos uma pessoa o/a cuidaria indefinidamente.
- Recursos sociais bons.** As suas relações sociais são moderadamente satisfatórias e adequadas e pelo menos uma pessoa o/a cuidaria indefinidamente; **ou** as relações sociais são muito satisfatórias e amplas e só teria disponível uma ajuda temporária.
- Recursos sociais ligeiramente insatisfatórios.** As suas relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; pelo menos uma pessoa o/a cuidaria indefinidamente; **ou** as relações sociais são moderadamente satisfatórias, adequadas e apenas disporia de ajuda por um período curto de tempo.
- Recursos sociais moderadamente insatisfatórios.** As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; só dispõe de ajuda por um período curto de tempo; **ou** as relações sociais são pelo menos ajustadas e satisfatórias, mas a ajuda só seria possível de vez em quando.
- Recursos sociais fortemente insatisfatórios.** As relações são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; e a ajuda só seria possível de vez em quando; **ou** as relações sociais são pelo menos satisfatórias ou adequadas, mas a ajuda não é sequer disponível de vez em quando.
- Recursos sociais totalmente insatisfatórios.** As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; e a ajuda não está sequer disponível de vez em quando.



Draft

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RECURSOS ECONÓMICOS

88. Classifique os recursos económicos actuais da pessoa, avaliando-os na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve as circunstâncias presentes da pessoa. As perguntas de recursos económicos são as 15-30 e 79-81.

- Recursos económicos muito bons.** Os seus rendimentos são amplos; o/a idoso/a tem economias.
- Recursos económicos satisfatórios.** Rendimentos amplos; o/a idoso/a não tem economias; ou rendimentos suficientes; o sujeito tem economias.
- Recursos económicos ligeiramente insatisfatórios.** Rendimentos suficientes; o/a idoso/a não tem economias; ou rendimentos algo insuficientes; o/a idoso/a tem economias.
- Recursos económicos moderadamente insatisfatórios.** Rendimentos um pouco insuficientes; o/a idoso/a não tem economias.
- Recursos sociais fortemente insatisfatórios.** Rendimentos totalmente insuficientes; o/a idoso/a pode ter ou não ter economias.
- Recursos económicos totalmente insatisfatórios.** O/a idoso/a é indigente, sem rendimentos ou economias.

(Considera-se que os rendimentos são suficientes se cobrem todas as necessidades do/a idoso/a)

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

89. Classifique o funcionamento actual da pessoa, avaliando-o na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve o funcionamento presente da pessoa. As perguntas de saúde mental são as do questionário preliminar e as 31-36 e 82-85.

- Saúde mental muito boa.** Intelectualmente alerta, gozando claramente a vida. Controla com facilidade o quotidiano e os problemas graves da vida e não apresenta sintomas psiquiátricos.
- Saúde mental boa.** Controla tanto o quotidiano como os problemas graves da vida satisfatoriamente e intelectualmente está intacto/a e livre de sintomas psiquiátricos.
- Saúde mental ligeiramente insatisfatória.** Tem ligeiros sintomas psiquiátricos e/ou ligeiro deterioro intelectual. Controla o quotidiano mas não satisfatoriamente os problemas graves da sua vida.
- Saúde mental moderadamente insatisfatória.** Tem sintomas psiquiátricos definidos e/ou um moderado deterioro intelectual. Controla o quotidiano e é capaz de tomar decisões com senso comum, mas incapaz de lidar com os problemas graves da sua vida.
- Saúde mental fortemente insatisfatória.** Tem sintomas psiquiátricos graves e/ou um grave deterioro intelectual que interfere com os juízos e decisões do quotidiano.
- Saúde mental totalmente insatisfatória.** Manifestamente psicótico ou completamente deteriorado intelectualmente. Requer supervisão periódica ou constante devido ao seu comportamento claramente anormal ou potencialmente nocivo.



ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE SAÚDE FÍSICA

90. Classifique o funcionamento físico actual da pessoa, avaliando-o na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve o funcionamento presente da pessoa. As perguntas de saúde física são as 37-55 e 86.

- Saúde física muito boa.** Ocupa-se de actividades físicas vigorosas regularmente ou pelo menos de vez em quando.
- Saúde física boa.** Insignificantes doenças ou incapacidades. Apenas requer cuidados médicos de rotina como avaliação (*check up*) anual.
- Saúde física ligeiramente insatisfatória.** Tem uma ou mais doenças que podem beneficiar de tratamento médico ou de medidas correctivas.
- Saúde física moderadamente insatisfatória.** Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são dolorosas ou requerem considerável tratamento médico.
- Saúde física fortemente insatisfatória.** Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são fortemente dolorosas ou ameaçam a sua vida ou requerem amplo tratamento médico.
- Saúde física totalmente insatisfatória.** Acamado/a e requer permanente assistência médica ou cuidados de enfermagem para manter as funções vitais do organismo.

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DO DESEMPENHO DAS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)

91. Classifique o funcionamento actual das Actividades da Vida Diária da pessoa, avaliando-o na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve o desempenho presente da pessoa. As perguntas das Actividades da Vida Diária são as 56-70.

- Capacidade para as AVD muito boa.** Pode realizar todas as actividades da vida diária sem ajuda e com facilidade.
- Capacidade para as AVD boa.** Pode realizar todas as actividades da vida diária sem ajuda.
- Capacidade para as AVD ligeiramente insatisfatória.** Só não realiza de uma a três AVD. Requer alguma ajuda para realizar uma a três AVD, mas não necessariamente todos os dias. Pode passar um dia sem ajuda. É capaz de preparar as suas próprias refeições.
- Capacidade para as AVD moderadamente insatisfatória.** Requer assistência regular em pelo menos quatro AVD mas pode passar um dia sem ajuda; ou requer ajuda regular para a preparação das refeições.
- Capacidade para as AVD fortemente insatisfatória.** Necessita ajuda diária mas não necessariamente o dia inteiro ou à noite, com muitas AVD.
- Capacidade para as AVD completamente insatisfatória.** Necessita ajuda durante todo o dia e/ou à noite para realizar as AVD.

ANEXOS

MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO
Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos (QAFMI)
Older Americans Resources and Services (OARS)

Instruções para a utilização da versão em língua Portuguesa
(QAFMI/OARS)

Sílvia Manuela Dias Tavares da Silva

Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Juan Jesus Gestal Otero

(Março, 2014)

MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO
Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos (QAFMI)
Older Americans Resources and Services (OARS)

Instruções para a utilização da versão em língua Portuguesa
(QAFMI/OARS)

Sílvia Manuela Dias Tavares da Silva

Enfermeira no Centro de Saúde de Oliveira de Azeméis

Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Juan Jesus Gestal Otero

Catedrático de Medicina Preventiva e Saúde Pública da Universidade de Santiago de Compostela

(Março, 2014)

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O QAFMI/OARS/QAFMI é um instrumento de avaliação multidimensional para idosos que classifica a capacidade funcional do indivíduo nas áreas de recursos sociais; recursos económicos; saúde mental; saúde física e actividades de vida diária (AVD). Permite, ainda, definir a utilização e necessidade sentida de serviços.

A informação pode ser obtida a partir do próprio idoso ou de um informante cuidador caso este não seja idóneo para responder. Recorrendo a um informante perde-se a informação subjectiva sobre o que sente e pensa, o idoso.

O método de aplicação é a entrevista directa, preferencialmente no domicílio do idoso, em data e hora previamente combinadas.

O tempo médio de aplicação ronda os 60 minutos por idoso (deslocação, considerações iniciais e entrevista). A entrevista para aplicação do questionário tem o tempo médio de 45 minutos, consideravelmente menor quando é realizado a mais do que uma pessoa no mesmo domicílio, como no caso dos cônjuges.

O entrevistador pode ser qualquer pessoa com treino para a técnica de entrevista. No entanto, há reconhecido ganho se efectuada por profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, técnicos de serviço social, sociólogos, entre outros), cuja formação lhes permite uma mais fácil interacção com o entrevistado e um preciso registo das respostas do idoso. O tratamento informático dos dados, permitindo a classificação funcional nas diferentes áreas, reduz o enviesamento que seria provocado pela subjectividade do entrevistador.

NOTA: O documento foi elaborado tendo em conta a experiência dos investigadores bem como as referências, apontamentos, anotações e dificuldades manifestadas pelos entrevistadores convidados para aplicação do questionário.

O QUESTIONÁRIO QAFMI/OARS

É constituído por 91 questões.

Para preenchimento pelo entrevistador, existe um cabeçalho com espaço para codificar a entrevista, data de realização, data de nascimento do entrevistado e local da entrevista.

As perguntas 1 a 4 são de caracterização sociodemográfica.

O QAFMI/OARS encontra-se dividido em duas partes: A (avaliação funcional) e B (utilização e necessidade sentida de serviços).

Parte A: QAFMI/OARS- MFAQ

(MFAQ - Multidimensional Functional Assessment Questionnaire)

A recolha de dados é iniciada com a pergunta 5 que tem como objectivo avaliar a capacidade cognitiva do idoso e a sua idoneidade para responder às questões seguintes. Caso existam mais de 3 perguntas erradas o entrevistador deve ponderar a continuidade da entrevista e o recurso a um informante. Sendo um informante a responder ao questionário obtém-se toda a informação objectiva que permite a avaliação funcional mas perdem-se os dados subjectivos de auto-percepção/auto-avaliação.

Ainda englobado na parte A, encontram-se as perguntas dirigidas ao entrevistador que lhe permite resumir a informação necessária à atribuição da pontuação de incapacidade funcional (PIF) em cada área avaliada. A PIF varia de 1 a 6, correspondendo maior pontuação a maior incapacidade.

As questões da parte A, dirigidas ao idoso/informante, e ao entrevistador, são apresentadas no quadro seguinte.

Parte B : QAFMI/OARS- SAQ

(Services Assessment Questionnaire)

A parte B centra-se na utilização (pelo idoso/informante) e necessidade sentida de serviços (pelo idoso).

Avalia a utilização de 19 serviços nos últimos seis meses (mais 4 abordados na parte A do questionário, num total de 23 serviços) e a necessidade sentida (para além da já utilizada).

Os serviços avaliados são:

- Serviço transporte;
- Serviços sociais/recreativos;
- Serviços de emprego;
- Viagens dirigidas a idosos;
- Desporto;
- Preparação para as AVD;
- Serviços de saúde mental;
- Medicamentos psicotrópicos;
- Serviços de cuidados pessoais;
- Cuidados de enfermagem;

Cuidados de fisioterapia;
 Supervisão contínua;
 Serviços de monitorização;
 Serviços de realojamento;
 Serviços domésticos;
 Preparação de refeições;
 Serviços administrativos, legais e de protecção.

Quando a informação é obtida por um informante, a necessidade sentida/percepcionada pelo idoso não é avaliada, apenas a utilização a que o informante assistiu nos últimos seis meses.

Para cada serviço é questionado:

- a) A utilização nos últimos 6 meses;
- b) A frequência da utilização actual;
- c) O prestador de serviços;
- d) A percepção da necessidade do serviço.

O quadro seguinte pretende apresentar a distribuição das perguntas do questionário QAFMI/OARS por área, distinguindo as perguntas dirigidas ao idoso/informante e as dirigidas ao entrevistador.

Quadro 1: Distribuição das perguntas do questionário QAFMI/OARS dirigidas ao idoso/informante e entrevistador, por área funcional.

Área	Perguntas dirigidas ao idoso/informante	Perguntas dirigidas ao entrevistador
Caracterização sociodemográfica	Perguntas: 1 a 4	
Recursos sociais	Perguntas: 6 - 14	Perguntas: 77-78, Escala 87
Recursos económicos	Perguntas: 15 - 30	Perguntas: 79-81, Escala 88
Saúde mental	Pergunta 5 (avaliação cognitiva SPMSQ), 31 - 36	Perguntas: 82 – 85, escala 89
Saúde física	Perguntas 37 - 55	Pergunta 86, Escala 90
Actividades de vida diária	Perguntas 56 – 70	Escala 91
Fontes de informação, fiabilidade das respostas		Perguntas 72-76
Avaliação de Serviços	Perguntas 71	

APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

O questionário apresenta-se dividido em 20 páginas segundo a distribuição apresentada no quadro seguinte por página, número das questões por página e área avaliada respectiva.

Quadro 2: Distribuição das perguntas do questionário QAFMI/OARS por área funcional e página do questionário

Página	Questões	Área
1º	Cabeçalho destinado à identificação do código da entrevista, data da entrevista, data de nascimento do idoso e local da entrevista.	
	1, 2, 3 e 4	Avaliação sociodemográfica: sexo, nº filhos/as; idade; escolaridade;
	5	Avaliação cognitiva (SPMSQ)
2º	6, 7, 8, 9, 19, 11, 12, 13, 14, 14ª, 14b	Avaliação de recursos sociais
3º	15, 16, 17, 18, 19, 20, 20ª, 20b	Avaliação de recursos económicos
4º	20c, 20d, 21, 22, 23, 24, 24a, 25, 26, 27, 28, 29, 30	Avaliação de recursos económicos
5º	31, 32, 33, 34, 35, 36	Avaliação na área de saúde mental
6º	37, 38, 39, 40, 41, 42, 43	Avaliação na área de saúde física
7º	44, 45, 46, 47, 48, 49	Avaliação na área de saúde física

Página	Questões	Área
8º	50, 50a, 51, 52, 53, 54, 55	Avaliação na área de saúde física
	56, 57, 58, 59	Avaliação das AVD
9º	60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 69a, 70, 70a	Avaliação das AVD
	71-1, 71-1a, 71-1b, 71-2, 71-2a, 71-2b, 71-2c, 71-3, 71-3a, 71-3b, 71-4, 71-4a	Avaliação da utilização de serviços
10º	71-4b, 71-5, 71-5a, 71-5b, 71-5c, 71-6, 71-6a, 71-6b, 71-6c, 71-7, 71.7a, 71.7b, 71.7c	Avaliação da utilização de serviços
11º	71-7d, 71-8, 71-8a, 71-8b, 71-9, 71-9a, 71-9b, 71-9c, 71-9d, 71-10, 71-10a, 71-10b	Avaliação da utilização de serviços
12º	71-10c, 71-10d, 71-10e, 71-11, 71-11a, 71-11b, 71-11c, 71.11d, 71-12, 71-12a, 71-12b, 71-12c	Avaliação da utilização de serviços
13 º	71-13, 71-13a, 71-13b, 71-13c, 71-14, 71-14a, 71-14b, 71-14c, 71.15, 71-15a, 71-15b	Avaliação da utilização de serviços
14 º	71-15c, 71-15d, 71-16, 71-16a, 71-16b, 71-16c, 71.17, 71-17a, 71-17b, 71-17c, 71-18, 71-18a	Avaliação da utilização de serviços
15 º	71-19, 71-19a, 71-19b, 71-19c	Avaliação da utilização de serviços
	72	Quem respondeu ao questionário
16 º	73, 74, 75, 76, 76a	Avaliação por parte do investigador da qualidade da informação recolhida
	77, 78	Avaliação por parte do investigador da área de recursos sociais
17 º	79, 80, 81	Avaliação por parte do investigador da área de recursos económicos
	82, 83, 84, 85	Avaliação por parte do investigador da área de saúde mental
18 º	86	Avaliação por parte do investigador da área de saúde física
	87	Classificação por parte do investigador na escala de recursos sociais
19 º	88	Classificação por parte do investigador na escala de recursos económicos
	89	Classificação por parte do investigador na escala de saúde mental
20 º	90	Classificação por parte do investigador na escala de saúde física;
	91	Classificação por parte do investigador na escala desempenho das AVD

METODOLOGIA DE APLICAÇÃO

Recorre-se à metodologia de entrevista ao idoso e/ou informante.

Tendo em conta os objectivos de recolha de dados, a entrevista é do tipo estruturado mas, atendendo ao público-alvo, deve recorrer-se sempre que possível à metodologia de entrevista semi - estruturada com a vantagem de permitir uma relação informal com o entrevistado, encaminhando-o para a resposta às questões sem pressão excessiva na obtenção dos dados. Os idosos e principalmente os muito idosos, ultrapassada a desconfiança inicial, têm tendência a monopolizar a atenção dispensada. Deve reconhecer-se que, face a um questionário longo como

o que se apresenta, esta tendência, quando bem gerida, permite obter os dados necessários tornando o momento da entrevista gratificante para ambos.

O tempo de aplicação pode variar entre 20 minutos e 60 minutos, sendo o tempo médio de 45 minutos por entrevista. Quando a entrevista é feita a mais do que um idoso no mesmo local, como no caso de cônjuges, o tempo de entrevista diminui substancialmente já que há respostas que se repetem, bastando questionar uma única vez.

A técnica da entrevista e a forma de abordagem do entrevistador dita a qualidade e rentabilidade da entrevista.

O entrevistador deve ter bem presente que a condução da entrevista depende de si. Todas as oportunidades de abordar as temáticas conducentes às respostas necessárias para o questionário devem ser aproveitadas. Sempre que o idoso tenha dificuldades em se lembrar da resposta a algo, deve ser-lhe referido que a sua percepção é tão, ou mais, importante do que o facto em si.

A linguagem utilizada é importante. Deve ser adequada ao idoso em causa, evitando estereótipos e “ageismos” como o de que todos os idosos ouvem mal, havendo tendência para, logo à partida, elevar o tom de voz.

Procedimento

1. Apresentação: o entrevistador deve abordar o entrevistado e/ou informante formalmente, apresentando-se pelo nome próprio e último apelido, mostrando a identificação.

Nota 1: o entrevistador deve ser portador de um documento de identificação, validado pelo investigador principal.

Ainda nesta fase, o entrevistador deve relembrar a marcação da entrevista já efectuada anteriormente apresentar os objectivos da sua visita.

Exemplo: *O meu nome é... sou (indicar área profissional)... da instituição (nome da instituição de origem) estou a realizar um estudo de investigação como entrevistador. Esta é a minha identificação (mostrar...).*

2. O passo seguinte é o de clarificação do objectivo da participação, das implicações, e principalmente da confidencialidade dos dados. Nesta fase o entrevistador deve **disponibilizar o “Consentimento Informado”** para que o entrevistado e/ou informante o valide (assinando ou, caso não o saiba fazer, imprimindo o dedo).

Exemplo: *(...) Como já lhe foi transmitido por carta e por telefone, estamos a realizar estas entrevistas com o objectivo de caracterizar a população idosa que reside [local do estudo], de modo a obter informação que permita conhecer as suas necessidades e adequar os cuidados e serviços prestados. Faça-lhe algumas perguntas sobre a sua saúde física, as suas capacidades para fazer as actividades do dia-a-dia, a sua saúde mental. Lembro que caso queira ter outra pessoa presente durante a entrevista o pode fazer. Relembro também que toda a informação é confidencial. Tudo o que me disser, apenas será do meu conhecimento e do conhecimento do investigador principal. Apenas serão dados a conhecer informações gerais da amostra, ou seja, valores gerais (aqui pode ser dado um exemplo, caso o entrevistador denote que a informação não está a ser totalmente descodificada), como por exemplo: há 20% dos idosos de São João da Madeira que referem que as suas pensões não são suficientes, mas não se diz quem são esses 20%.*

Nota 2: o entrevistador deve levar consigo um termo de consentimento informado, validado pela comissão de ética do estudo, respeitando todos os critérios éticos de consentimento informado.

O entrevistador deve ter consigo uma esponja de tinta para que, nos casos em que do utente não saiba assinar, possa imprimir o dedo.

3. De seguida, o entrevistador deve explicar que é aplicado um pequeno grupo de questões (10 questões), de resposta muito rápida, que visam **determinar a idoneidade cognitiva do idoso**, e dita a continuidade ou não da entrevista.

Caso sejam obtidas mais de 3 respostas erradas o entrevistador deve sugerir que a entrevista seja feita com a ajuda de um informante. Esta sugestão de ideia deve ser comunicada com cautela de modo a não evidenciar um *deficit* cognitivo que pode ainda não ter sido detectado pelo idoso ou até pela família.

A comunicação desta decisão deve ser cautelosa, ou mesmo omitida, já que o dado de “não idóneo para responder” sendo utilizado para efeitos estatísticos, não exclui o idoso no estudo, mas da recolha em si. Como tal, deve ponderar-se realizar mais algumas questões de âmbito geral e comunicar ao idoso que está terminada a entrevista, seguindo os critérios definidos no ponto 6 do presente documento.

4. Inicia-se a entrevista propriamente dita sendo que o início deve ser prudente de modo a que o entrevistador consiga empatia com o idoso.

Sendo a entrevista realizada por um entrevistador com formação na área da saúde ou social, recomenda-se o início da entrevista não pela ordem apresentada no questionário, mas iniciar pela área de Saúde Física (páginas 6 e 7). Aqui é avaliado o estado de saúde de âmbito geral e recorrem à memória recente do estado de saúde do idoso. Funcionam como um “quebra-gelo” e são sempre questões muito sensíveis para esta população, estando sempre mais aberta à exploração desta área.

De seguida, recomenda-se aplicar as questões relacionadas com as AVD (páginas 8 e 9).

Nesta fase da entrevista, a sensibilidade do entrevistador deve avaliar se é pertinente avançar para a avaliação de Recursos Sociais e Recursos Económicos (páginas 2 e 3). Se entender preferível deve dar continuidade ao questionário, avançando com as perguntas relacionadas com a utilização de serviços (páginas 9 a 15), deixando para o fim a avaliação de Recursos Sociais, Recursos Económicos e Saúde Mental.

Merecem particular atenção as perguntas relacionadas com a avaliação dos recursos económicos, sendo muito provável que o idoso questione o porquê das perguntas específicas referentes aos rendimentos. Deve ficar claro que, sendo o questionário confidencial, os dados serão apenas utilizados para o fim que já foi explicado, nunca sendo essa informação transmitida a terceiros.

Exemplo: Já me deu muita informação importante, resta saber como é que está a sua situação económica...vou fazer-lhe algumas questões sobre esse tema e relembro que os seus dados apenas são do meu conhecimento e do conhecimento do investigador principal...e nunca revelados a terceiros...

5. Exploração das perguntas que podem necessitar de um esclarecimento adicional.

Pergunta 15 – “A sua actividade actual é:”

Em Portugal a reforma acontece aos 65 anos de idade. Quando é atribuída antes desta idade, por invalidez, é substituída pela reforma por idade assim que o idoso complete 65 anos. Assim, nos estudos em que a população a estudar tenha idade igual ou superior a 65 anos (maioritariamente,

uma vez que a nomenclatura internacional considerar idoso a partir dos 64 anos de idade), todos vão estar reformados por idade sendo a origem dos rendimentos (Pergunta 18) o valor da pensão por reforma, acrescido do valor da pensão por invalidez se for caso disso.

Pergunta 18 – “De onde provêm os seus rendimentos e os do seu cônjuge?”

A maioria dos idosos tem dificuldade em identificar com exactidão a proveniência dos seus rendimentos, ou seja, em quantificar as várias fontes de rendimentos. Quando é mais do que uma, é-lhes difícil fazer a discriminação entre o valor atribuído por pensão de velhice e o valor atribuído por invalidez.

No entanto, deve ser solicitado um esforço no sentido de fazer esta distinção, nem que seja por valor aproximado. Aqui o entrevistador pode, e deve, contribuir com uma ajuda, relembrando os valores conhecidos, determinados pela Segurança Social e que se apresentam no quadro 3.

Quadro 3: Tipos de pensão e subsídios e valores correspondentes em euros

Denominação	Valor em Euros (aproximados)
Pensão de velhice mínima atribuída:	190,00 Euros
Pensão social	190,00 Euros
Subsídio por assistência à terceira pessoa	Grau 1 – 98,77 Euros
	Grau 2 – 188,00 Euros
Pensão de velhice com mínimo de 15 anos de descontos	330,00 Euros

De qualquer forma, mesmo que o idoso não recorde com precisão a proveniência dos seus rendimentos, deve solicitar-se o valor global total, para que seja possível calcular o valor de rendimentos por elemento do agregado.

Pergunta 20a - “Em quanto está avaliada, aproximadamente, a sua casa?”

Na grande maioria das situações o idoso e/ou informante não tem conhecimento da variação do mercado imobiliário a fim de que possa inferir o valor real. No entanto o entrevistador deve solicitar uma aproximação, sendo que a avaliação do idoso é importante, juntamente com os restantes dados da avaliação económica, determina a percepção que este tem da sua capacidade económica.

Pergunta 29 – “Normalmente tem dinheiro para comprar pequenos extras, quer dizer, pequenos caprichos?”

Entenda-se por pequenos extras tudo o que vai para além das necessidades básicas como alimentação, habitação, vestuário, etc.

Pergunta 34 – Avaliação da presença de sintomas psiquiátricos (SPES).

Neste conjunto de 15 questões, deve solicitar-se ao idoso que responda “sim” ou “não” dando a resposta que primeiro lhe ocorrer. Não devem ficar campos em branco, excepto quando o questionário é respondido por um informante.

Pergunta 42 – “Poderia dizer-me, por favor, se no último mês lhe receitaram alguns dos seguintes medicamentos?”

Nem todas as categorias de medicamentos são apresentadas, pelo que deve ser acrescentado na pergunta 43, “Que outros medicamentos receitados tomou no último mês?”.

Sempre que o entrevistador não possua formação na área da saúde (como técnicos de serviço social, sociólogos, e áreas afins), a categorização dos medicamentos que o idoso vai referindo pode ser difícil e dúbia. Neste caso, recomenda-se que seja escrito a lápis ou anotado separadamente o nome comercial, ou genérico, para que a categorização seja feita à *posteriori*.

Pergunta 44 – “Tem alguma das seguintes doenças neste momento?”

A listagem que se apresenta é extensa mas necessária. Esta questão pode ser respondida ao mesmo tempo que a pergunta 42, ou seja, quando o idoso está a referir que medicação toma, na grande maioria das vezes, sabe para quê, qual o motivo e a razão por que a toma. Assim, podemos sugerir de imediato que nos diga de que modo é que essa patologia interfere na sua vida, se “nada”, “pouco” ou “muito”. Desta forma, rentabilizamos as questões e o tempo, sem obrigar a que a pessoa recorra novamente à mesma temática.

Pergunta 52 – “Pratica regularmente algum tipo de actividade física como cavar terra, dar longas caminhadas ou praticar algum desporto cansativo?”

O que se pretende avaliar é a capacidade física da pessoa e não a realização de exercício físico, já que “cavar terra” não é um tipo de exercício físico, mas sim uma actividade física.

Perguntas 56 a 68 – avaliação das AVD (instrumentais e físicas)

Trata-se de uma avaliação das actividades mais comuns do dia-a-dia. Se o idoso for independente não há necessidade de realizar cada pergunta individualmente.

Pergunta 71-15 – “Nos últimos seis meses, teve ajuda de alguém regularmente, a fazer as tarefas domésticas, tais como limpar a casa, lavar a roupa, etc.? Quer dizer, o seu cônjuge ou outra pessoa teve que as fazer porque você não era capaz?”

O entrevistador deve ter em atenção o género do idoso que está a entrevistar. Em Portugal, bem como nos países mediterrânicos, ainda é bem evidente a atribuição das tarefas domésticas ao sexo feminino e ainda mais nas pessoas idosas. Assim, o entrevistador deve ter especial cuidado quando faz esta pergunta aos homens devendo evidenciar que a ajuda referida, designa ajuda porque não consegue fazer a tarefa, e não porque não sabe, ou porque quem faz normalmente essa tarefa é o outro cônjuge.

Pergunta 71-16 – “Durante os últimos seis meses, alguém lhe tem preparado regularmente as refeições ou teve que comer fora de casa? Quer dizer, o seu cônjuge ou outra pessoa teve que cozinhar para si porque não é capaz de fazê-lo?”

Aqui coloca-se a mesma situação que na pergunta 71-15, em que o factor género pode ser influenciador da resposta. Cabe ao entrevistador esclarecer este aspecto.

Pergunta 71-17 – “Durante os últimos seis meses, alguém o/a ajudou em assuntos legais, questões ligadas a negócios pessoais ou gestão do seu dinheiro, como por exemplo pagar as suas contas?”

Relativamente a esta pergunta, a questão do género coloca-se mas a situação é inversa em relação à pergunta 71-15 e 71-16, já que esta tarefa é mais comum para o cônjuge do sexo masculino. Muitas mulheres não sabem fazê-lo porque nunca lhes foi solicitado. Também aqui o investigador deve ter um papel importante em explicar que o que se questiona é a capacidade para o fazer se for necessário.

6. Finalização da entrevista e avaliação pelo entrevistador

Após terminar a entrevista propriamente dita, o entrevistador deve informar o idoso, e/ou informante, que a entrevista terminou, agradecer a sua participação e relembrar a amabilidade em o receber em sua casa e agradecer o tempo despendido, bem como a importância do seu contributo.

Exemplo: *Sr.../Srª...., chegamos ao fim das perguntas que tinha para lhe fazer, deseja acrescentar mais alguma coisa? (se sim, apontar o que o idoso diz para futura consideração). Se não, agradeço mais uma vez a sua participação neste estudo e relembro que as suas respostas são importantes para que possamos perceber as incapacidades da população mais idosa e que serviços seriam mais necessários. Agradeço o facto de me receber na sua casa e o tempo que dispensou para o efeito.*

Logo de seguida o entrevistador deve, quanto antes, proceder ao preenchimento da parte do questionário que lhe está destinada (perguntas 73 a 91), para que não exista confusão, ou enviesamento, com as entrevistas seguintes. A opinião do entrevistador é importante e deve ser baseada em dados objectivos, seguindo os critérios de pontuação.

Chama-se a atenção apenas para as perguntas 85 (“Durante a entrevista o comportamento do/a idoso pareceu-lhe ser:”) e 86 (“O/a idoso é obeso/a mal nutrido/a ou emagrecido/a”) que, no caso de o idoso não estar presente e ser um informante a responder, esta pergunta fica sem resposta assinalada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que o documento agora presente é um meio facilitador na orientação e aplicação do questionário QAFMI/OARS. No entanto, para maior qualidade da informação recolhida e rentabilização do trabalho do entrevistador, consideramos útil a formação por um entrevistador já experiente.

Este documento, de trabalho, não se considera terminado, podendo incluir no futuro as sugestões consideradas pertinentes pelos utilizadores do QAFMI/OARS.

ANEXOS
TABELAS

Tabela 1 - Caracterização geral da amostra nas variáveis socio-demográficas por grupo etário e sexo

	Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos							Total							
	M		F		Total		p ⁽¹⁾	M		F		Total		p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	M		F		Total		p ⁽³⁾
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Sexo	320	39,3	494	60,7	814	70,6	0,000	102	30,1	237	69,9	339	29,4	0,000	0,003	422	36,6	731	63,4	1153	100,0	0,000
Estado civil																						
Solteiro	4	1,3	42	8,5	46	5,7		2	2,0	32	13,5	34	10,0			6	1,4	74	10,1	80	6,9	
Casado	259	80,9	221	44,7	480	59,0		62	60,8	27	11,4	89	26,3			321	76,1	248	33,9	569	49,3	
Viúvo	51	15,9	214	43,3	265	32,6		36	35,3	170	71,7	206	60,8			87	20,6	384	52,5	471	40,8	
Divorciado/separado	6	1,9	17	3,4	23	2,8		2	2,0	8	3,4	10	2,9			8	1,9	25	3,4	33	2,9	
NS/NR	0	0,0	0	0,0	0	0,0		0	0,0	0	0,0	0	0,0			0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Total	320	100,0	494	100,0	814	100,0	0,000	102	100,0	237	100,0	339	100,0	0,000	0,000	422	100,0	731	100,0	1153	100,0	0,000
Habilitações literárias																						
Não sabe ler nem escrever	24	7,5	103	20,9	127	15,6		13	12,7	87	36,7	100	29,5			37	8,8	190	26,0	227	19,7	
Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino	10	3,1	37	7,5	47	5,8		3	2,9	18	7,6	21	6,2			13	3,1	55	7,5	68	5,9	
Ensino básico primário	171	53,4	247	50,0	418	51,4		46	45,1	86	36,3	132	38,9			217	51,4	333	45,6	550	47,7	
Ensino básico preparatório	27	8,4	31	6,3	58	7,1		12	11,8	6	2,5	18	5,3			39	9,2	37	5,1	76	6,6	
Ensino secundário	26	8,1	25	5,1	51	6,3		10	9,8	16	6,8	26	7,7			36	8,5	41	5,6	77	6,7	
Ensino médio	35	10,9	22	4,5	57	7,0		5	4,9	8	3,4	13	3,8			40	9,5	30	4,1	70	6,1	
Ensino superior	27	8,4	29	5,9	56	6,9		13	12,7	15	6,3	28	8,3			40	9,5	44	6,0	84	7,3	
NS/NR	0	0,0	0	0,0	0	0,0		0	0,0	1	0,4	1	0,3			0	0,0	1	0,1	1	0,1	
Total	320	100	494	100	814	100	0,000	102	100	237	100	339	100	0,000	0,000	422	100	731	100	1153	100	0,000

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 2 - Distribuição segundo a pessoa com quem vive

Pessoa com quem vivem	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total					
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vive sozinho	36	11,3	150	30,4	186	22,9	14	13,7	75	31,6	89	26,3	50	11,8	225	30,8	275	23,9
Cônjuge	255	79,7	214	43,3	469	57,6	60	58,8	25	10,5	85	25,1	315	74,6	239	32,7	554	48,0
Filhos	49	15,3	117	23,7	166	20,4	32	31,4	106	44,7	138	40,7	81	19,2	223	30,5	304	26,4
Netos	18	5,6	32	6,5	50	6,1	6	5,9	20	8,4	26	7,7	24	5,7	52	7,1	76	6,6
Pais ou sogros	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Irmãos/cunhados	3	0,9	6	1,2	9	1,1	0	0,0	7	3,0	7	2,1	3	0,7	13	1,8	16	1,4
Outros familiares	8	2,5	28	5,7	36	4,4	7	6,9	29	12,2	36	10,6	15	3,6	57	7,8	72	6,2
Amigos	2	0,6	10	2,0	12	1,5	2	2,0	6	2,5	8	2,4	4	0,9	16	2,2	20	1,7
Alguém remunerado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	7	3,0	8	2,4	1	0,2	7	1,0	8	0,7
Outro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	7,8	21	8,9	29	8,6	8	1,9	21	2,9	29	2,5
Total	320	100	494	100	814	100	102	100	237	100	339	100	422	100	731	100	1153	100

Tabela 3 - Distribuição segundo a auto avaliação de recursos sociais

Auto avaliação de recursos sociais	Grupo etário 75-84 anos						p ⁽¹⁾	Grupo etário ≥ 85 anos						p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	Total						p ⁽³⁾
	M		F		Total			M		F		Total				M		F		Total		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Com ajuda	305	95,3	436	88,259	741	91,032	0,001	101	99,0	217	91,6	318	93,8	0,009	0,120	406	96,2	653	89,3	1059	91,8	0,000
Sem ajuda	15	4,7	54	10,931	69	8,477		1	1,0	18	7,6	19	5,6			16	3,8	72	9,8	88	7,6	
NS/NR	0	0,0	4	0,810	4	0,491		0	0,0	2	0,8	2	0,6			0	0,0	6	0,8	6	0,5	
Total	320	100,0	494	100,0	814	100,0		102	100,0	237	100,0	339	100,0			422	100,0	731	100,0	1153	100,0	
Ajuda																						
Sempre que necessário	184	60,3	202	45,9	386	51,8	0,000	72	71,3	168	76,7	240	75,0	0,250	0,000	256	63,1	370	56,1	626	58,8	0,015
Por pouco tempo	93	30,5	162	36,8	255	34,2		17	16,8	35	16,0	52	16,3			110	27,1	197	29,9	307	28,8	
Às vezes	28	9,2	72	16,4	100	13,4		11	10,9	14	6,4	25	7,8			39	9,6	86	13,1	125	11,7	
NS/NR	0	0,0	4	0,9	4	0,5		1	1,0	2	0,9	3	0,9			1	0,2	6	0,9	7	0,7	
Total	305	100	440	100	745	100	101	100	219	100	320	100	406	100	659	100	1065	100				

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 4 - Distribuição segundo a pessoa disponível para a prestação de cuidados em caso de doença ou incapacidade

Pessoa disponível	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total					
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cônjuge	179	55,9	89	18,0	268	32,9	34	33,3	5	2,1	39	11,5	213	50,5	94	12,9	307	26,6
Irmãos	5	1,6	16	3,2	21	2,6	4	3,9	4	1,7	8	2,4	9	2,1	20	2,7	29	2,5
Filhos	217	67,8	343	69,4	560	68,8	78	76,5	178	75,1	256	75,5	295	69,9	521	71,3	816	70,8
Netos	17	5,3	32	6,5	49	6,0	12	11,8	12	5,1	24	7,1	29	6,9	44	6,0	73	6,3
Outro parente	21	6,6	55	11,1	76	9,3	8	7,8	34	14,3	42	12,4	29	6,9	89	12,2	118	10,2
Amigo	11	3,4	18	3,6	29	3,6	1	1,0	9	3,8	10	2,9	12	2,8	27	3,7	39	3,4
Outros	10	3,1	29	5,9	39	4,8	9	8,8	28	11,8	37	10,9	19	4,5	57	7,8	76	6,6
Total	320	100	494	100	814	100	102	100	237	100	339	100	422	100	731	100	1153	100

Tabela 5 - Distribuição segundo a PIF na área de recursos sociais

PIF em recursos sociais	Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos							Total							
	M		F		Total		p ⁽¹⁾	M		F		Total		p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	M		F		Total		p ⁽³⁾
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Muito Bons	57	17,8	58	11,7	115	14,1		16	15,7	21	8,9	37	10,9			73	17,3	79	10,8	152	13,2	
Bons	108	33,8	118	23,9	226	27,8		36	35,3	71	30,0	107	31,6			144	34,1	189	25,9	333	28,9	
Ligeiramente Insatisfatórios	105	32,8	150	30,4	255	31,3		38	37,3	91	38,4	129	38,1			143	33,9	241	33,0	384	33,3	
Moderadamente insatisfatórios	30	9,4	106	21,5	136	16,7		9	8,8	33	13,9	42	12,4			39	9,2	139	19,0	178	15,4	
Fortemente Insatisfatórios	14	4,4	47	9,5	61	7,5		3	2,9	9	3,8	12	3,5			17	4,0	56	7,7	73	6,3	
Totalmente Insatisfatórios	6	1,9	15	3,0	21	2,6		0	0,0	12	5,1	12	3,5			6	1,4	27	3,7	33	2,9	
Total	320	100,0	494	100,0	814	100,0	0,000	102	100,0	237	100,0	339	100,0	0,005	0,384	422	100,0	731	100,0	1153	100,0	0,000

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 6 - Distribuição segundo o modelo OARS de pontuação na área de recursos sociais

Pontuação em recursos sociais	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total									
	M		F		Total		p ⁽¹⁾	M		F		Total		p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	M		F		Total		p ⁽³⁾
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Excelente	69	22,0	73	15,3	142	17,9		27	29,7	27	12,5	54	17,6			96	23,7	100	14,4	196	17,8	
Boa	113	36,0	128	26,8	241	30,4		30	33,0	66	30,6	96	31,3			143	35,3	194	28,0	337	30,7	
Limitação pequena	76	24,2	110	23,0	186	23,5		18	19,8	84	38,9	102	33,2			94	23,2	194	28,0	288	26,2	
Limitação moderada	33	10,5	83	17,4	116	14,6		12	13,2	12	5,6	24	7,8			45	11,1	95	13,7	140	12,7	
Limitação grave	14	4,5	59	12,3	73	9,2		4	4,4	18	8,3	22	7,2			18	4,4	77	11,1	95	8,6	
Limitação total	9	2,9	25	5,2	34	4,3		0	0,0	9	4,2	9	2,9			9	2,2	34	4,9	43	3,9	
Total	314	100	478	100	792	100	0,000	91	100	216	100	307	100	0,001	0,184	405	100	694	100	1099	100	0,000

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 7 - Distribuição segundo a situação laboral

Atividade actual	Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos							Total							
	M		F		Total		p ⁽¹⁾	M		F		Total		p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	M		F		Total		p ⁽³⁾
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Reformado por Idade\	244	76,3	274	55,5	518	63,6		84	82,4	138	58,2	222	65,5			328	77,7	412	56,4	740	64,2	
Reformado por invalidez	70	21,9	169	34,2	239	29,4		16	15,7	68	28,7	84	24,8			86	20,4	237	32,4	323	28,0	
Trabalha tempo completo	0	0,0	1	0,2	1	0,1		0	0,0	0	0,0	0	0,0			0	0,0	1	0,1	1	0,1	
Outro	6	1,9	50	10,1	56	6,9		2	2,0	31	13,1	33	9,7			8	1,9	81	11,1	89	7,7	
Total	320	100	494	100	814	100	0,000	102	100	237	100	339	100	0,000	0,182	422	100	731	100	1153	100	0,000

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 8 - Distribuição segundo a situação laboral

Auto-avaliação da situação económica	Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos							Total							
	M		F		Total		p ⁽¹⁾	M		F		Total		p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	M		F		Total		p ⁽³⁾
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
	Em relação às pessoas da mesma idade																					
Melhor	75	23,4	85	17,21	160	19,7		29	28,4	24	10,1	53	15,6			104	24,6	109	14,9	213	18,474	
Igual	136	42,5	161	32,6	297	36,5		24	23,5	47	19,8	71	20,9			160	37,9	208	28,5	368	31,917	
Pior	52	16,3	114	23,1	166	20,4		14	13,7	54	22,8	68	20,1			66	15,6	168	23,0	234	20,295	
NS/NR	57	17,8	134	27,1	191	23,5		35	34,3	112	47,3	147	43,4			92	21,8	246	33,7	338	29,315	
Total	320	100	494	100	814	100	0,000	102	100	237	100	339	100	0,000	0,000	422	100	731	100	1153	100	0,000
Forma como os rendimentos cobrem as necessidades																						
Muito bem	67	20,9	74	15,0	141	17,3		30	29,4	25	10,5	55	16,2			97	23,0	99	13,5	196	17,0	
Razoavelmente	177	55,3	248	50,2	425	52,2		52	51,0	109	46,0	161	47,5			229	54,3	357	48,8	586	50,8	
Com dificuldade	75	23,4	164	33,2	239	29,4		16	15,7	98	41,4	114	33,6			91	21,6	262	35,8	353	30,6	
NS/NR	1	0,3	8	1,6	9	1,1		4	3,9	5	2,1	9	2,7			5	1,2	13	1,8	18	1,6	
Total	320	100	494	100	814	100	0,000	102	100	237	100	339	100	0,000	0,080	422	100	731	100	1153	100	0,000
Expectativa de rendimentos para garantir o futuro																						
Suficientes	169	52,8	190	38,5	359	44,1		56	54,9	77	32,5	133	39,2			225	53,3	267	36,5	492	42,671	
Insuficientes	99	30,9	209	42,3	308	37,8		25	24,5	101	42,6	126	37,2			124	29,4	310	42,4	434	37,641	
NS/NR	52	16,3	95	19,2	147	18,1		21	20,6	59	24,9	80	23,6			73	17,3	154	21,1	227	19,688	
Total	320	100	494	100	814	100	0,000	102	100	237	100	339	100	0,002	0,041	422	100	731	100	1153	100	0,000

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 9 - Distribuição segundo a PIF na área de recursos económicos

PIF em recursos económicos	Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos							Total							
	M		F		Total		p ⁽¹⁾	M		F		Total		p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	M		F		Total		p ⁽³⁾
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Muito Bons	97	30,3	74	15,0	171	21,0		25	24,5	22	9,3	47	13,9			122	28,9	96	13,1	218	18,9	
Bons	108	33,8	163	33,0	271	33,3		36	35,3	52	21,9	88	26,0			144	34,1	215	29,4	359	31,1	
Ligeiramente Insatisfatórios	85	26,6	172	34,8	257	31,6		33	32,4	102	43,0	135	39,8			118	28,0	274	37,5	392	34,0	
Moderadamente Insatisfatórios	29	9,1	72	14,6	101	12,4		7	6,9	47	19,8	54	15,9			36	8,5	119	16,3	155	13,4	
Fortemente Insatisfatórios	1	0,3	13	2,6	14	1,7		1	1,0	14	5,9	15	4,4			2	0,5	27	3,7	29	2,5	
Totalmente Insatisfatórios	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-			-	-	-	-	-	-	
Total	320	100	494	100	814	100	0,000	102	100	237	100	339	100	0,000	0,000	422	100	731	100	1153	100	0,000

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 10 - Distribuição segundo o modelo OARS de pontuação na área de recursos económicos

Pontuação em Recursos Económicos	Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos							Total							
	M		F		Total		p ⁽¹⁾	M		F		Total		p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	M		F		Total		p ⁽³⁾
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Excelente	1	0,3	2	0,4	3	0,4		0	0,0	0	0,0	0	0,0			1	0,2	2	0,3	3	0,3	
Boa	134	41,9	157	31,8	291	35,7		40	39,2	47	19,8	87	25,7			174	41,2	204	27,9	378	32,8	
Limitação pequena	40	12,5	91	18,4	131	16,1		13	12,7	36	15,2	49	14,5			53	12,6	127	17,4	180	15,6	
Limitação moderada	114	35,6	175	35,4	289	35,5		30	29,4	95	40,1	125	36,9			144	34,1	270	36,9	414	35,9	
Limitação grave	21	6,6	54	10,9	75	9,2		14	13,7	46	19,4	60	17,7			35	8,3	100	13,7	135	11,7	
Limitação total	10	3,1	15	3,0	25	3,1		5	4,9	13	5,5	18	5,3			15	3,6	28	3,8	43	3,7	
Total	320	100	494	100	814	100	0,020	102	100	237	100	339	100	0,002	0,000	422	100	731	100	1153	100	0,000

Tabela 11 - Distribuição segundo o número de erros no SPMSQ

Número de erros	Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos							Total							
	M		F		Total		p ⁽¹⁾	M		F		Total		p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	M		F		Total		p ⁽³⁾
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
<5 erros	307	95,9	441	89,3	748	91,9		84	82,4	167	70,5	251	74,0			391	92,7	608	83,2	999	86,6	
≥ 5 erros	13	4,1	53	10,7	66	8,1		18	17,6	70	29,5	88	26,0			31	7,3	123	16,8	154	13,4	
Total	320	100,0	494	100,0	814	100,0	0,001	102	100,0	237	100,0	339	100,0	0,022	0,000	422	100,0	731	100,0	1153	100,0	0,000

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 12 - Distribuição segundo a resposta de sentido negativo aos itens do SPES

Itens do SPES	Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos							Total							
	M		F		Total		p ⁽¹⁾	M		F		Total		p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	M		F		Total		p ⁽³⁾
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Satisfação com a vida																						
34.2 (não)	71	22,8	160	33,6	231	29,315	0,003	27	30,0	100	46,9	127	41,9	0,022	0,000	98	24,378	260	37,7	358	32,8	0,000
34.7 (não)	46	14,7	125	26,3	171	21,701	0,000	15	16,7	58	27,2	73	24,1	0,133	0,000	61	15,174	183	26,6	244	22,4	0,000
34.15 (sim)	3	1,0	16	3,4	19	2,411	0,066	0	0,0	1	0,5	1	0,3	0,733	0,000	3	0,746	17	2,5	20	1,8	0,094
Perturbações do sono																						
34.1 (não)	69	22,1	199	41,8	268	34,010	0,000	68	75,6	134	62,9	202	66,7	0,094	0,000	137	34,080	333	48,3	470	43,1	0,000
34.6 (sim)	126	40,4	270	56,7	396	50,254	0,000	43	47,8	103	48,4	146	48,2	0,900	0,000	169	42,040	373	54,1	542	49,7	0,000
Factor de energia																						
34.5 (sim)	25	8,0	90	18,9	115	14,594	0,000	5	5,6	44	20,7	49	16,2	0,005	0,000	30	7,463	134	19,4	164	15,0	0,000
34.9 (sim)	76	24,4	171	35,9	247	31,345	0,002	35	38,9	131	61,5	166	54,8	0,001	0,000	111	27,612	302	43,8	413	37,9	0,000
34.10 (não)	67	21,5	183	38,4	250	31,726	0,000	19	21,1	92	43,2	111	36,6	0,001	0,000	86	21,393	275	39,9	361	33,1	0,000
34.11 (sim)	71	22,8	191	40,1	262	33,249	0,000	21	23,3	117	54,9	138	45,5	0,000	0,000	92	22,886	308	44,7	400	36,7	0,000
34.13 (sim)	90	28,8	212	44,5	302	38,325	0,000	46	51,1	151	70,9	197	65,0	0,004	0,000	136	33,831	363	52,7	499	45,7	0,000
34.14 (sim)	35	11,2	159	33,4	194	24,619	0,000	8	8,9	42	19,7	50	16,5	0,062	0,000	43	10,697	201	29,2	244	22,4	0,000
Factor de paranóia																						
34.3 (sim)	11	3,5	47	9,9	58	7,360	0,002	1	1,1	7	3,3	8	2,6	0,507	0,000	12	2,985	54	7,8	66	6,0	0,004
34.4 (sim)	53	17,0	117	24,6	170	21,574	0,027	16	17,8	53	24,9	69	22,8	0,367	0,000	69	17,164	170	24,7	239	21,9	0,012
34.8 (sim)	14	4,5	26	5,5	40	5,076	0,550	0	0,0	2	0,9	2	0,7	0,593	0,000	14	3,483	28	4,1	42	3,8	0,682
(não integrado)																						
34.12 (sim)	74	23,7	230	48,3	304	38,579	0,000	20	22,2	92	43,2	112	37,0	0,002	0,000	94	23,383	322	46,7	416	38,1	0,000
Totais*	312	100	476	100	788	100		90	100	213	100	303	100			402	100	689	100	1091	100	

* n e % para as respostas válidas

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 13 - Distribuição segundo o modelo OARS de pontuação para a existência de sintomas psiquiátricos

Sintomas psiquiátricos*	Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos							Total							
	M		F		Total		p ⁽¹⁾	M		F		Total		p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	M		F		Total		p ⁽³⁾
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Não significativos	225	72,1	215	45,2	440	55,8		57	63,3	77	36,2	134	44,2			282	70,1	292	42,4	574	52,6	
Leves	52	16,7	115	24,2	167	21,2		25	27,8	68	31,9	93	30,7			77	19,2	183	26,6	260	23,8	
Evidentes	26	8,3	90	18,9	116	14,7		3	3,3	48	22,5	51	16,8			29	7,2	138	20,0	167	15,3	
Graves	9	2,9	56	11,8	65	8,2		5	5,6	20	9,4	25	8,3			14	3,5	76	11,0	90	8,2	
Total	312	100	476	100	788	100	0,000	90	100	213	100	303	100	0,000	0,007	402	100	689	100	1091	100	0,000

* n e % para as respostas válidas

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 14 - Distribuição segundo a autoavaliação de saúde mental

Autoavaliação de saúde mental	Grupo etário 75-84 anos						p ⁽¹⁾	Grupo etário ≥ 85 anos						p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	Total						p ⁽³⁾
	M		F		Total			M		F		Total				M		F		Total		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Avaliação actual																						
Ótima	54	16,9	42	8,5	96	11,8		16	15,7	18	7,6	34	10,0			70	16,6	60	8,2	130	11,3	
Boa	146	45,6	172	34,8	318	39,1		35	34,3	69	29,1	104	30,7			181	42,9	241	33,0	422	36,6	
Razoável	109	34,1	232	47,0	341	41,9		35	34,3	107	45,1	142	41,9			144	34,1	339	46,4	483	41,9	
Má	5	1,6	29	5,9	34	4,2		3	2,9	22	9,3	25	7,4			8	1,9	51	7,0	59	5,1	
NS/NR	6	1,9	19	3,8	25	3,1		13	12,7	21	8,9	34	10,0			19	4,5	40	5,5	59	5,1	
Total	320	100	494	100	814	100	0,000	102	100	237	100	339	100	0,038	0,000	422	100	731	100	1153	100	0,000
Comparado com há cinco anos																						
Melhor	3	0,9	7	1,4	10	1,2		1	1,0	2	0,8	3	0,9			4	0,9	9	1,2	13	1,1	
Igual	179	55,9	153	31,0	332	40,8		47	46,1	71	30,0	118	34,8			226	53,6	224	30,6	450	39,0	
Pior	131	40,9	315	63,8	446	54,8		42	41,2	142	59,9	184	54,3			173	41,0	457	62,5	630	54,6	
NS/NR	7	2,2	19	3,8	26	3,2		12	11,8	22	9,3	34	10,0			19	4,5	41	5,6	60	5,2	
Total	320	100	494	100	814	100	0,000	102	100	237	100	339	100	0,034	0,002	422	100	731	100	1153	100	0,000

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 15 - Distribuição segundo a PIF na área de saúde mental

PIF em saúde mental	Grupo etário 75-84 anos						p ⁽¹⁾	Grupo etário ≥ 85 anos						p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	Total						p ⁽³⁾
	M		F		Total			M		F		Total				M		F		Total		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Muito boa	143	44,7	141	28,5	284	34,9		29	28,4	24	10,1	53	15,6			172	40,8	165	22,572	337	29,2	
Boa	116	36,3	186	37,7	302	37,1		34	33,3	65	27,4	99	29,2			150	35,5	251	34,337	401	34,8	
Ligeiramente Insatisfatória	39	12,2	111	22,5	150	18,4		18	17,6	90	38,0	108	31,9			57	13,5	201	27,497	258	22,4	
Moderadamente Insatisfatória	10	3,1	30	6,1	40	4,9		6	5,9	29	12,2	35	10,3			16	3,8	59	8,071	75	6,5	
Fortemente Insatisfatória	10	3,1	15	3,0	25	3,1		11	10,8	21	8,9	32	9,4			21	5,0	36	4,925	57	4,9	
Totalmente Insatisfatória	2	0,6	11	2,2	13	1,6		4	3,9	8	3,4	12	3,5			6	1,4	19	2,599	25	2,2	
Total	320	100	494	100	814	100	0,000	102	100	237	100	339	100	0,000	0,000	422	100	731	100	1153	100	0,000

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 16 - Distribuição segundo o modelo OARS de pontuação na área de saúde mental

Pontuação em saúde mental	Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos							Total							
	M		F		Total		p ⁽¹⁾	M		F		Total		p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	M		F		Total		p ⁽³⁾
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Excelente	51	15,9	47	9,5	98	12,0		15	14,7	22	9,3	37	10,9			66	15,6	69	9,4	135	11,7	
Boa	163	50,9	138	27,9	301	37,0		34	33,3	34	14,3	68	20,1			197	46,7	172	23,5	369	32,0	
Limitação pequena	59	18,4	129	26,1	188	23,1		27	26,5	62	26,2	89	26,3			86	20,4	191	26,1	277	24,0	
Limitação moderada	27	8,4	96	19,4	123	15,1		7	6,9	58	24,5	65	19,2			34	8,1	154	21,1	188	16,3	
Limitação grave ou total	20	6,3	84	17,0	104	12,8		19	18,6	61	25,7	80	23,6			39	9,2	145	19,8	184	16,0	
Total	320	100	494	100	814	100	0,000	102	100	237	100	339	100	0,000	0,000	422	100	731	100	1153	100	0,000

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 17 - Distribuição segundo ter sido visto pelo médico, estar doente, estar internado e necessitar de mais cuidados médicos

	Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos							Total							
	M		F		Total		p ⁽¹⁾	M		F		Total		p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	M		F		Total		p ⁽³⁾
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Visto pelo médico	288	90,0	455	92,1	743	91,3	0,855	92	90,2	197	83,1	289	85,3	0,277	0,052	380	90,0	652	89,2	1032	89,5	0,378
Esteve doente	75	23,4	156	31,6	231	28,4	0,011	37	36,3	104	43,9	141	41,6	0,225	0,000	112	26,5	260	35,6	372	32,3	0,002
Esteve internado	38	11,9	77	15,6	115	14,1	0,176	17	16,7	42	17,7	59	17,4	0,982	0,150	55	13,0	119	16,3	174	15,1	0,206
Esteve internado (nouta instituição)	3	0,9	7	1,4	10	1,2	0,544	0	0,0	1	0,4	1	0,3	0,512	0,136	3	0,7	8	1,1	11	1,0	0,520
Total	320	100	494	100	814	100		102	100	237	100	339	100			422	100	731	100	1153	100	
Necessita de mais cuidados/tratamentos médicos																						
Sim	49	15,3	93	18,8	142	17,4		17	16,7	32	13,5	49	14,5			66	15,6	125	17,1	191	16,6	
Não	270	84,4	394	79,8	664	81,6		79	77,5	184	77,6	263	77,6			349	82,7	578	79,1	927	80,4	
NS/NR	1	0,3	7	1,4	8	1,0		6	5,9	21	8,9	27	8,0			7	1,7	28	3,8	35	3,0	
Total	320	100	494	100	814	100	0,357	102	100	237	100	339	100	0,273	0,001	422	100	731	100	1153	100	0,871

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 18 - Distribuição dos inquiridos por frequência das doenças referidas

Doenças referidas	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total					
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hipertensão	172	53,8	278	56,3	450	55,3	40	39,2	105	44,3	145	42,8	212	50,2	383	52,4	595	51,6
Artrite ou reumatismo	98	30,6	277	56,1	375	46,1	40	39,2	156	65,8	196	57,8	138	32,7	433	59,2	571	49,5
Problemas cardíacos	113	35,3	183	37,0	296	36,4	48	47,1	108	45,6	156	46,0	161	38,2	291	39,8	452	39,2
Diabetes	70	21,9	106	21,5	176	21,6	15	14,7	25	10,5	40	11,8	85	20,1	131	17,9	216	18,7
Problemas circulatorios dos membros	26	8,1	64	13,0	90	11,1	8	7,8	39	16,5	47	13,9	34	8,1	103	14,1	137	11,9
Doença da tireóide ou outras glândulas	59	18,4	30	6,1	89	10,9	9	8,8	11	4,6	20	5,9	68	16,1	41	5,6	109	9,5
Consequências de A.V.C.	23	7,2	28	5,7	51	6,3	9	8,8	11	4,6	20	5,9	32	7,6	39	5,3	71	6,2
Glaucoma	14	4,4	34	6,9	48	5,9	7	6,9	11	4,6	18	5,3	21	5,0	45	6,2	66	5,7
Úlceras (sistema digestivo)	17	5,3	31	6,3	48	5,9	6	5,9	10	4,2	16	4,7	23	5,5	41	5,6	64	5,6
Enfisema ou bronquite crónica	17	5,3	23	4,7	40	4,9	4	3,9	5	2,1	9	2,7	21	5,0	28	3,8	49	4,2
Doenças da pele	11	3,4	16	3,2	27	3,3	3	2,9	11	4,6	14	4,1	14	3,3	27	3,7	41	3,6
Cancro ou leucemia	9	2,8	20	4,0	29	3,6	1	1,0	7	3,0	8	2,4	10	2,4	27	3,7	37	3,2
Anemia	6	1,9	14	2,8	20	2,5	4	3,9	10	4,2	14	4,1	10	2,4	24	3,3	34	2,9
Doenças de Parkinson	6	1,9	12	2,4	18	2,2	0	0,0	4	1,7	4	1,2	6	1,4	16	2,2	22	1,9
Doenças dos rins	10	3,1	6	1,2	16	2,0	3	2,9	2	0,8	5	1,5	13	3,1	8	1,1	21	1,8
Asma	5	1,6	6	1,2	11	1,4	1	1,0	6	2,5	7	2,1	6	1,4	12	1,6	18	1,6
Outras doenças do sistema urinário	4	1,3	8	1,6	12	1,5	4	3,9	1	0,4	5	1,5	8	1,9	9	1,2	17	1,5
Tuberculose	5	1,6	3	0,6	8	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	1,2	3	0,4	8	0,7
Doenças do fígado	1	0,3	3	0,6	4	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	3	0,4	4	0,3
Epilepsia	2	0,6	1	0,2	3	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5	1	0,1	3	0,3
Problemas da fala	1	0,3	2	0,4	3	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	2	0,3	3	0,3
Consequências da poliomielite	0	0,0	2	0,4	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3	2	0,2
Esclerose múltipla	0	0,0	1	0,2	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Totais	320	100	494	100	814	100	102	100	237	100	339	100	422	100	731	100	1153	100

Tabela 19 - Distribuição segundo as doenças referidas, grau de limitação que estas provocam nas atividades e consumo de medicamentos com elas relacionados

Patologia referida	Frequência ⁽²⁾		Interferência nas atividades ⁽¹⁾						Receita de medicamentos ⁽²⁾	
			Nada		Pouco		Muito		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hipertensão	595	51,6	230	38,7	337	56,6	28	4,7	777	67,4
Artrite ou reumatismo	571	49,5	9	1,6	226	39,6	336	58,8	116	10,1
Problemas cardíacos	452	39,2	50	11,1	303	67,0	99	21,9	793	68,8
Diabetes	216	18,7	35	16,2	128	59,3	53	24,5	265	23,0
Problemas circulatórios dos membros	137	11,9	8	5,8	81	59,1	48	35,0	177	15,4
Doença da tiróide ou outras glândulas	109	9,5	33	30,3	52	47,7	24	22,0	55	4,8
Consequências de A.V.C.	71	6,2	1	1,4	18	25,4	52	73,2	-	-
Glaucoma	66	5,7	3	4,5	33	50,0	30	45,5	-	-
Úlceras (sistema digestivo)	64	5,6	4	6,3	45	70,3	15	23,4	221	19,2
Enfisema ou bronquite crónica	49	4,2	4	8,2	23	46,9	22	44,9	-	-
Doenças da pele	41	3,6	-	-	23	56,1	18	43,9	-	-
Cancro ou leucemia	37	3,2	5	13,5	16	43,2	16	43,2	-	-
Anemia	34	2,9	8	23,5	19	55,9	7	20,6	-	-
Doenças de Parkinson	22	1,9	-	-	6	27,3	16	72,7	-	-
Doenças dos rins	21	1,8	1	4,8	10	47,6	10	47,6	-	-
Asma	18	1,6	-	-	9	50,0	9	50,0	-	-
Outras doenças do sistema urinário	17	1,5	-	-	9	52,9	8	47,1	-	-
Tuberculose	8	0,7	2	25,0	6	75,0	-	-	-	-
Doenças do fígado	4	0,3	1	25,0	3	75,0	-	-	-	-
Epilepsia	3	0,3	1	33,3	1	33,3	1	33,3	2	0,2
Problemas da fala	3	0,3	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-
Consequências da poliomielite	2	0,2	1	50,0	1	50,0	-	-	-	-
Esclerose múltipla	1	0,1	-	-	-	-	1	100,0	-	-

⁽¹⁾ Para os que referem a patologia

⁽²⁾ Referência a receita, no último mês, para o total da amostra

Tabela 20 - Distribuição segundo as doenças referidas por género, grau de limitação que estas provocam nas atividades e consumo de medicamentos

Doenças referidas	Distribuição das doenças referidas por género				Interferência nas atividades ⁽¹⁾						Receita de medicamentos ⁽²⁾	
	M		F		Nada		Pouco		Muito		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Artrite ou reumatismo	138	32,7	433	59,2	9	1,6	226	39,6	336	58,8	116	10,1
Glaucoma	21	5,0	45	6,2	3	4,5	33	50,0	30	45,5	-	-
Asma	6	1,4	12	1,6	-	-	9	50,0	9	50,0	-	-
Enfisema ou bronquite crónica	21	5,0	28	3,8	4	8,2	23	46,9	22	44,9	-	-
Tuberculose	5	1,2	3	0,4	2	25,0	6	75,0	-	-	-	-
Hipertensão	212	50,2	383	52,4	230	38,7	337	56,6	28	4,7	777	67,4
Problemas cardíacos	161	38,2	291	39,8	50	11,1	303	67,0	99	21,9	793	68,8
Problemas circulatórios dos membros	34	8,1	103	14,1	8	5,8	81	59,1	48	35,0	177	15,4
Diabetes	85	20,1	131	17,9	35	16,2	128	59,3	53	24,5	265	23,0
Úlceras (sistema digestivo)	23	5,5	41	5,6	4	6,3	45	70,3	15	23,4	221	19,2
Doenças do fígado	1	0,2	3	0,4	1	25,0	3	75,0	-	-	-	-
Doenças dos rins	13	3,1	8	1,1	1	4,8	10	47,6	10	47,6	-	-
Outras doenças do sistema urinário	8	1,9	9	1,2	-	-	9	52,9	8	47,1	-	-
Cancro ou leucemia	10	2,4	27	3,7	5	13,5	16	43,2	16	43,2	-	-
Anemia	10	2,4	24	3,3	8	23,5	19	55,9	7	20,6	-	-
Consequências de A.V.C.	32	7,6	39	5,3	1	1,4	18	25,4	52	73,2	-	-
Doenças de Parkinson	6	1,4	16	2,2	-	-	6	27,3	16	72,7	-	-
Epilepsia	2	0,5	1	0,1	1	33,3	1	33,3	1	33,3	2	0,2
Esclerose múltipla	-	-	1	0,1	-	-	-	-	1	100,0	-	-
Doença da tiróide ou outras glândulas	68	16,1	41	5,6	33	30,3	52	47,7	24	22,0	55	4,8
Doenças da pele	14	3,3	27	3,7	-	-	23	56,1	18	43,9	-	-
Problemas da fala	1	0,2	2	0,3	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-

⁽¹⁾ Para os que referem a patologia

⁽²⁾ Referencia a receita, no ultimo mês, para o total da amostra

Tabela 21 - Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de ajuda técnica

Ajuda técnica	Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos							Total								
	M		F		Total		p ⁽¹⁾	M		F		Total		p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	M		F		Total		p ⁽³⁾	
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%		
Outros (por ex. dentadura)																							
Utilizam	162	50,6	338	68,4	500	61,4	0,000	56	54,9	135	56,962	191	56,342	0,726	0,109	218	51,7	473	64,7	691	59,9	0,000	
Necessitam*	8	2,5	32	6,5	40	4,9	0,010	3	2,9	15	6,329	18	5,310	0,202	0,779	11	2,6	47	6,4	58	5,0	0,004	
Bengala ou tripé																							
Utilizam	47	14,7	97	19,6	144	17,7	0,071	31	30,4	105	44,304	136	40,118	0,017	0,000	78	18,5	202	27,6	280	24,3	0,000	
Necessitam*	-	-	3	0,6	3	0,4	0,163	-	-	2	0,844	2	0,590	0,352	0,602	-	-	5	0,7	5	0,4	0,089	
Prótese auricular																							
Utilizam	23	7,2	20	4,0	43	5,3	0,051	10	9,8	12	5,063	22	6,490	0,104	0,418	33	7,8	32	4,4	65	5,6	0,015	
Necessitam*	10	3,1	13	2,6	23	2,8	0,678	5	4,9	5	2,110	10	2,950	0,163	0,908	15	3,6	18	2,5	33	2,9	0,284	
Cadeira de Rodas																							
Utilizam	13	4,1	11	2,2	24	2,9	0,130	9	8,8	26	10,970	35	10,324	0,551	0,000	22	5,2	37	5,1	59	5,1	0,910	
Necessitam*	3	0,9	6	1,2	9	1,1	0,712	3	2,9	6	2,532	9	2,655	0,830	0,053	6	1,4	12	1,6	18	1,6	0,772	
Muletas																							
Utilizam	9	2,8	27	5,5	36	4,4	0,072	3	2,9	15	6,329	18	5,310	0,202	0,516	12	2,8	42	5,7	54	4,7	0,025	
Necessitam*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,844	2	0,590	0,352	0,028	-	-	2	0,3	2	0,2	0,282	
Ortótese (membros inferiores)																							
Utilizam	12	3,8	13	2,6	25	3,1	0,366	-	-	3	1,266	3	0,885	0,254	0,028	12	2,8	16	2,2	28	2,4	0,487	
Necessitam*	1	0,3	2	0,4	3	0,4	0,832	-	-	-	-	-	-	-	0,263	1	0,2	2	0,3	3	0,3	0,906	
Sonda vesical																							
Utilizam	2	0,6	1	0,2	3	0,4	0,331	6	5,9	2	0,844	8	2,360	0,005	0,002	8	1,9	3	0,4	11	1,0	0,012	
Necessitam*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Membro artificial																							
Utilizam	1	0,3	1	0,2	2	0,2	0,757	-	-	1	0,422	1	0,295	0,511	0,881	1	0,2	2	0,3	3	0,3	0,906	
Necessitam*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Diálise																							
Utilizam	2	0,6	-	-	2	0,2	0,079	1	1,0	1	0,422	2	0,590	0,538	0,365	3	0,7	1	0,1	4	0,3	0,110	
Necessitam*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Equipamento de colostomia																							
Utilizam	2	0,6	-	-	2	0,2	0,079	-	-	-	-	-	-	-	0,361	2	0,5	-	-	2	0,2	0,062	
Necessitam*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Totais	320	-	494	-	814	-	-	102	-	237	-	339	-	-	-	422	-	731	-	1153	-	-	

*Para além do que já utilizam

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 22 - Distribuição segundo a existência de alguma incapacidade física

Incapacidade física	Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos							Total							
	M		F		Total		p ⁽¹⁾	M		F		Total		p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	M		F		Total		p ⁽³⁾
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Não	295	92,2	461	93,3	756	92,9		89	87,3	217	91,6	306	90,3			384	91,0	678	92,7	1062	92,1	
Paralisia total	3	0,9	0	0,0	3	0,4		4	3,9	0	0,0	4	1,2			7	1,7	0	0,0	7	0,6	
Paralisia parcial	10	3,1	11	2,2	21	2,6		2	2,0	9	3,8	11	3,2			12	2,8	20	2,7	32	2,8	
Falta de membro/ função	7	2,2	7	1,4	14	1,7		3	2,9	5	2,1	8	2,4			10	2,4	12	1,6	22	1,9	
Fractura óssea	5	1,6	15	3,0	20	2,5		4	3,9	5	2,1	9	2,7			9	2,1	20	2,7	29	2,5	
NS/NR	0	0,0	0	0,0	0	0,0		0	0,0	1	0,4	1	0,3			0	0,0	1	0,1	1	0,1	
Total	320	100	494	100	814	100	0,600	102	100	237	100	339	100	0,240	0,142	422	100	731	100	1153	100	0,335

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 23 - Distribuição segundo o estado de visão

Visão	Grupo etário 75-84 anos						p ⁽¹⁾	Grupo etário ≥ 85 anos						p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	Total						p ⁽³⁾
	M		F		Total			M		F		Total				M		F		Total		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Muito boa	24	7,5	18	3,6	42	5,2		4	3,9	3	1,3	7	2,1			28	6,6	21	2,9	49	4,2	
Boa	124	38,8	148	30,0	272	33,4		25	24,5	51	21,5	76	22,4			149	35,3	199	27,2	348	30,2	
Regular	117	36,6	186	37,7	303	37,2		40	39,2	88	37,1	128	37,8			157	37,2	274	37,5	431	37,4	
Mal	52	16,3	128	25,9	180	22,1		26	25,5	80	33,8	106	31,3			78	18,5	208	28,5	286	24,8	
Está cego	0	0,0	6	1,2	6	0,7		3	2,9	3	1,3	6	1,8			3	0,7	9	1,2	12	1,0	
NS/NR	3	0,9	8	1,6	11	1,4		4	3,9	12	5,1	16	4,7			7	1,7	20	2,7	27	2,3	
Total	320	100,0	494	100,0	814	100,0	0,000	102	100,0	237	100,0	339	100,0	0,154	0,000	422	100,0	731	100,0	1153	100,0	0,000

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 24 - Distribuição segundo o estado de audição

Audição	Grupo etário 75-84 anos						p ⁽¹⁾	Grupo etário ≥ 85 anos						p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	Total						p ⁽³⁾
	M		F		Total			M		F		Total				M		F		Total		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Muito boa	39	12,2	83	16,8	122	15,0		6	5,9	11	4,6	17	5,0			45	10,7	94	12,9	139	12,1	
Boa	103	32,2	148	30,0	251	30,8		18	17,6	46	19,4	64	18,9			121	28,7	194	26,5	315	27,3	
Regular	98	30,6	156	31,6	254	31,2		36	35,3	67	28,3	103	30,4			134	31,8	223	30,5	357	31,0	
Mal	77	24,1	97	19,6	174	21,4		39	38,2	96	40,5	135	39,8			116	27,5	193	26,4	309	26,8	
Está surdo	0	0,0	2	0,4	2	0,2		0	0,0	5	2,1	5	1,5			0	0,0	7	1,0	7	0,6	
NS/NR	3	0,9	8	1,6	11	1,4		3	2,9	12	5,1	15	4,4			6	1,4	20	2,7	26	2,3	
Total	320	100,0	494	100,0	814	100,0	0,201	102	100,0	237	100,0	339	100,0	0,319	0,000	422	100,0	731	100,0	1153	100,0	0,896

Tabela 25 - Distribuição segundo a indicação médica de redução do consumo de bebidas alcoólicas

Indicação de redução	Grupo etário 75-84 anos						p ⁽¹⁾	Grupo etário ≥ 85 anos						p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	Total						p ⁽³⁾
	M		F		Total			M		F		Total				M		F		Total		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Com indicação de redução de consumo	26	8,125	0	0,0	26	3,194	0,000	5	4,9	0	0,0	5	1,475	0,002	0,061	31	7,346	0	0,0	31	2,689	0,000

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 26 - Distribuição segundo a prática de atividade física

Prática atividade física	Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos							Total							
	M		F		Total		p ⁽¹⁾	M		F		Total		p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	M		F		Total		p ⁽³⁾
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Sim	182	56,9	152	30,8	334	41,0		29	28,4	25	10,5	54	15,9			211	50,0	177	24,2	388	33,7	
Não	137	42,8	339	68,6	476	58,5		72	70,6	210	88,6	282	83,2			209	49,5	549	75,1	758	65,7	
NS/NR	1	0,3	3	0,6	4	0,5		1	1,0	2	0,8	3	0,9			2	0,5	5	0,7	7	0,6	
Total	320	100	494	100	814	100	0,000	102	100	237	100	339	100	0,000	0,000	422	100	731	100	1153	100	0,000

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 27 - Distribuição segundo a autoavaliação de saúde física

Autoavaliação de saúde física	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total											
	M		F		Total		p ⁽¹⁾	M		F		Total		p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	M		F		Total		p ⁽³⁾		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%			
Atual																								
Muito Boa	18	5,6	8	1,6	26	3,2		3	2,9	1	0,4	4	1,2			21	5,0	9	1,2	30	2,6			
Boa	97	30,313	99	20,0	196	24,1		23	22,5	37	15,6	60	17,7			120	28,4	136	18,6	256	22,2			
Regular	159	49,688	279	56,5	438	53,8		51	50,0	128	54,0	179	52,8			210	49,8	407	55,7	617	53,5			
Má	39	12,188	90	18,2	129	15,8		13	12,7	52	21,9	65	19,2			52	12,3	142	19,4	194	16,8			
NS/NR	7	2,2	18	3,6	25	3,1		12	11,8	19	8,0	31	9,1			19	4,5	37	5,1	56	4,9			
Total	320	100	494	100	814	100	0,000	102	100	237	100	339	100	0,111	0,000	422	100	731	100	1153	100	0,000		
Comparado com há cinco anos																								
Melhor	4	1,3	3	0,6	7	0,9		1	1,0	0	0,0	1	0,3			5	1,2	3	0,4	8	0,7			
Igual	141	44,1	105	21,3	246	30,2		28	27,5	36	15,2	64	18,9			169	40,0	141	19,3	310	26,9			
Pior	167	52,2	368	74,5	535	65,7		63	61,8	180	75,9	243	71,7			230	54,5	548	75,0	778	67,5			
NS/NR	8	2,5	18	3,6	26	3,2		10	9,8	21	8,9	31	9,1			18	4,3	39	5,3	57	4,9			
Total	320	100	494	100	814	100	0,000	102	100	237	100	339	100	0,035	0,000	422	100	731	100	1153	100	0,000		

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 28 - Distribuição segundo a PIF na área de saúde física

PIF na área da Saúde Física	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos								Total							
	M		F		Total		p ⁽¹⁾	M		F		Total		p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	M		F		Total		p ⁽³⁾
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Muito Boa	75	23,4	82	16,6	157	19,3		7	6,9	5	2,1	12	3,5			82	19,4	87	11,9	169	14,7	
Boa	99	30,9	119	24,1	218	26,8		20	19,6	44	18,6	64	18,9			119	28,2	163	22,3	282	24,5	
Ligeiramente Insatisfatória	74	23,1	166	33,6	240	29,5		38	37,3	72	30,4	110	32,4			112	26,5	238	32,6	350	30,4	
Moderadamente Insatisfatória	56	17,5	101	20,4	157	19,3		23	22,5	90	38,0	113	33,3			79	18,7	191	26,1	270	23,4	
Fortemente Insatisfatória	10	3,1	17	3,4	27	3,3		3	2,9	18	7,6	21	6,2			13	3,1	35	4,8	48	4,2	
Totalmente Insatisfatória	6	1,9	9	1,8	15	1,8		11	10,8	8	3,4	19	5,6			17	4,0	17	2,3	34	2,9	
Total	320	100	494	100	814	100	0,002	102	100	237	100	339	100	0,115	0,000	422	100	731	100	1153	100	0,000

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 29 - Distribuição segundo o modelo OARS de pontuação na área de saúde física

Pontuação em saúde física	Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos							Total							
	M		F		Total		p ⁽¹⁾	M		F		Total		p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	M		F		Total		p ⁽³⁾
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Excelente	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-			-	-	-	-	-	-	
Boa	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-			-	-	-	-	-	-	
Limitação pequena	1	0,3	2	0,4	3	0,4		-	-	-	-	-	-			1	0,2	2	0,3	3	0,3	
Limitação moderada	198	61,9	282	57,1	480	59,0		52	51,0	93	39,2	145	42,8			250	59,2	375	51,3	625	54,2	
Limitação grave	95	29,7	146	29,6	241	29,6		24	23,5	54	22,8	78	23,0			119	28,2	200	27,4	319	27,7	
Limitação total	26	8,1	64	13,0	90	11,1		26	25,5	90	38,0	116	34,2			52	12,3	154	21,1	206	17,9	
Total	320	100,0	494	100,0	814	100,0	0,095	102	100,0	237	100,0	339	100,0	0,020	0,000	422	100,0	731	100,0	1153	100,0	0,001

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 30 - Distribuição segundo a capacidade de realizar as AVD instrumentais sem ajuda

AVD instrumentais	Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos							Total							
	M		F		Total		p ⁽¹⁾	M		F		Total		p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	M		F		Total		p ⁽³⁾
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
	Usar o telefone	277	86,6	412	83,4	689	84,6	0,222	61	59,8	121	51,1	182	53,7	0,138	0,000	338	80,1	533	72,9	871	75,5
Tomar os medicamentos	278	86,9	403	81,6	681	83,7	0,046	64	62,7	121	51,1	185	54,6	0,047	0,000	342	81,0	524	71,7	866	75,1	0,000
Preparar refeições	176	55,0	383	77,5	559	68,7	0,000	21	20,6	89	37,6	110	32,4	0,002	0,000	197	46,7	472	64,6	669	58,0	0,000
Fazer compras	239	74,7	296	59,9	535	65,7	0,000	33	32,4	49	20,7	82	24,2	0,021	0,000	272	64,5	345	47,2	617	53,5	0,000
Usar transporte	268	83,8	282	57,1	550	67,6	0,000	49	48,0	54	22,8	103	30,4	0,000	0,000	317	75,1	336	46,0	653	56,6	0,000
Administrar o dinheiro	260	81,3	283	57,3	543	66,7	0,000	58	56,9	65	27,4	123	36,3	0,000	0,000	318	75,4	348	47,6	666	57,8	0,000
Fazer as tarefas de casa	135	42,2	239	48,4	374	45,9	0,083	10	9,8	38	16,0	48	14,2	0,131	0,000	145	34,4	277	37,9	422	36,6	0,230

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 31 - Distribuição segundo a capacidade de realizar as AVD físicas sem ajuda

AVD físicas	Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos							Total							
	M		F		Total		p ⁽¹⁾	M		F		Total		p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	M		F		Total		p ⁽³⁾
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Comer	304	95,0	467	94,5	771	94,7	0,772	86	84,3	189	79,7	275	81,1	0,324	0,000	390	92,4	656	89,7	1046	90,7	0,131
Levantar e deitar na cama	296	92,5	461	93,3	757	93,0	0,654	80	78,4	176	74,3	256	75,5	0,413	0,000	376	89,1	637	87,1	1013	87,9	0,327
Andar	287	89,7	444	89,9	731	89,8	0,930	77	75,5	158	66,7	235	69,3	0,106	0,000	364	86,3	602	82,4	966	83,8	0,083
Cuidar da aparência	294	91,9	446	90,3	740	90,9	0,440	78	76,5	155	65,4	233	68,7	0,044	0,000	372	88,2	601	82,2	973	84,4	0,007
Vestir e despir	285	89,1	443	89,7	728	89,4	0,781	75	73,5	156	65,8	231	68,1	0,162	0,000	360	85,3	599	81,9	959	83,2	0,141
Tomar banho ou duche	279	87,2	407	82,4	686	84,3	0,066	69	67,6	103	43,5	172	50,7	0,000	0,000	348	82,5	510	69,8	858	74,4	0,000

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 32 - Distribuição segundo a capacidade de realizar as AVD instrumentais e físicas sem ajuda para o total da amostra

Realizar AVD instrumentais e AVD físicas sem ajuda	Total				p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾
	M		F			
	n	%	n	%		
AVD instrumentais						
Usar o telefone	338	80,1	533	72,9	0,000	0,006
Tomar os medicamentos	342	81,0	524	71,7	0,000	0,000
Preparar refeições	197	46,7	472	64,6	0,000	0,000
Fazer compras	272	64,5	345	47,2	0,000	0,000
Usar transporte	317	75,1	336	46,0	0,000	0,000
Administrar o dinheiro	318	75,4	348	47,6	0,000	0,000
Fazer as tarefas de casa	145	34,4	277	37,9	0,000	0,230
AVD físicas						
Comer	390	92,4	656	89,7	0,000	0,131
Levantar e deitar na cama	376	89,1	637	87,1	0,000	0,327
Andar	364	86,3	602	82,4	0,000	0,083
Cuidar da aparência	372	88,2	601	82,2	0,000	0,007
Vestir e despir	360	85,3	599	81,9	0,000	0,141
Tomar banho ou duche	348	82,5	510	69,8	0,000	0,000

p⁽¹⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽²⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 33 - Distribuição segundo a existência de algum grau de incontinência

Incontinência	Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos							Total							
	M		F		Total		p ⁽¹⁾	M		F		Total		p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	M		F		Total		p ⁽³⁾
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Incontinente	41	12,8	116	23,5	157	19,3	0,000	29	28,4	108	45,6	137	40,4	0,003	0,000	70	16,6	224	30,6	294	25,5	0,000

Tabela 34 - Distribuição segundo a PIF na área de atividades de vida diária

PIF em AVD	Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos							Total							
	M		F		Total		p ⁽¹⁾	M		F		Total		p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	M		F		Total		p ⁽³⁾
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Muito Boa	90	28,1	114	23,1	204	25,1		5	4,9	8	3,4	13	3,8			95	22,5	122	16,7	217	18,8	
Boa	63	19,7	97	19,6	160	19,7		11	10,8	21	8,9	32	9,4			74	17,5	118	16,1	192	16,7	
Ligeiramente Insatisfatória	86	26,9	176	35,6	262	32,2		32	31,4	64	27,0	96	28,3			118	28,0	240	32,8	358	31,0	
Moderadamente Insatisfatória	51	15,9	58	11,7	109	13,4		27	26,5	65	27,4	92	27,1			78	18,5	123	16,8	201	17,4	
Fortemente Insatisfatória	14	4,4	27	5,5	41	5,0		12	11,8	48	20,3	60	17,7			26	6,2	75	10,3	101	8,8	
Totalmente Insatisfatória	16	5,0	22	4,5	38	4,7		15	14,7	31	13,1	46	13,6			31	7,3	53	7,3	84	7,3	
Total	320	100	494	100	814	100	0,414	102	100	237	100	339	100	0,207	0,000	422	100	731	100	1153	100	0,026

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 35 - Distribuição segundo o modelo OARS de pontuação na área de atividades de vida diária

Pontuação em atividades de vida diária	Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos							Total							
	M		F		Total		p ⁽¹⁾	M		F		Total		p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	M		F		Total		p ⁽³⁾
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Excelente ou boa	138	43,1	188	38,1	326	40,0		8	7,8	28	11,8	36	10,6			146	34,6	216	29,5	362	31,4	
Limitação pequena	37	11,6	163	33,0	200	24,6		10	9,8	42	17,7	52	15,3			47	11,1	205	28,0	252	21,9	
Limitação moderada	109	34,1	63	12,8	172	21,1		48	47,1	47	19,8	95	28,0			157	37,2	110	15,0	267	23,2	
Limitação grave	10	3,1	32	6,5	42	5,2		9	8,8	31	13,1	40	11,8			19	4,5	63	8,6	82	7,1	
Limitação total	26	8,1	48	9,7	74	9,1		27	26,5	89	37,6	116	34,2			53	12,6	137	18,7	190	16,5	
Total	320	100	494	100	814	100	0,499	102	100	237	100	339	100	0,477	0,000	422	100	731	100	1153	100	0,574

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 36 - Distribuição entre classificação da PIF e do modelo OARS nas cinco áreas funcionais

Recursos sociais⁽¹⁾	PIF	OARS	Saúde física	PIF	OARS
Muito bons	13,2	17,8	Muito boa	14,6	-
Bom	28,9	30,7	Boa	24,5	-
Ligeiramente Insatisfatórios	33,3	26,2	Ligeiramente Insatisfatória	30,4	0,3
Moderadamente Insatisfatórios	15,4	12,7	Moderadamente Insatisfatória	23,4	54,2
Fortemente Insatisfatórios	6,3	8,6	Fortemente Insatisfatória	4,2	27,7
Totalmente Insatisfatórios	2,9	3,9	Totalmente Insatisfatória	2,9	17,9

⁽¹⁾n= 1099

Recursos económicos	PIF	OARS	AVD	PIF	OARS
Muito bons	18,9	0,3	Muito boa	16,7	31,4
Bom	31,1	32,8	Boa	16,1	
Ligeiramente Insatisfatórios	34	15,6	Ligeiramente Insatisfatória	32,8	21,9
Moderadamente Insatisfatórios	13,4	35,9	Moderadamente Insatisfatória	16,8	23,2
Fortemente Insatisfatórios	2,5	11,7	Fortemente Insatisfatória	10,3	7,1
Totalmente Insatisfatórios	-	3,7	Totalmente Insatisfatória	7,3	16,5

Saúde mental	PIF	OARS
Muito boa	29,2	11,7
Boa	34,8	32,0
Ligeiramente Insatisfatória	22,4	24,0
Moderadamente Insatisfatória	6,5	16,3
Fortemente Insatisfatória	4,9	16,0
Totalmente Insatisfatória	2,2	

Tabela 37 - Pontuações de limitação grave ou total, segundo o modelo OARS de pontuação, nas cinco áreas funcionais

Áreas Funcionais	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total					
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Recursos Sociais	23	7,4	84	17,5	107	13,5	4	4,4	27	12,5	31	10,1	27	6,6	111	16,0	138	12,5
Recursos Económicos	31	9,7	69	13,9	100	12,3	19	18,6	59	24,9	78	23,0	50	11,9	128	17,5	178	15,4
Saúde Mental	20	6,3	84	17,0	104	12,8	19	18,6	61	25,7	80	23,6	39	9,2	145	19,8	184	16,0
Saúde Física	121	37,8	210	42,6	331	40,7	50	49,0	144	60,8	194	57,2	171	40,5	354	48,5	525	45,6
Atividades de vida diária	36	11,2	80	16,2	116	14,3	36	35,3	120	50,7	156	46,0	72	17,1	200	27,3	272	23,6

Tabela 38 - Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços sociais e recreativos

Serviços sociais e recreativos	Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos							Total							
	M		F		Total		p ⁽¹⁾	M		F		Total		p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	M		F		Total		p ⁽³⁾
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Viagens																						
Utilizam	122	38,1	149	46,6	271	33,3	0,019	27	8,4	25	7,8	52	15,3	0,000	0,000	149	35,3	174	23,8	323	28,0	0,000
Necessitam	164	51,3	207	64,7	371	45,6	0,031	31	9,7	41	12,8	72	21,2	0,007	0,000	195	46,2	248	33,9	443	38,4	0,000
Serviços sociais e recreativos																						
Utilizam	91	28,4	150	46,9	241	29,6	0,556	24	7,5	44	13,8	68	20,1	0,172	0,001	115	27,3	194	26,5	309	26,8	0,403
Necessitam	111	34,7	207	64,7	318	39,1	0,040	31	9,7	86	26,9	117	34,5	0,483	0,000	142	33,6	293	40,1	435	37,7	0,016
Desporto																						
Utilizam	10	3,1	29	9,1	39	4,8	0,144	4	1,3	8	2,5	12	3,5	0,301	0,526	14	3,3	37	5,1	51	4,4	0,355
Necessitam	46	14,4	42	13,1	88	10,8	0,024	8	2,5	10	3,1	18	5,3	0,284	0,000	54	12,8	52	7,1	106	9,2	0,005

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 39 - Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços gerais de apoio

Serviços gerais de apoio	Grupo etário 75-84 anos						p ⁽¹⁾	Grupo etário ≥ 85 anos						p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	Total						p ⁽³⁾
	M		F		Total			M		F		Total				M		F		Total		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Preparação de refeições																						
Utilizam	147	45,9	131	26,5	278	34,2	0,000	84	82,4	161	67,9	245	72,3	0,007	0,000	231	54,7	292	39,9	523	45,4	0,000
Necessitam	145	45,3	121	24,5	266	32,7	0,000	72	70,6	143	60,3	215	63,4	0,019	0,000	217	51,4	264	36,1	481	41,7	0,000
Serviços de monitorização																						
Utilizam	239	81,6	366	84,3	605	83,2	0,328	70	93,3	132	88,6	202	90,2	0,260	0,011	309	84,0	498	85,4	807	84,9	0,543
Necessitam	264	82,5	412	83,4	676	83,0	0,753	76	74,5	156	65,8	232	68,4	0,056	0,000	340	80,6	568	77,7	908	78,8	0,471
Serviços domésticos																						
Utilizam	182	56,9	228	46,2	410	50,4	0,003	95	93,1	197	83,1	292	86,1	0,014	0,000	277	65,6	425	58,1	702	60,9	0,012
Necessitam	197	61,6	271	54,9	468	57,5	0,163	82	80,4	189	79,7	271	79,9	0,118	0,000	279	66,1	460	62,9	739	64,1	0,462
Cuidados pessoais																						
Utilizam	47	14,7	94	19,0	141	17,3	0,110	37	36,3	127	53,6	164	48,4	0,003	0,000	84	19,9	221	30,2	305	26,5	0,000
Necessitam	36	11,3	90	18,2	126	15,5	0,015	24	23,5	102	43,0	126	37,2	0,003	0,000	60	14,2	192	26,3	252	21,9	0,000
Serviços administrativos																						
Utilizam	58	18,1	227	46,0	285	35,0	0,000	47	46,1	184	77,6	231	68,1	0,000	0,000	105	24,9	411	56,2	516	44,8	0,000
Necessitam	50	15,6	209	42,3	259	31,8	0,000	34	33,3	166	70,0	200	59,0	0,000	0,000	84	19,9	375	51,3	459	39,8	0,000
Supervisão contínua																						
Utilizam	27	8,4	60	12,1	87	10,7	0,094	27	26,5	88	37,1	115	33,9	0,057	0,000	54	12,8	148	20,2	202	17,5	0,001
Necessitam	20	6,3	37	7,5	57	7,0	0,212	13	12,7	64	27,0	77	22,7	0,016	0,000	33	7,8	101	13,8	134	11,6	0,004

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 40 - Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços de saúde

Serviços de saúde	Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos							Total							
	M		F		Total		p ⁽¹⁾	M		F		Total		p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	M		F		Total		p ⁽³⁾
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Consultas médicas																						
Utilizam	288	90,0	455	92,1	743	91,3	0,298	92	90,2	197	83,1	289	85,3	0,092	0,002	380	90,0	652	89,2	1032	89,5	0,648
Necessitam ^(*)	49	15,3	93	18,8	142	17,4	0,117	17	16,7	32	13,5	49	14,5	0,525	0,000	66	15,6	125	17,1	191	16,6	0,085
Dispositivos de apoio e próteses																						
Utilizam	205	64,1	391	79,1	596	73,2	0,000	79	77,5	203	85,7	282	83,2	0,064	0,000	284	67,3	594	81,3	878	76,1	0,000
Necessitam ^(*)	21	6,6	42	8,5	63	7,7	0,591	10	9,8	25	10,5	35	10,3	0,974	0,077	31	7,3	67	9,2	98	8,5	0,563
Cuidados de enfermagem																						
Utilizam	91	28,4	128	25,9	219	26,9	0,427	34	33,3	55	23,2	89	26,3	0,052	0,820	125	29,6	183	25,0	308	26,7	0,090
Necessitam	45	14,1	66	13,4	111	13,6	0,647	20	19,6	30	12,7	50	14,7	0,228	0,000	65	15,4	96	13,1	161	14,0	0,405
Psicotrópicos																						
Utilizam	88	27,5	252	51,0	340	41,8	0,000	24	23,5	110	46,4	134	39,5	0,000	0,241	112	26,5	362	49,5	474	41,1	0,000
Necessitam	77	24,1	236	47,8	313	38,5	0,000	20	19,6	94	39,7	114	33,6	0,001	0,000	97	23,0	330	45,1	427	37,0	0,000
Serviços de saúde mental																						
Utilizam	36	11,3	101	20,4	137	16,8	0,001	7	6,9	26	11,0	33	9,7	0,401	0,003	43	10,2	127	17,4	170	14,7	0,003
Necessitam	31	9,7	102	20,6	133	16,3	0,000	6	5,9	25	10,5	31	9,1	0,391	0,000	37	8,8	127	17,4	164	14,2	0,000
Fisioterapia																						
Utilizam	37	11,6	83	16,8	120	14,7	0,039	9	8,8	26	11,0	35	10,3	0,551	0,045	46	10,9	109	14,9	155	13,4	0,054
Necessitam	71	22,2	143	28,9	214	26,3	0,079	22	21,6	53	22,4	75	22,1	0,832	0,000	93	22,0	196	26,8	289	25,1	0,163

^(*) Para além do que já utilizam

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 41 - Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços de apoio económico

Serviços de apoio económico	Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥85 anos							Total							
	M		F		Total		p ⁽¹⁾	M		F		Total		p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	M		F		Total		p ⁽³⁾
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Ajuda económica em geral																						
Necessitam ^(*)	137	42,8	260	52,6	397	48,8	0,002	40	39,2	134	56,5	174	51,3	0,003	0,000	177	41,9	394	53,9	571	49,5	0,000
Ajuda económica para compra de comida																						
Utilizam	24	7,5	86	17,4	110	13,5	0,000	29	28,4	117	49,4	146	43,1	0,002	0,000	53	12,6	203	27,8	256	22,2	0,000
Necessitam	23	7,2	50	10,1	73	9,0	0,292	8	7,8	34	14,3	42	12,4	0,224	0,000	31	7,3	84	11,5	115	10,0	0,039

^(*) Para além do que já utilizam

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 42 - Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços de apoio, avaliação e coordenação

Serviços de apoio, avaliação e coordenação	Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos							Total							
	M		F		Total		p ⁽¹⁾	M		F		Total		p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾	M		F		Total		p ⁽³⁾
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	
Serviços de coordenação, informação e apoio																						
Utilizam	110	34,4	230	46,559	340	41,8	0,001	60	58,8	173	73,0	233	68,7	0,025	0,000	170	40,3	403	55,1	573	49,7	0,000
Necessitam	79	24,7	165	33,401	244	30,0	0,014	43	42,2	145	61,2	188	55,5	0,004	0,000	122	28,9	310	42,4	432	37,5	0,000
Avaliação sistemática multidimensional																						
Utilizam	19	5,9	21	4,251	40	4,9	0,293	2	2,0	12	5,1	14	4,1	0,169	0,115	21	5,0	33	4,5	54	4,7	0,166
Necessitam	172	53,8	279	56,478	451	55,4	0,002	49	48,0	117	49,4	166	49,0	0,420	0,000	221	52,4	396	54,2	617	53,5	0,000

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 43 - Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços não classificados

Serviços não classificados	Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total													
	M		F		Total		p ⁽¹⁾		M		F		Total		p ⁽¹⁾		p ⁽²⁾		M		F		Total		p ⁽³⁾	
	n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%					n	%	n	%	n	%		
Transporte																										
Utilizam	278	86,9	375	75,9	653	80,2	0,000	64	62,7	119	50,2	183	54,0	0,034	0,000	342	81,0	494	67,6	836	72,5	0,745				
Necessitam ^(*)	31	9,7	52	10,5	83	10,2	0,682	8	7,8	22	9,3	30	8,8	0,787	0,000	39	9,2	74	10,1	113	9,8	0,000				
Serviços de realojamento																										
Utilizam	2	0,6	15	3,0	17	2,1	0,019	1	1,0	5	2,1	6	1,8	0,470	0,725	3	0,7	20	2,7	23	2,0	0,018				
Necessitam	10	3,1	21	4,3	31	3,8	0,471	3	2,9	16	6,8	19	5,6	0,375	0,000	13	3,1	37	5,1	50	4,3	0,159				
Serviços de emprego																										
Utilizam	4	1,3	1	0,2	5	0,6	0,080	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,127	0,287	4	0,9	1	0,1	5	0,4	0,023				
Necessitam	1	0,3	0	0,0	1	0,1	0,385	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,568	0,000	1	0,2	0	0,0	1	0,1	0,383				
Preparação para as AVD's																										
Utilizam	15	4,7	16	3,2	31	3,8	0,646	0	0,0	8	3,4	8	2,4	0,769	0,000	15	3,6	24	3,3	39	3,4	0,156				
Necessitam	29	9,1	39	7,9	68	8,4	0,645	1	1,0	13	5,5	14	4,1	0,137	0,000	30	7,1	52	7,1	82	7,1	0,900				

^(*) Para além do que já utilizam

p⁽¹⁾ Diferença entre sexos para o grupo etário

p⁽²⁾ Diferença entre grupos etários

p⁽³⁾ Diferença entre sexos para o total da amostra

