

**PERFIL DE NECESSIDADES E QUALIDADE  
DE VIDA DAS PESSOAS EM PROCESSO  
DE ENVELHECIMENTO DO CONCELHO DE  
GUIMARÃES  
QoL 55+**

PERFIL DE NECESSIDADES E QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS EM PROCESSO  
DE ENVELHECIMENTO DO CONCELHO DE GUIMARÃES

**QoL 55+**

José Ignácio Guinaldo Martin

Vera Mafalda Gomes Duarte

Vanessa Oliveira Póvoa

Natália Sofia Correia Duarte

Maio, 2009

Esta publicação surge no âmbito da Investigação em Gerontologia, pela *Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI)* sediada no *Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (ICBAS . UP)*.

Esta unidade é financiada pela *Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT)*.

**[www.unifai.eu](http://www.unifai.eu)**

Esta publicação é protegida pelas leis internacionais de © *copyright*

Todos os direitos reservados pelos editores.

O presente relatório foi realizado numa parceria criada entre a UNIFAI e a Câmara Municipal de Guimarães

UNIFAI  
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar . Universidade do Porto  
Largo Prof. Abel Salazar, 2  
4099-003 Porto . Portugal  
T.: 222 062 200 Ext. 274  
F.: 222 062 232  
[unifai@unifai.eu](mailto:unifai@unifai.eu)

Concebido e editado por: José Ignácio Guinaldo Martin, Vera Mafalda Gomes Duarte, Vanessa Oliveira Póvoa, Natália Sofia Correia Duarte.

ISBN

Depósito Legal

© José Ignácio Guinaldo Martin, Vera Mafalda Gomes Duarte, Vanessa Oliveira Póvoa e Natália Sofia Correia Duarte.

Portugal, Porto em 2009

## ÍNDICE

<b>1. ENQUADRAMENTO DO PROJECTO</b>	<b>7</b>
1.1 Enquadramento em Termos das Políticas Locais no Âmbito do Envelhecimento Activo	7
1.2 Estrutura do Relatório	8
<b>2. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO</b>	<b>8</b>
2.1 Amostra Inquirida	8
2.2 Instrumentos de Recolha de Dados	9
2.2.1 Itens de Identificação e Contexto	9
a. Questionário de Identificação (dados sócio-demográficos)	
b. Questionário de Identificação (dados sócio-económicos)	
c. Questionário de Identificação (situação habitacional)	
d. Escala de Gijón de Avaliação Sócio-familiar no Idoso	
2.2.2 Indicadores de Vulnerabilidade	9
e. Medição do Fluxo Respiratório	
f. Medição da Força da Mão	
g. Avaliação da Mobilidade. Teste “Time Up and Go”	
2.2.3 Indicadores de Saúde Física	9
h. Índice de Comorbilidade de Charlson	
i. Questionário sobre Indicadores de Risco Geriátrico	
j. Auto-avaliação do Estado de Saúde	
2.2.4 Avaliação da Capacidade Funcional	10
k. Índice de Katz de Avaliação Funcional	
l. Escala de Avaliação das Actividades Instrumentais da Vida Diária de Lawton e Brody	
2.2.5 Avaliação do Estado Mental	10
m. Escala de Depressão Geriátrica [versão 15 itens]	
n. Mini Exame do Estado Mental	
2.2.6 Utilização de Serviços de Saúde e Sociais	10
o. Questionário sobre a Utilização de Serviços	
2.2.7 Avaliação de Abuso e Negligência	10
p. Questionário Breve de Rastreio de Abuso	
2.2.8 Avaliação da Qualidade de Vida e Desenvolvimento Social	11
q. Escala de Qualidade de Vida [WHOQOL - Bref]	
r. Escala de Ocupação do Tempo	
<b>3. ANÁLISE DE RESULTADOS</b>	<b>11</b>
3.1 Estratégia de Análise	11
3.2 Análise Global por Áreas	11
3.2.1 Contexto	
a. Análise dos dados sócio-demográficos	
b. Análise dos dados sócio-económicos	
c. Análise da situação habitacional	
3.2.2 Indicadores de Fragilidade	12
3.2.3 Indicadores de Saúde Física	17
3.2.4 Avaliação da Capacidade Funcional	20
3.2.5 Avaliação do Estado Mental	21
3.2.6 Utilização de Serviços de Saúde e Sociais	22
3.2.7 Abuso e Negligência	23
3.2.8 Qualidade de Vida e Desenvolvimento Social	24
<b>4. CARACTERIZAÇÃO DE PERFIS CRÍTICOS</b>	<b>26</b>

<b>5. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO</b>	27
5.1 Rastreamento e Monitorização de Condições de Saúde	27
5.2 Auto-imagem e Desenvolvimento Social	28
5.3 Prestação de Cuidados	29
5.4 Situações de Vulnerabilidade Social	30
5.5 Abuso e Negligência das Pessoas Idosas	31
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	32
<b>7. BIBLIOGRAFIA</b>	33

## 1. ENQUADRAMENTO DO PROJECTO

A esperança de vida aumentou consideravelmente nas últimas décadas. No período de 2005-2007, em território nacional a esperança média de vida à nascença situava-se nos 78,48 anos, sendo de 75,18 anos para os homens, e de 81,57 para as mulheres (INE, 2008). No entanto, o aumento de tempo de vida nem sempre é acompanhado por um aumento da qualidade de vida que, pelo contrário, tende mesmo a diminuir com o envelhecimento (Paúl, 1992). O Projecto *Perfil das Necessidades e Qualidade de Vida das Pessoas em Processo de Envelhecimento do Concelho de Guimarães* desenvolvido no concelho de Guimarães surge da consciencialização deste facto, e da constatação que o aumento do número de pessoas idosas produz novas necessidades junto da população. Este Projecto responde também à necessidade de um maior conhecimento sobre a população idosa naquele concelho, apontada no *Plano de Desenvolvimento Social de Guimarães 2007-2008*. O presente relatório desenvolve, por um lado um trabalho de análise da população idosa não institucionalizada do concelho de Guimarães e, por outro a realização de um plano estratégico fundamental para a criação de respostas conscientes e ajustadas às necessidades reais da população mais velha, visando a melhoria da sua qualidade de vida. Globalmente, trata-se de um projecto de *investigação-acção* inovador, por analisar a população pormenorizadamente através de recolha de dados primários para conseguir planear as estratégias de intervenção adaptadas a este tipo de população, e por ser realizado por uma parceria entre uma *Câmara Municipal* (CM Guimarães) e uma *Unidade de Investigação* (UnIFai).

### 1.1. Enquadramento em Termos das Políticas Locais no Âmbito do Envelhecimento Activo

Portugal desenvolveu as suas políticas sociais para a terceira idade baseadas num modelo assistencialista, e operacionalizadas sobretudo através de protocolos com Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS) (Martín & Lopes, 2008). No entanto, este tipo de acções estão orientadas unicamente para a população dependente.

As políticas sociais e de saúde para a terceira idade em Portugal caracterizam-se pela centralização nacional por parte do Instituto da Segurança Social, I.P., e no caso específico dos Cuidados Continuados, por parte da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que dão prioridade à institucionalização. Esta orientação contradiz, entre outras, as recomendações da ONU (2002).

Não obstante, a inovação nas políticas sociais para a terceira idade caracteriza-se por programas de natureza diferente, descentralizados, os quais são desenvolvidos no âmbito local, mas que têm implicações a nível central (Kraan, 1993). Estes modelos são caracterizados pela sua flexibilidade, por promoverem uma maior interligação entre o sistema formal e informal, tornando este último mais forte, e ainda, por provocarem uma mudança na forma de entender os papéis das entidades reguladoras como não burocratizadas (Kraan, 1993). A Associação Nacional Municípios Portugueses (ANMP) (2007) e o Ministério das Finanças e da Administração Pública (MFAP) (2008) confirmam como provável um cenário em que a Acção Social (e igualmente o desenvolvimento de políticas sociais para a terceira idade) possam passar a curto prazo para a responsabilidade do poder local. Desta forma a responsabilização das políticas e estratégias para a terceira idade vai ser da responsabilidade dos órgãos locais.

Neste sentido é fundamental que, em primeiro lugar, os agentes locais realizem a análise de necessidades da população mais velha, visando, principalmente a identificação das dimensões indispensáveis para a manutenção nos seus meios familiares. Em segundo lugar, para intervir na área do envelhecimento, é necessário que as estratégias de intervenção contemplem três eixos, um social, um organizacional e, um tecnológico. Basicamente, para uma medida de intervenção ser bem sucedida deve alterar a estrutura social e as relações interpessoais, os métodos de gestão das organizações, e o sistema de informação entre as organizações e as pessoas idosas.

Existem vários projectos locais que contemplam os eixos social e organizacional de forma isolada, não obstante, é fundamental a introdução de um eixo tecnológico ao nível das Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC's). A aplicação das TIC's a nível de intervenção social aumenta a consciência das pessoas idosas ou das suas ideias acerca dos seus direitos uma vez que a informação exposta deve ser clara e facilmente acessível, mas também vai a permitir facilitar o apoio da tomada de decisão por parte dos profissionais sobretudo quando eles pertencem a diferentes organizações, ou quando é necessário a coordenação entre diferentes medidas.

Em síntese, é essencial que quando se promovam novas estratégias de intervenção na área do envelhecimento, estas se baseiem em estudos preparatórios com evidencia científica, que sejam medidas integradas (com três eixos social, organizacional e tecnológico), avaliadas de forma objectiva e os seus resultados visíveis à comunidade.

### 1.2. Estrutura do Relatório

O presente relatório está estruturado em 4 pontos principais, estando cada ponto sub-dividido em pontos mais específicos.

No ponto Metodologia de Investigação (ponto 2), é apresentada a descrição da amostra inquirida, e dos instrumentos de avaliação utilizados na recolha de dados. No ponto Análise de Resultados (ponto 3) são referidas as estratégias de análise utilizadas e os resultados mais relevantes de cada área em análise. No ponto Caracterização de Perfis Críticos (ponto 4) são apresentados diferentes perfis (conjunto de características), que poderão corresponder aos futuros utentes de programas e/ou serviços promovidos pela Câmara Municipal de Guimarães. Por último, encontra-se o ponto Estratégias de Intervenção (ponto 5), no qual são sugeridas algumas estratégias de intervenção que poderão ter um impacto muito significativo relativamente a: situações de vulnerabilidade social, prestação de cuidados, rastreio e monitorização de condições de saúde, auto-imagem e desenvolvimento social, e abuso e negligência das pessoas idosas. Finaliza-se com uma estrutura dos desafios futuros da Rede Social de Guimarães face aos resultados deste estudo e ao enquadramento deste tipo de redes.

## 2. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

### 2.1. Amostra Inquirida

Guimarães, mais especificamente das freguesias de Abação (2.300 hab.), Calvos (938 hab.), Gémeos (548 hab.), Pinheiro (1.301 hab.), Tabuadelo (1.723 hab.), São Faustino (1.050 hab.), Candoso S. Martinho (1.601 hab.), Gondar (2.868 hab.), Selho S. Cristóvão (2.569 hab.) e Selho S. Jorge (5.114 hab.), num total de 339 indivíduos.

Para a composição final da amostra foi utilizada uma amostragem aleatória estratificada. Este tipo de amostragem permite dividir a população alvo em subgrupos homogéneos designados por estratos, desta forma, foram retirados aleatoriamente indivíduos de cada uma das freguesias identificadas na amostra. A amostragem aleatória estratificada caracteriza-se pelo seu rigor, dado que permite a criação de amostras aleatórias e, simultaneamente o controlo da representação de cada um dos estratos na amostra final.

No presente trabalho, a criação das percentagens para cada um dos estratos realizou-se a partir dos dados do INE (Censos, 2001) relativos ao concelho de Guimarães (Ver Quadro 1).

**Quadro 1.** Tipo e percentagem para cada um dos estratos

Grupo de idades	Percentagem
50 anos - 59 anos	40
60 anos - 69 anos	32
70 anos - 79 anos	20
> 80 anos	8

A informação sobre a população alvo (indivíduos com idade superior a 50 anos e residentes nas referidas freguesias (Abação, Calvos, Gémeos, Pinheiro, Tabuadelo, São Faustino, Candoso S. Martinho, Gondar, Selho S. Cristóvão e Selho S. Jorge) foi obtida nas Juntas de Freguesia que forneceram os dados (nome e morada) obtidos pelos Censos de 2001. A totalidade dos entrevistadores foi submetida a treino prévio com o intuito de aumentar a congruência entre entrevistadores e a fiabilidade dos dados.

A recolha dos dados foi realizada através de contacto pessoal no domicílio. A preceder a entrega do questionário, foram explicados os objectivos do estudo e as circunstâncias respeitantes à recolha de informação. Foram também garantidos a reserva e o sigilo dos dados recolhidos. Cada questionário foi acompanhado de uma declaração de consentimento informado de acordo com a Declaração de Helsínquia (World Medical Assembly, 1964).

### 2.2. Instrumentos de Recolha de Dados

#### 2.2.1. Itens de Identificação e Contexto

O protocolo inclui os seguintes instrumentos:

##### a) Questionário de Identificação (dados sócio-demográficos)

Este questionário é constituído por seis itens e pretende realizar a recolha de dados sócio-demográficos referentes ao nome, número de utente, nome do médico assistente, sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, naturalidade e residência.

**b) Questionário de Identificação (dados sócio-económicos)**

Este questionário é constituído por oito itens e tem como objectivo realizar a caracterização da rede social da pessoa idosa obtendo-se dados referentes ao número de familiares mais directos, proximidade dos filhos, coabitação, relação com as pessoas mais próximas do idoso, consumo de álcool em excesso ou drogas por pessoas conhecidas, a quem recorre se precisar de ajuda e sobre a origem dos rendimentos.

**c) Questionário de Identificação (situação habitacional)**

Este questionário com sete itens visa conhecer as condições habitacionais através da avaliação da localização e tipo de habitação, regime de ocupação, ano de construção, número de divisões, equipamentos e condições de acessibilidade.

**d) Escala de Gijón de Avaliação Sócio-familiar no Idoso (García-González, 1999, Morão, 2008)**

Esta escala avalia cinco áreas correspondentes à situação familiar, situação económica, habitação, relações sociais e os apoios de rede social. As respostas múltiplas variam de 1 a 5 pontos. Se a soma da pontuação for menor que 13 pontos o risco social é normal ou baixo. Valores iguais ou superiores a 13 pontos indica risco social intermédio ou elevado.

### **2.2.2. Indicadores de Vulnerabilidade**

O protocolo inclui os seguintes instrumentos:

**e) Medição do Fluxo Respiratório**

O fluxo respiratório é avaliado através de um aparelho denominado Mini Peak Flow Meter. Os valores considerados normais para a população adulta de fluxo respiratório variam entre os 451 e 900L/min (representado pela cor verde). Valores médios variam entre 230 e 450L/min (representado pela cor amarela) e valores considerados inferiores variam entre 60 e 23 L/min (representado pela cor vermelha).

**f) Medição da Força da Mão**

A força da mão é também considerada um indicador de vulnerabilidade (Bohannon, 2008), sendo medida com um dinamómetro Support/GRIP-D. Foram considerados valores médios normais de força de 18Kg para o sexo feminino e 31Kg para o sexo masculino (Kerr, Syddall, Cooper, Turner, Briggs e Sayer, 2006). Estes valores referem-se aos valores normativos para população adulta, não especificamente para população idosa.

**g) Avaliação da Mobilidade . Teste “Time Up and Go” (Podsiadl e Richardson, 1991)**

Este teste tem como objectivo avaliar a mobilidade através da medição do tempo que é necessário para realizar uma tarefa que consiste em levantar-se de uma cadeira sem apoio de braços, caminhar 3 metros com passos seguros e confortáveis, girar 180 graus e retornar, sentando na cadeira. É considerado normal quando se consegue realizar a tarefa em menos de 10 segundos. Acima deste valor assume-se a presença de problemas na mobilidade da pessoa.

### **2.2.3. Indicadores de Saúde Física**

O protocolo inclui os seguintes instrumentos:

**h) Índice de Comorbilidade de Charlson (Charlson, Pompei, Ales e MacKenzie, 1987)**

Este índice avalia a presença de 19 condições pré-estabelecidas, sendo que cada patologia tem um peso relativo, obtido com base na sua associação com a mortalidade, podendo ser combinado com a idade. Considera-se a ausência de comorbilidade quando se obtém 0-1 pontos, comorbilidade baixa 2 pontos e comorbilidade elevada com valores iguais ou superiores 3 pontos.

**i) Questionário sobre Indicadores de Risco Geriátrico**

O questionário sobre os indicadores de risco geriátrico é constituído por 7 itens discretos que avaliam os distúrbios nutricionais, a polifarmácia, as quedas, a incontinência urinária, a obstipação, os distúrbios sensoriais da audição e visão e os distúrbios do sono.

**j) Auto-avaliação do Estado de Saúde**

Consiste num item discreto em que o indivíduo deverá assinalar a resposta que mais se adequa ao seu caso quando lhe é questionado sobre como considera a sua saúde em geral. O tipo de resposta está desenvolvida em forma de escala de Lickert de cinco pontos.

#### 2.2.4. Avaliação da Capacidade Funcional

O protocolo inclui os seguintes instrumentos:

**k) Índice de Katz de Avaliação Funcional (Katz, 1963)**

Este índice avalia a realização das actividades básicas da vida diária (ABVD) necessárias para a independência no auto-cuidado (lavar-se, vestir-se, utilização da sanita, mobilidade, controlo esfíncteriano e alimentação). A sua deterioração implica a necessidade de ajuda por parte de outras pessoas. O ponto de corte para este trabalho é a obtenção de 3 pontos em pelo menos uma área, ou 2 pontos em duas áreas.

**l) Escala de Avaliação das Actividades Instrumentais da Vida Diária de Lawton e Brody (Lawton & Brody, 1969)**

Esta escala avalia a realização das actividades instrumentais da vida diária (AIVD). É constituída por 8 itens: capacidade de utilização do telefone, fazer compras, preparar refeições, cuidar da casa, lavar roupa, modo de transporte, responsabilidade pela própria medicação e habilidade para lidar com o dinheiro. Considera-se que o indivíduo tem uma incapacidade, quando obtém uma pontuação igual ou superior a 1.

#### 2.2.5. Avaliação do Estado Mental

O protocolo inclui os seguintes instrumentos:

**m) Escala de Depressão Geriátrica [versão 15 itens] (Sheikh & Yesavage, 1986)**

Esta escala é um instrumento utilizado para fazer o despiste de sintomas depressivos em pessoas idosas. A resposta aos 15 itens desta escala devem referir-se sobre como o indivíduo se tem sentido nas últimas 2 semanas. Se a soma das pontuações for 0 a 4 indica ausência de depressão, 5 a 8 depressão ligeira, 9 a 11 depressão moderada e de 12 a 15 depressão severa.

**n) Mini Exame do Estado Mental (Folstein, Folstein e McHugh, 1975)**

Esta escala avalia a capacidade cognitiva em diferentes áreas como a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Por cada resposta correcta é cotado um ponto. Considera-se que há deterioração cognitiva quando a soma das pontuações é igual ou inferior a: 15 pontos em pessoas analfabetas; 22 pontos em indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade; 27 pontos nos que têm escolaridade superior a 11 anos (Guerreiro et al., 1993).

#### 2.2.6. Utilização de Serviços de Saúde e Sociais

O protocolo inclui o seguinte instrumento:

**o) Questionário sobre a Utilização de Serviços**

Este questionário composto por 5 itens refere-se a tratamentos especiais, terapias e programas recebidos ou com duração programada nos últimos 7 dias e adesão ao esquema programado (tratamentos de saúde exercidos por serviço profissional, terapias de saúde e serviços sociais). Inclui também os serviços recebidos no domicílio.

#### 2.2.7. Avaliação de Abuso e Negligência

O protocolo inclui o seguinte instrumento:

**p) Questionário Breve de Rastreio de Abuso (Correia, 2008)**

Este instrumento identifica risco de abuso em pessoas idosas. É constituído por três itens de resposta dicotómica por heteroadministração pretende obter informações sobre situações de agressão física, verbal ou psicológica ao indivíduo no último ano, e dois indicadores de abuso, por observação do entrevistador, que permite a avaliação de risco de negligência e de agressividade física que tenham como resultado equimoses.

#### 2.2.8. Avaliação da Qualidade de Vida e Desenvolvimento Social

O protocolo inclui os seguintes instrumentos:

**q) Escala de Qualidade de Vida [WHOQOL - Bref] (WHOQOL Group, 1998; Vaz-Serra, 2006)**

Esta escala tem como objectivo avaliar a qualidade de vida, reconhecendo a natureza multidimensional deste conceito. Esta é uma versão constituída pelas 26 questões, que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos, extraídas do WHOQOL – 100. Esta versão reduzida avalia quatro domínios relativamente aos âmbitos físico, psicológico, social e ambiental.

r) *Escala de Ocupação do Tempo (Duarte e Martín, 2008)*

Esta escala é constituída por 9 questões de resposta de gradação e avalia a realização de: trabalho remunerado, actividades agrícolas ou criação de animais, trabalho doméstico, actividades sociais, actividades culturais e de lazer, actividades desportivas, actividades educativas e formativas, trabalho de voluntariado e o apoio informal.

### 3. ANÁLISE DE RESULTADOS

#### 3.1. Estratégia de Análise

Para a análise pormenorizada da amostra realizou-se a desagregação dos dados obtidos por grupos de população. Os três grupos obtidos dividem-se de acordo com o grupo etário a que pertencem: dos 50 aos 64 anos de idade, dos 65 aos 74 anos e com 75 ou mais anos de idade. Após ser realizada uma avaliação global das características da amostra procedeu-se a uma análise pormenorizada através da criação de perfis específicos de acordo com as necessidades mais evidentes da população.

#### 3.2. Análise Global por Áreas

A análise incidiu sobre oito áreas que se apresentam no Quadro 2.

**Quadro 2. Áreas analisadas**

Áreas
1 Contexto ( dados sócio demográficos, económicos e habitação)
2 Indicadores de Fragilidade
3 Indicadores de Saúde Física
4 Avaliação da Capacidade Funcional
5 Avaliação do Estado Mental
6 Utilização de Serviços de Saúde e Sociais
7 Abuso e Negligência
8 Qualidade de Vida e Desenvolvimento Social

##### 3.2.1. Contexto

###### a. Análise dos Dados Sócio-Demográficos

A amostra é maioritariamente do sexo feminino com um 53,4%, mostrando-se bastante equilibrada em termos de representação dos dois géneros. Relativamente ao estado civil, a categoria de casado(a) é a que se encontra mais representada, com um 82,0% da amostra. É no grupo de indivíduos com idade superior a 75 anos que se encontra uma maior percentagem de pessoas viúvas, representando 62,5% do total dos sujeitos viúvos. É no grupo com idade compreendida entre os 50 e os 64 anos que se encontra a totalidade de pessoas separadas/divorciadas e em união de facto. Cerca de 11,5% da amostra nunca frequentou a escola, sendo o grupo com mais de 75 anos o que mais contribuiu para este resultado, com 60,5% nesta categoria. Não obstante, em termos globais verifica-se que 93,1% da amostra nunca frequentou a escola, não completou o ensino primário ou tem apenas o ensino primário completo. Incluso, entre as pessoas com menos de 65 anos a escolaridade é muito baixa representando 91,4% as que têm até 4 anos de escolaridade. Apenas uma pessoa da amostra total frequentou o ensino universitário, pertencendo ao grupo entre os 65 e os 74 anos.

**Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica da totalidade da amostra**

	Grupos de Pessoas <sup>1</sup>			Total <sup>2</sup>
	50-64 anos	65-74 anos	+75 anos	
<b>Sexo</b>				
Masculino	87 (55,1%)	49 (31,0%)	22 (13,9%)	158 (46,6%)
Feminino	106 (58,6%)	44 (24,3%)	31 (17,1%)	181 (53,4%)
<b>Estado Civil</b>				
Solteiro	13 (81,2%)	2 (12,5%)	1 (6,2%)	16 (4,7%)
Casado	171(61,7%)	79 (28,5%)	27 (9,7%)	277 (82,0%)
Viúvo	4 (10,0%)	11 (27,5%)	25 (62,5%)	40 (11,8%)
Separado/divorciado	4 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (1,2%)
União de facto	1(100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)
<b>Escolaridade</b>				
Nunca frequentou a escola	1 (2,6%)	14 (36,8%)	23 (60,5%)	38(11,5%)
Não completou ensino primário	35 (42,7%)	34 (41,5%)	13 (15,9%)	82(24,8%)
Ensino primário	135 (71,8%)	38 (20,2%)	15 (26,7%)	188(56,8%)
Ensino preparatório	10 (66,7%)	4 (26,7%)	1 (6,7%)	15 (4,5%)
Ensino secundário	3 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (0,9%)
Ensino profissional	3 (75,0%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)	4 (1,2%)
Ensino universitário	0 (0,0%)	1 (100,0%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)
<b>Mobilidade</b>				
Mesmo concelho onde nasceu	169 (56,7%)	83 (27,9%)	46 (15,4%)	298(88,4%)
Diferente concelho onde nasceu	23 (59,0%)	9 (23,1%)	7 (17,9%)	39 (11,6%)

<sup>1</sup>% relativo à frequência na categoria de resposta

<sup>2</sup>% relativo à frequência na totalidade

Quanto à mobilidade, verifica-se que 88,4% da amostra não saiu do concelho onde nasceu, o que denota uma baixa mobilidade por parte dos habitantes desta zona geográfica, sendo que esta tendência é identificada em todos os grupos de idades. (Ver Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica da totalidade da amostra).

#### **b. Análise dos Dados Sócio-Económicos**

Um total de 94,2% da amostra tem filhos, 97,0% irmãos, 99,2% sobrinhos e 85,6% netos. No entanto, 93,2% dos que ainda não têm netos pertencem ao grupo com idade compreendida entre os 50 e os 64 anos. Esta é uma amostra com uma rede social elevada formada maioritariamente por filhos e cônjuges, mas também com outros membros familiares não directos.

Grande parte da amostra tem filhos a morar na mesma casa (62,7%) e na mesma freguesia (85,1%). Verifica-se que 67,5% dos que têm idades entre os 50 e os 64 anos têm filhos a morar na mesma casa, assim como 55,8% dos que têm idades entre os 65 e os 74 anos e 58,1% dos que têm mais de 75 anos.

**Tabela 2. Caracterização da rede social da totalidade da amostra**

	Grupos de Pessoas			Total
	50-64 anos	65-74 anos	+75 anos	
<b>Rede familiar</b>				
Tem irmãos	186 (57,9%)	85 (26,5%)	50 (15,6%)	321 (97,0%)
Tem filhos	170 (54,8%)	89 (28,7%)	51 (16,5%)	310 (94,2%)
Tem sobrinhos	145 (60,9%)	64 (26,9%)	29 (12,2%)	238 (99,2%)
Tem netos	126 (48,1%)	85 (32,4%)	51 (19,5%)	262 (77,3%)
<b>Proximidade dos filhos (n=310)</b>				
Mesma casa	102 (60,0%)	43 (25,3%)	25 (14,7%)	170 (62,7%)
Mesma freguesia	113 (50,7%)	70 (31,3%)	40 (18,0%)	223 (85,1%)
Mesmo concelho	135 (53,1%)	74 (29,1%)	45 (17,7%)	254 (88,8%)
Mesmo distrito	99 (57,9%)	46 (26,9%)	26 (15,2%)	171 (85,9%)
Estrangeiro	28 (44,4%)	19 (30,2%)	16 (25,4%)	63 (30,0%)
<b>Coabitação</b>				
Cônjuge	172 (62,1%)	79 (28,5%)	26 (9,4%)	277 (82,2%)
Filhos	107 (60,1%)	43 (24,2%)	28 (15,7%)	178 (52,8%)
Irmãos	8 (72,7%)	3 (27,3%)	0 (0,0%)	11 (3,3%)
Genros/ Noras	6 (27,3%)	7 (31,8%)	9 (40,9%)	22 (6,5%)
Netos	6 (28,6%)	5 (23,8%)	10 (47,6%)	21 (6,2%)
Vive sozinho	5 (23,8%)	9 (42,9%)	7 (33,3%)	21 (6,2%)
Sobrinhos/ Parentes próximos	4 (80,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	5 (1,5%)
Vizinhos/ Amigos	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0%)
Outros	12 (85,7%)	1 (7,1%)	1 (7,1%)	14(4,1%)
<b>A quem recorre se precisar de ajuda</b>				
Cônjuge	54 (69,2%)	20 (25,6%)	4 (5,1%)	78 (28,6%)
Filhos	79 (45,4%)	56 (32,2%)	39 (22,4%)	174 (63,5%)
Vizinhos	32 (60,4%)	17 (32,1%)	4 (7,5%)	53 (19,1%)
Sobrinhos	4 (80,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	5 (1,8%)
Nora/ Genro	2 (18,2%)	6 (54,5%)	3 (27,3%)	11 (4,0%)
Irmãos	19 (82,6%)	4 (17,4%)	0 (0,0%)	23 (8,5%)
Hospital/ Bombeiros/ Polícia/ 112	10 (66,7%)	4 (26,7%)	1 (6,7%)	15 (5,5%)
Cunhado	4 (50,0%)	3 (37,5%)	1 (12,5%)	8 (2,9%)
Padre	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)	1 (0,4%)
Pais	1 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,4%)
Netos	1 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,4%)
Médico	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0 (0,0%)	3 (1,1%)
Amigos	3 (60,0%)	2 (40,0%)	0 (0,0%)	5 (1,8%)
Câmara/ Junta de freguesia/ SS	3 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (1,1%)
Empregada	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (100%)	2 (0,7%)
Primos	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	2 (0,7%)
<b>Consumo de álcool ou drogas</b>				
Consumo (Sim)	72 (61,5%)	30 (25,6%)	15 (12,8%)	117 (35,0%)
Álcool	14 (66,7%)	3 (14,3%)	4 (19,0%)	21 (6,4%)
Drogas	38 (55,9%)	22 (32,4%)	8 (11,8%)	68 (20,7%)
Ambos	19 (79,2%)	3 (12,5%)	2 (8,3%)	24 (7,3%)

Uma parte significativa da amostra, 82,2%, coabita com o cônjuge. Note-se ainda que, 6,5% e 6,2% da amostra coabita com genros/noras e netos respectivamente, e que 6,2% vive sozinho. Da amostra, 63,5% recorre à ajuda dos filhos em caso de necessidade. Observa-se que esta dependência de ajuda aumenta em função do aumento da idade. Os dados revelam que 35,0% da amostra conhece alguém próximo que consome álcool em excesso ou drogas. Observa-se ainda que 6,4% da amostra conhece alguém que consuma álcool e 20,7% que consuma drogas. Dos que conhecem alguém que consuma álcool e drogas em simultâneo, 79,2% pertence ao grupo de pessoas com idade compreendida entre os 50 e os 64 anos (Ver Tabela 2. Caracterização da rede social da totalidade da amostra).

Os dados sócio-económicos revelam que o rendimento total do próprio é mais baixo nas idades superiores a 75 anos sendo o valor médio de 345,70€ por pessoa. Verifica-se também que o valor médio dos rendimentos do agregado familiar é menor neste grupo etário, sendo o valor médio total de 681,66€. O rácio do rendimento do agregado pelo

número de pessoas do agregado familiar é igualmente mais baixo no grupo de pessoas da amostra com mais de 75 anos, sendo o valor de 290,08€ por pessoa. Estes valores revelam que são as pessoas mais velhas da amostra que têm rendimentos mais baixos e que a situação de coabitação (que é elevada) pode estar associada a problemas económicos (Ver Tabela 3. Caracterização económica da totalidade da amostra).

**Tabela 3.** Caracterização económica da totalidade da amostra

	Grupos de Pessoas		
	50-64 anos	65-74 anos	+75 anos
Rend. total do próprio (média)	420,74 €	415,95 €	345,70 €
Rend. total do próprio + família (média)	932,75 €	820,83 €	681,66 €
Rend. / N° pessoas na mesma casa	346,05 €	348,90 €	290,08 €

O mais importante relativamente à avaliação por meio da Escala de Gijon é, em primeiro lugar a taxa de pessoas consideradas como sendo socialmente vulneráveis, em que é possível verificar que 7,1% está em situação de risco social intermédio ou elevado. Não obstante, dentro deste grupo de pessoas, são as pessoas mais idosas que apresentam taxas superiores de vulnerabilidade. Os dados apresentam que das pessoas em situação de vulnerabilidade social, 45,5% tem mais de 75 anos. Em segundo lugar, a variável que mais parece contribuir para a vulnerabilidade das pessoas idosas é a variável associada ao factor económico. Os dados mostram que 39,1% da amostra tem como rendimentos mensais o equivalente a um ou dois salários mínimos, e dos que recebem mais de 2 salários mínimos, 66,4% corresponde à população com idades entre os 50 e os 64 anos. Observa-se também que a amostra que recebe o equivalente desde a pensão do sistema contributivo até ao valor da pensão social, 40,5% corresponde aos que têm mais de 75 anos de idade. Estes dados parecem traduzir uma associação entre idades avançadas, falta de rendimentos económicos e vulnerabilidade social (Ver Tabela 4. Resultados relativos à Escala de Gijón de avaliação sócio-familiar da amostra).

**Tabela 4. Resultados relativos à Escala de Gijón de avaliação sócio-familiar da amostra**

	Grupos de Pessoas			Total
	50-64 anos	65-74 anos	+75 anos	
<b>Situação familiar</b>				
Família sem dependência	127 (65,5%)	45 (23,2%)	22 (11,3%)	194 (57,9%)
Cônjuge de similar idade	48 (56,5%)	28 (32,9%)	9 (10,6%)	85 (25,4%)
Família e/ou cônjuge depend.	11 (35,5%)	10 (32,3%)	10 (32,3%)	31 (9,3%)
Sozinho mas tem filhos próximos	1 (6,7%)	6 (40,0%)	8 (53,3%)	15 (4,5%)
Vive sozinho sem filhos	5 (50,0%)	3 (30,0%)	2 (20,0%)	10 (3,0%)
<b>Situação económica</b>				
Mais de 2 salários mínimos	75 (66,4%)	28 (24,8%)	10 (8,8%)	113 (34,6%)
2 salários mínimos até 1 salário mín.	74 (57,8%)	37 (28,9%)	17 (13,3%)	128 (39,1%)
Salário mín. até à pensão sistema	21 (53,8%)	10 (25,6%)	8 (20,5%)	39 (11,9%)
Pensão sistema até pensão social	7 (18,9%)	15 (40,5%)	15 (40,5%)	37 (11,3%)
Sem rend. ou inf.	6 (60,0%)	2 (20,0%)	2 (20,0%)	10 (3,1%)
<b>Habitação</b>				
Adequada às necessidades	157 (65,7%)	55 (23,0%)	27 (11,3%)	239 (73,1%)
Barreiras arquitectónicas na casa	20 (30,3%)	27 (40,9%)	19 (28,8%)	66 (20,0%)
Humidade, falta de higiene	9 (50,0%)	7 (38,9%)	2 (11,1%)	18 (5,5%)
Ausência de elevador, telefone	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Habitação inadequada	1 (25,0%)	1 (25,0%)	2 (50,0%)	4 (1,2%)
<b>Relações sociais</b>				
Relações sociais	146 (60,1%)	71 (29,2%)	26 (10,7%)	243 (71,7%)
Só com a família e com vizinhos	36 (55,4%)	14 (21,5%)	15 (23,1%)	65 (19,2%)
Só com a família ou vizinhos	9 (42,9%)	6 (28,6%)	6 (28,6%)	21 (6,2%)
Não sai domicílio, recebe visitas	1 (11,1%)	2 (22,2%)	6 (66,7%)	9 (2,7%)
Não sai domicílio não recebe visit.	1 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)
<b>Apoio de rede social</b>				
Com apoio familiar ou vizinhos	128 (58,4%)	54 (24,7%)	37 (16,9%)	219 (66,0%)
Voluntariado, ajuda domiciliária	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (100%)	2 (0,6%)
Não tem apoio	61 (56,0%)	37 (33,9%)	11 (10,1%)	109 (32,8%)
Pendente de institucionalização	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Tem cuidados permanentes	1 (50,0%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)	2 (0,6%)
<b>Resultados finais . Escala de Gijón</b>				
Normal ou risco social baixo	172 (59,9%)	79 (27,5%)	36 (12,5%)	287 (92,9%)
Risco social intermédio/ elevado	3 (13,6%)	9 (40,9%)	10 (45,5%)	22 (7,1%)

### c. Análise da Situação Habitacional

Quanto à situação habitacional os dados mostram que 87,8% da amostra vive em zonas situadas nas povoações. Do total da amostra, 90,2% reside em casas unifamiliares e 5,6% vive em apartamentos.

**Tabela 5. Situação habitacional e disponibilidade de equipamentos**

	Grupos de Pessoas <sup>1</sup>			Total <sup>2</sup>
	50-64 anos	65-74 anos	+75 anos	
<b>Localização</b>				
Situada na povoação	175 (58,9%)	76 (25,6%)	46 (15,5%)	297 (87,9%)
Isolada	17 (41,5%)	17 (41,5%)	7 (17,1%)	41 (12,1%)
<b>Tipo de Habitação</b>				
Casa unifamiliar	175 (57,6%)	80 (26,3%)	49 (16,1%)	304 (90,2%)
Apartamento/ andar	11 (57,9%)	6 (31,6%)	2 (10,5%)	19 (5,6%)
Parte da casa	5 (55,6%)	4 (44,4%)	0 (0,0%)	9 (2,7%)
Alojamentos/casas colectivas	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Barracas	2 (40,0%)	2 (40,0%)	1 (20,0%)	5 (1,5%)
Tendas/ roulotte	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Sem abrigo	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Outras	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
<b>Regime de ocupação</b>				
Própria				
Arrendada	118 (58,7%)	50 (24,9%)	33 (16,4%)	201 (59,5%)
Cedida c/ presença dos locat.	66 (54,5%)	39 (32,2%)	16 (13,2%)	121 (35,8%)
Cedida s/ presença dos locat.	5 (55,6%)	2 (22,2%)	2 (22,2%)	9 (2,7%)
Outros	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	3 (0,9%)
	2 (50,0%)	1 (25,0%)	1 (25,0%)	4 (1,2%)
<b>Ano de construção</b>				
Antes de 1901	5 (26,3%)	9 (47,4%)	5 (26,3%)	19 (5,7%)
Entre 1901 e 1950	44 (50,6%)	25 (28,7%)	18 (20,7%)	87 (26,0%)
Entre 1951 e 1980	72 (54,5%)	41 (31,1%)	19 (14,4%)	132 (39,4%)
Entre 1981 e 2000	60 (72,3%)	16 (19,3%)	7 (8,4%)	83 (24,8%)
Depois de 2001	12 (85,7%)	0 (0,0%)	2 (14,3%)	14 (4,2%)
<b>Número de divisões</b>				
Até 2 divisões	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
3 divisões	3 (50,0%)	2 (33,3%)	1 (16,7%)	6 (1,8%)
4 divisões	26 (53,1%)	16 (32,7%)	7 (14,3%)	49 (14,6%)
5 divisões	46 (55,4%)	26 (31,3%)	11 (13,3%)	83 (24,8%)
Mais de 5 divisões	116 (58,9%)	48 (24,4%)	33 (16,8%)	197 (58,8%)
<b>Equipamentos</b>				
Electricidade	193 (56,9%)	93 (27,4%)	53 (15,6%)	339 (100%)
Instalação de gás	172 (58,9%)	76 (26,0%)	44 (15,1%)	292 (86,1%)
Frigorífico	193 (56,9%)	93 (27,4%)	53 (15,6%)	339 (100%)
Água canalizada	184 (58,2%)	84 (26,6%)	48 (15,2%)	316 (93,2%)
Fogão	193 (56,9%)	93 (27,4%)	53 (15,6%)	339 (100%)
Água quente	191 (58,2%)	86 (26,2%)	51 (15,5%)	328 (96,8%)
Televisor	193 (56,9%)	93 (27,4%)	53 (15,6%)	339 (100%)
Aquecimento	152 (58,7%)	69 (26,6%)	38 (14,7%)	259 (76,4%)
Máquina de lavar roupa	187 (58,6%)	85 (26,6%)	47 (14,7%)	319 (94,1%)
Telefone	167 (56,4%)	83 (28,0%)	46 (15,5%)	296 (87,3%)
Barreiras arquitectónicas	64 (47,8%)	47 (35,1%)	23 (17,2%)	134 (39,5%)
Problemas de acessibilidade	21 (47,7%)	13 (29,5%)	10 (22,7%)	44 (13,0%)

<sup>1</sup>% relativo à frequência na categoria de resposta

<sup>2</sup>% relativo à frequência na totalidade

Das situações negativas em termos habitacionais, observa-se que 2,7% da amostra reside numa parte da casa e que 1,5% vive em barracas. Estas situações do ponto de vista estatístico não são significativas, mas são-no do ponto de vista social, no sentido que representam situações de vulnerabilidade importantes.

O regime de ocupação do tipo aluguer é significativo, uma vez que representa 35,8% da amostra.

Geralmente as habitações são caracterizadas por serem antigas e grandes. Das habitações, 39,4% foram construídas entre 1951 e 1980, e 26,0% foram construídas entre 1901 e 1950. Destas, 50,6% são habitadas por sujeitos com idades compreendidas entre os 50 e os 64 anos. A maior parte das habitações tem mais de 5 divisões, representando 58,8% dos casos.

Outro facto interessante é a presença de equipamentos na habitação. Verifica-se que a maioria tem os equipamentos considerados básicos, tendo a totalidade da amostra electricidade, frigorífico, fogão e televisão. Verifica-se que 86,1% da amostra tem instalação de gás, 93,2% tem água canalizada, 96,8% tem água quente, 76,4% tem aquecimento, 94,1% tem máquina de lavar roupa e 87,3% tem telefone. As barreiras arquitectónicas são identificadas por 39,5% da amostra, sendo que, 50,5% das pessoas com idades entre os 65 e os 74 anos reconhecem que a sua habitação tem barreiras arquitectónicas. Os problemas de acessibilidade são identificados por 13,0% da amostra. Destes, 47,7% são reconhecidos pelo grupo que tem idades compreendidas entre os 50 e os 64 anos de idade (Ver Tabela 5. Situação habitacional e disponibilidade de equipamentos).

### **3.2.2. Indicadores de Fragilidade**

A análise dos indicadores de fragilidade mostram a tendência das futuras incapacidades em populações, uma vez que aportam indicadores globais do estado de saúde de uma pessoa. Neste estudo foram elegidos os indicadores relativos ao fluxo respiratório, força de mão e mobilidade

Os valores do fluxo respiratório medidos pelo Mini Peak Flow Meter revelam que 63,8% da amostra têm valores considerados maus. Destes, 50,7% correspondem ao grupo etário entre os 50 e os 64 anos e 28,9% pertence ao grupo dos que têm entre 65 e 74 anos.

A análise da força da mão através do dinamómetro revelou que 55,6% da amostra feminina e 64,6% da amostra masculina têm valores de força iguais ou superiores à média considerada normal para estas idades. Da população feminina com valores inferiores aos de referência, 40,8% têm idades entre os 50 e os 64 anos, e 32,9% têm entre 65 e 74 anos de idade. É de referir que 83,3% dos que têm mais de 75 anos do sexo masculino obtiveram valores de força inferiores aos considerados normais.

**Tabela 6. Resultados relativos aos indicadores de fragilidade**

	Grupos de Pessoas <sup>1</sup>			Total <sup>2</sup>
	50-64 anos	65-74 anos	+75 anos	
<b>Fluxo respiratório</b>				
Bom	12 (75,0%)	4 (25,0%)	0 (0,0%)	16 (5,1%)
Médio	67 (68,4%)	29 (29,6%)	2 (2,0%)	98 (31,1%)
Mau	102 (50,7%)	58 (28,9%)	41 (20,4%)	201 (63,8%)
<b>Força mão [Sexo feminino]</b>				
Igual ou superior a 18Kg	72 (75,8%)	17 (17,9%)	6 (6,3%)	95 (55,6%)
Inferior a 18Kg	31 (40,8%)	25 (32,9%)	20 (26,3%)	76 (44,4%)
<b>Força mão [Sexo masculino]</b>				
Igual ou superior a 31Kg	63 (66,3%)	29 (30,5%)	3 (3,2%)	95 (64,6%)
Inferior a 31Kg	19 (36,5%)	18 (34,6%)	15 (28,8%)	52 (35,4%)
<b>Mobilidade [Marcha]</b>				
Sozinho	186 (61,8%)	85 (28,2%)	30 (10,0%)	301 (89,6%)
Ajuda ocasional	4 (36,4%)	1 (9,1%)	6 (54,5%)	11 (3,3%)
Ajuda frequente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Muleta ou bengala	2 (14,3%)	3 (21,4%)	9 (64,3%)	14 (4,2%)
Andarilho	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)	1 (0,3%)
Cadeira de rodas	1 (16,7%)	3 (50,0%)	2 (33,3%)	6 (1,8%)
Imobilidade completa	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (100%)	3 (0,9%)
<b>Mobilidade [Subir escadas]</b>				
Sim	185 (59,9%)	87 (28,2%)	37 (12,0%)	309 (93,4%)
Não	3 (13,6%)	4 (18,2%)	15 (68,2%)	22 (6,6%)
<b>Mobilidade [Time Up and Go seg]</b>				
< 10 seg	91 (74,6%)	26 (21,3%)	5 (4,1%)	122 (38,2%)
10 a 20 seg	79 (54,9%)	43 (29,9%)	22 (15,3%)	144 (45,1%)
20 a 30 seg	15 (33,3%)	20 (44,4%)	10 (22,2%)	45 (14,1%)
> 30 seg	2 (25,0%)	1 (12,5%)	5 (62,5%)	8 (2,5%)

<sup>1</sup> % relativo à frequência na categoria de resposta

<sup>2</sup> % relativo à frequência na totalidade

Quanto à mobilidade, 89,6% da amostra realiza a marcha sozinho sem qualquer tipo de ajuda. Necessitam do apoio de uma muleta ou bengala 4,2% da amostra. Neste grupo 64,3% é representado pelo grupo com mais de 75 anos, verificando-se que quanto maior for a idade da amostra, maior dependência têm na realização da marcha. A totalidade das pessoas que têm imobilidade completa, ou seja, que estão acamadas, pertencem ao grupo etário com mais de 75 anos. Não consegue subir escadas 6,6% da amostra. Destes, 68,2% refere-se ao grupo com idade superior a 75 anos. Observa-se também que esta incapacidade é maior à medida que a idade é mais avançada. No teste realizado em que é necessário que os sujeitos se levantem de uma cadeira sem apoio de braços, caminhem 3 metros com passos seguros, girem 180 graus e retornem, sentando-se na cadeira, 61,8% demoram mais de 10 segundos, o que indica alguma dificuldade na realização desta tarefa (Ver Tabela 6. Resultados relativos aos indicadores de fragilidade).

### 3.2.3. Indicadores de Saúde Física

O Índice de Charlson revela que 3,8% da amostra tem uma comorbidade elevada situando-se claramente uma percentagem maior nas pessoas com idade superior a 75 anos. As patologias mais frequentes nesta amostra são a diabetes (17,7%), doença do tecido conjuntivo (11,2%) e a insuficiência cardíaca (6,5%). (Ver Tabela 7. Resultados em termos de presença de doenças graves e grau de comorbidade).

**Tabela 7. Resultados em termos de presença de doenças graves e grau de comorbilidade**

	Grupos de Pessoas <sup>1</sup>			Total <sup>2</sup>
	50-64 anos	65-74 anos	+75 anos	
<b>Índice de Charlson</b>				
Enfarte do miocárdio	2 (28,6%)	1 (14,3%)	4 (57,1%)	7 (2,1%)
Insuficiência cardíaca	8 (36,4%)	9 (40,9%)	5 (22,7%)	22 (6,5%)
Doença arterial periférica	7 (38,9%)	8 (44,4%)	3 (16,7%)	18 (5,3%)
Doença cerebrovascular	4 (26,7%)	4 (26,7%)	7 (46,7%)	15 (4,4%)
Demência	2 (40,0%)	2 (40,0%)	1 (20,0%)	5 (1,5%)
Doença respiratória crónica	8 (50,0%)	4 (25,0%)	4 (25,0%)	16 (4,7%)
Doença do tecido conjuntivo	25 (65,8%)	8 (21,1%)	5 (13,2%)	38 (11,2%)
Úlcera gastroduodenal	3 (75,0%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)	4 (1,2%)
Diabetes	22 (36,7%)	26 (43,3%)	12 (20,0%)	60 (17,7%)
Hemiplegia	1 (25,0%)	1 (25,0%)	2 (50,0%)	4 (1,2%)
Insuf. renal crónica mod. / severa	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)	1 (0,3%)
Diabetes com lesão em órgãos alvo	0 (0,0%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)	2 (0,6%)
Leucemia	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)	1 (0,3%)
Hepatopatia crónica moder./ severa	2 (50,0%)	1 (25,0%)	1 (25,0%)	4 (1,2%)
Tumor ou neoplasia	3 (27,3%)	6 (54,5%)	2 (18,2%)	11 (3,2%)
<b>Comorbilidade baixa</b>	188 (57,7%)	91 (27,9%)	47 (14,4%)	326 (96,2%)
<b>Comorbilidade elevada</b>	5 (38,5%)	2 (15,4%)	6 (46,2%)	13 (3,8%)

<sup>1</sup> % relativo à frequência na categoria de resposta

<sup>2</sup> % relativo à frequência na totalidade

Os indicadores de risco geriátrico revelam que 48,5% da amostra tem excesso de peso. Dos que são obesos e muito obesos, 50,0% e 42,1% respectivamente, pertencem ao grupo com idade compreendida entre os 50 e os 64 anos, o que significa um risco acrescentado de problemas funcionais e de saúde.

Verifica-se que 19,7% da amostra toma mais de 5 medicamentos, sendo notável uma sobre-representação dos maiores de 75 anos.

Os dados mostram ainda que, 18,6% da amostra teve pelo menos uma queda nos últimos 6 meses, e que o medo de cair está presente num numero elevado de sujeitos, representando 53,9% do total da amostra. Não obstante, a maior representação das pessoas maiores de 75 anos observa-se na variável relativa à de deixar de realizar as suas actividades habituais por causa do medo de cair, representando 51,1% do total da amostra.

Relativamente à incontinência urinária, 25,0% da amostra já teve alguma vez perda de urina sem contar. Destes, 79,8% alguma vez sentiu vontade repentina de urinar, mas não conseguiu chegar a tempo à casa de banho (resultado pos-hoc). Verifica-se que 30,1% da amostra já teve perda de urina quando tossia, ria ou fazia algum esforço.

Os dados revelam que 26,9% da amostra tem problemas de obstipação, sendo mais frequente nos indivíduos mais velhos.

Um dos aspectos mais importantes na avaliação do estado de saúde das pessoas idosas é a identificação dos problemas sensoriais. Acerca disto, os distúrbios sensoriais da audição foram encontrados, a partir do Teste do Sussurro, em 26,4% da amostra. Dos que têm idade superior a 75 anos, foi verificado que têm défices auditivos 55,1%. Os distúrbios da visão foram verificados em 59,7% da amostra através do Teste de Jeager. Destes, 52,7% têm idades compreendidas entre os 50 e os 64 anos e 28,7% têm idades entre os 65 e os 74 anos. Estes dados revelam que uma percentagem significativa da amostra tem problemas de visão.

Quanto aos problemas do sono, os dados mostram que 38,2% da amostra sente-se sonolento durante o dia, sendo este grupo representado em 57,4% pelas pessoas com idades entre os 50 e os 64 anos. Não obstante, 67,0% das pessoas mostram-se satisfeitas com o seu sono (Ver Tabela 8. Resultados em termos de quadros geriátricos)

**Tabela 8. Resultados em termos de quadros geriátricos**

	Grupos de Pessoas <sup>1</sup>			Total <sup>2</sup>
	50-64 anos	65-74 anos	+75 anos	
<b>IMC</b>				
Magreza excessiva	0 (0,0%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)	2 (2,9%)
Normal	6 (60,0%)	3 (30,0%)	1 (10,0%)	10 (14,7%)
Excesso de peso	16 (48,5%)	9 (27,3%)	8 (24,2%)	33 (48,5%)
Obesidade	8 (42,1%)	6 (31,6%)	5 (26,3%)	19 (27,9%)
Grande obesidade	2 (50,0%)	1 (25,0%)	1 (25,0%)	4 (5,9%)
<b>Medicação</b>				
0 medicamentos	42 (72,4%)	15 (25,9%)	1 (1,7%)	58 (18,1%)
1 a 5 medicamentos	117 (58,8%)	55 (27,6%)	27 (13,6%)	199 (62,2%)
Mais de 5 medicamentos	22 (34,9%)	20 (31,7%)	21 (33,3%)	63 (19,7%)
<b>Quedas</b>				
Quedas - últimos 6 meses	30 (47,6%)	17 (27,0%)	16 (25,4%)	63 (18,6%)
Medo de cair	85 (47,5%)	55 (30,7%)	39 (21,8%)	179 (53,9%)
Deixar fazer actividades (n=179) <sup>3</sup>	31 (41,3%)	20 (26,7%)	24 (32,0%)	75 (41,9%)
<b>Incontinência urinária</b>				
Perda de urina sem contar	38 (45,2%)	26 (31,0%)	20 (23,8%)	84 (25,0%)
Não conseguiu chegar ao WC	27 (40,3%)	19 (28,4%)	21 (31,3%)	67 (21,5%)
Perda de urina quando tosse ou ri	54 (55,1%)	25 (25,5%)	19 (19,4%)	98 (30,1%)
<b>Obstipação</b>				
Tem problemas de obstipação	42 (46,7%)	30 (33,3%)	18 (20,0%)	90 (26,9%)
<b>Distúrbios sensoriais</b>				
Teste do Sussurro positivo	36 (41,9%)	23 (26,7%)	27 (31,4%)	86 (26,4%)
Teste de Jeager positivo	99 (52,7%)	54 (28,7%)	35 (18,6%)	188 (59,7%)
<b>Distúrbios do sono</b>				
Sente-se sonolento durante o dia	63 (50,4%)	35 (28,0%)	27 (21,6%)	125 (38,2%)
Está satisfeito com o seu sono <sup>4</sup>	128 (57,4%)	59 (26,5%)	36 (16,1%)	223 (67,0%)

<sup>1</sup> % relativo à frequência na categoria de resposta

<sup>2</sup> % relativo à frequência na totalidade

<sup>3</sup> % relativo à frequência que por medo de cair deixaram de fazer actividades

<sup>4</sup> Resposta positiva significa falta de problema

Quando questionados sobre a sua saúde, 55,7% da amostra consideram-na aceitável, verificando-se sobretudo que, as pessoas muito idosas (maiores de 75 anos) são as que têm uma apreciação mais negativa sobre a sua própria saúde com 34,0% a considerar a sua saúde fraca ou muito fraca. Contudo, dos sujeitos com idade compreendida entre os 50 e os 64 anos, ainda 17,4% classificam a sua saúde como fraca ou muito fraca (Ver Tabela 9. Avaliação subjectiva do estado de saúde).

**Tabela 9. Avaliação subjectiva do estado de saúde**

	Grupos de Pessoas <sup>1</sup>			Total <sup>2</sup>
	50-64 anos	65-74 anos	+75 anos	
<b>Em geral a sua saúde é</b>				
Muito boa	4 (40,0%)	6 (60,0%)	0 (0,0%)	10 (3,0%)
Boa	53 (73,6%)	11 (15,3%)	8 (11,1%)	72 (21,7%)
Aceitável	100 (54,1%)	60 (32,4%)	25 (13,5%)	185 (55,7%)
Fraca	29 (51,8%)	11 (19,6%)	16 (28,6%)	56 (16,9%)
Muito fraca	4 (44,4%)	4 (44,4%)	1 (11,1%)	9 (2,7%)

<sup>1</sup> % relativo à frequência na categoria de resposta

<sup>2</sup> % relativo à frequência na totalidade

### 3.2.4. Avaliação da Capacidade Funcional

A avaliação funcional revela que 6,8% da amostra é dependente nas actividades da vida diária (ABVD). Verifica-se que a dependência é maior quanto mais avançada for a idade (mais de 75 anos), em actividades, tais como lavar-se, vestir-se, utilizar a sanita, mobilizar-se, controlo esfíncteriano, e alimentar-se. Observa-se que dos sujeitos com mais de 75 anos, 28,3% precisa de ajuda para lavar mais que uma parte do corpo, ou para entrar ou sair do banho, 17,0% precisa de ajuda para escolher a roupa e não se veste por completo, 13,2% entra e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira, com ajuda e 28,8% tem incontinência ocasional (Ver Tabela 10. Avaliação da funcionalidade em termos de actividades de vida diária básicas).

**Tabela 10. Avaliação da funcionalidade em termos de actividades de vida diária básicas**

	Grupos de Pessoas <sup>1</sup>			Total <sup>2</sup>
	50-64 anos	65-74 anos	+75 anos	
<b>Lavar-se</b>				
Sem necessitar qualquer ajuda	191 (61,4%)	88 (28,3%)	32 (10,3%)	311(91,7%)
Ajuda para lavar uma parte	1 (12,5%)	1 (12,5%)	6 (75,0%)	8 (2,4%)
Maior necessidade para lavar	1 (5,0%)	4 (20,0%)	15 (75,0%)	20 (5,9%)
<b>Vestir-se</b>				
Não necessita de ajuda	189 (59,4%)	89 (28,0%)	40 (12,6%)	318 (93,8%)
Ajuda para apertar sapatos	2 (33,3%)	0 (0,0%)	4 (66,7%)	6 (1,8%)
Não se veste por completo	2 (13,3%)	4 (26,7%)	9 (60,0%)	15 (4,4%)
<b>Utilizar a sanita</b>				
Utiliza a sanita sem qualquer ajuda	191 (58,6%)	90 (27,6%)	45 (13,8%)	326 (96,2%)
Precisa de ajuda para ir à sanita	1 (16,7%)	2 (33,3%)	3 (50,0%)	6 (1,8%)
Não consegue utilizar a sanita	1 (14,3%)	1 (14,3%)	5 (71,4%)	7 (2,1%)
<b>Mobilizar-se</b>				
Entra e sai da cama sem ajuda	190 (59,0%)	89 (27,6%)	43 (13,4%)	322 (95,0%)
Entra e sai da cama com ajuda	3 (21,4%)	4 (28,6%)	7 (50,0%)	14 (4,1%)
Não se levanta da cama	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (100%)	3(1,0%)
<b>Controlo esfíncteriano</b>				
Controla completa dos esfíncteres	166 (62,4%)	68 (25,6%)	32 (12,0%)	266 (78,9%)
Tem incontinência ocasional	26 (41,3%)	22 (34,9%)	15 (23,8%)	63 (18,7%)
É incontinente ou usa sonda vesical	1 (12,5%)	2 (25,0%)	5 (62,5%)	8 (2,4%)
<b>Alimentar-se</b>				
Come sem qualquer ajuda	192 (58,4%)	91 (27,7%)	46 (14,0%)	329 (97,3%)
Precisa ajuda para cortar alimentos	0 (0,0%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)	2 (0,6%)
Precisa ajuda para comer	1 (14,3%)	1 (14,3%)	5 (71,4%)	7 (2,1%)
<b>Dependentes nas ABVD</b>	<b>3 (13,0%)</b>	<b>5 (21,7%)</b>	<b>15 (65,2%)</b>	<b>23 (6,8%)</b>

<sup>1</sup> % relativo à frequência na categoria de resposta

<sup>2</sup> % relativo à frequência na totalidade

A avaliação das actividades instrumentais da vida diária (AIVD) mostra que 51,6% da amostra é dependente em pelo menos uma actividade. Tal como nas actividades básicas da vida diária, é o grupo de pessoas com idade superior a 75 anos as que apresentam maior dependência. Verifica-se que destes, 26,4% não utiliza o telefone, 42,3% é incapaz de fazer compras, 36,5% necessita de refeições preparadas e servidas, 42,3% não participa em nenhuma tarefa doméstica, 43,1% é incapaz de lavar a sua roupa, 17,3% apenas se desloca utilizando táxi ou automóvel quando acompanhado por outro, 15,4% toma a medicação se preparada e separada por outros e 25,5% é incapaz de lidar com o dinheiro. No entanto é de salientar que dos que têm idades compreendidas entre os 50 e os 64 anos 9,4% necessita de refeições preparadas e servidas, 16,8% não participa em nenhuma actividade doméstica e 20,7% é incapaz de lavar a sua roupa (Ver Tabela 11. Avaliação da funcionalidade em termos de actividades de vida diária instrumentais).

**Tabela 11. Avaliação da funcionalidade em termos de actividades de vida diária instrumentais**

	Grupos de Pessoas <sup>1</sup>			Total <sup>2</sup>
	50-64 anos	65-74 anos	+75 anos	
<b>Capacidade para usar o telefone</b>				
Utiliza telefone por iniciativa própria	180 (66,7%)	72(26,7%)	18 (6,7%)	270 (79,9%)
Marca números que conhece bem	2 (25,0%)	2 (25,0%)	4 (50,0%)	8 (2,4%)
Atende telefone não marca nº	2 (7,7%)	7 (26,9%)	17 (65,4%)	26 (7,7%)
Não usa o telefone	9 (26,5%)	11 (23,4%)	14 (41,2%)	34 (10,1%)
<b>Fazer compras</b>				
Faz compras que necessita sozinho	172 (65,9%)	69 (26,4%)	20 (7,7%)	261 (77,2%)
Compra sozinho pequenas coisas	12 (35,3%)	13 (38,2%)	9 (26,5%)	34 (10,1%)
Necessita de companhia	3 (42,9%)	3 (42,9%)	1 (14,3%)	7 (2,1%)
Incapaz de fazer compras	6 (16,7%)	8 (22,2%)	22 (61,1%)	36 (10,7%)
<b>Preparar refeições</b>				
Planeia, prepara e serve, sozinho	169 (65,0%)	5 (25,0%)	26 (10,0%)	260 (77,4%)
Se possuir ingredientes necessários	3 (42,9%)	2 (28,6%)	2 (28,6%)	7 (2,1%)
Não planifica dietas adequadas	2 (18,2%)	4 (36,4%)	5 (45,5%)	11 (3,3%)
Única. refeições preparadas	18 (31,0%)	21 (36,2%)	19 (32,8%)	58 (17,3%)
<b>Cuidar da casa</b>				
Sozinho ou com ajuda ocasional	144 (67,9%)	51 (24,1%)	17 (8,0%)	212 (63,1%)
Realiza tarefas diárias	11 (40,7%)	9 (33,3%)	7 (25,9%)	27 (8,0%)
Não tem nível aceitável de limpeza	0 (0,0%)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	3 (0,9%)
Precisa ajuda em todas as tarefas	4 (30,8%)	4 (30,8%)	5 (38,5%)	13 (3,9%)
Não participa em nenhuma tarefa	32 (39,5%)	27 (33,3%)	22 (27,2%)	81 (24,1%)
<b>Lavar a roupa</b>				
Lava toda a sua roupa	128 (68,1%)	42 (22,3%)	18 (9,6%)	188 (57,0%)
Lava pequenas peças de roupa	21 (42,9%)	17 (34,7%)	11 (22,4%)	49 (14,8%)
É incapaz de lavar a sua roupa	39 (41,9%)	32 (34,4%)	22 (23,7%)	93(28,2%)
<b>Modo de transporte</b>				
Transportes públicos ou viatura próp.	186 (61,4%)	82 (27,1%)	35 (11,6%)	303 (89,9%)
Apenas utiliza táxi	1 (25,0%)	3 (75,0%)	0 (0,0%)	4 (1,2%)
Transp. públicos com companhia	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0 (0,0%)	3 (0,9%)
Táxi ou automóvel com companhia	3 (17,6%)	5 (29,4%)	9 (52,9%)	17 (5,0%)
Incapaz de se deslocar	1 (10,0%)	1 (10,0%)	8 (80,0%)	10 (3,0%)
<b>Responsabilidade pela medicação</b>				
Toma a medicação correctamente	160 (58,8%)	72 (26,5%)	400 (14,7%)	272 (91,9%)
Medicação é preparada	2 (11,1%)	8 (44,4%)	8 (44,4%)	18 (6,1%)
É incapaz de tomar a medicação	1 (16,7%)	1 (16,7%)	4 (66,7%)	6 (2,0%)
<b>Habilidade para lidar com dinheiro</b>				
Resolve problemas monetários	178 (63,6%)	76 (27,1%)	26 (9,3%)	280 (83,6%)
Precisa ajuda para compras maiores	12 (35,3%)	10 (29,4%)	12 (35,3%)	34 (10,1%)
Incapaz de lidar com o dinheiro	2 (9,5%)	6 (28,6%)	13 (61,9%)	21 (6,3%)
<b>Dependente nas AIVD</b>	<b>78 (44,6%)</b>	<b>52 (29,7%)</b>	<b>45 (25,7%)</b>	<b>175 (51,6%)</b>

<sup>1</sup> % relativo à frequência na categoria de resposta

<sup>2</sup> % relativo à frequência na totalidade

### 3.2.5. Avaliação do Estado Mental

Nesta área foram consideradas duas avaliações: (i) avaliação cognitiva e, (ii) avaliação da sintomatologia depressiva.

A avaliação das funções cognitivas revela que 27,4% da amostra tem deterioração cognitiva. Destes, 24,7% correspondem ao grupo dos que têm idades compreendidas ente os 50 e os 64 anos, 38,7% têm entre 65 e 74 anos e 36,6% têm 75 ou mais anos de idade (Ver Tabela 12. Avaliação cognitiva).

**Tabela 12. Avaliação cognitiva**

	Grupos de Pessoas <sup>1</sup>			Total <sup>2</sup>
	50-64 anos	65-74 anos	+75 anos	
<b>Mini mental state examination</b>				
Sem deterioração cognitiva	163 (61,7%)	68 (25,8%)	33 (12,5%)	264 (80,7%)
Com deterioração cognitiva	23 (36,5%)	24 (38,1%)	16 (25,4%)	63 (19,3%)

<sup>1</sup> % relativo à frequência na categoria de resposta

<sup>2</sup> % relativo à frequência na totalidade

A avaliação da sintomatologia depressiva foi apenas analisada nos sujeitos que obtiveram uma pontuação igual ou superior a 15 no Mini Mental State Examination (n=261) (Ver Tabela 13. Avaliação dos estados depressivos). Esta evidência que 26,8% da amostra tem depressão moderada ou severa. Os dados revelam ainda que a totalidade da amostra com idades entre os 50 e os 64 anos e com mais de 75 anos apresentam sinais de depressão. Verifica-se também que dos que têm uma provável depressão moderada, 37,8% pertencem ao grupo de indivíduos com mais de 75 anos de idade.

**Tabela 13. Avaliação dos estados depressivos**

	Grupos de Pessoas <sup>1</sup>			Total <sup>2</sup>
	50-64 anos	65-74 anos	+75 anos	
<b>Escala Depressão Geriátrica</b>				
Sem depressão	0 (0,0%) <sup>3</sup>	1 (1,3%)	0 (0,0%)	1 (0,4%)
Depressão ligeira	113 (75,8%)	56 (74,7%)	21 (56,8%)	190 (72,8%)
Depressão moderada	35 (23,5%)	15 (20,0%)	14 (37,8%)	64 (24,5%)
Depressão severa	1 (0,7%)	3 (4,0%)	2 (5,4%)	6 (2,3%)

<sup>1</sup> % relativo à frequência na categoria de resposta

<sup>2</sup> % relativo à frequência na totalidade

<sup>3</sup> A utilização da *Escala de Depressão Geriátrica* no grupo dos 50-64 anos permitiu a comparação com os outros grupos de idades

### 3.2.6. Utilização de Serviços de Saúde e Sociais

Verifica-se que os tratamentos de saúde exercidos por profissionais prestados à população no prazo de sete dias são pouco frequentes. Os tratamentos de saúde mais frequentemente solicitados para terapia respiratória são as nebulizações, representando 2,1% do total da amostra. Observa-se que 7,1% da amostra requereu a monitorização e vigilância de enfermagem para medição da tensão arterial e 1,2% para medição de glicemia. Verifica-se ainda que 1,5% da amostra requereu tratamentos intravenosos. Quanto às terapias da saúde, 9,2% fez fisioterapia, sendo que destes, 54,8% pertencem ao grupo com idades entre os 50 e os 64 anos.

Relativamente aos serviços sociais são igualmente pouco utilizados pela amostra, verificando-se que 0,6% usufruiu de Serviço de Apoio Domiciliário nos últimos 7 dias e 0,9% que usufruiu do Centro de Dia ou de Convívio (Ver Tabela 14. Taxas de utilização de serviços de saúde e sociais).

**Tabela 14. Taxas de utilização de serviços de saúde e sociais**

Tratamentos de saúde	Grupos de Pessoas			Total
	50-64 anos	65-74 anos	+75 anos	
<b>Terapia respiratória</b>				
Oxigénio	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (100%)	3 (0,9%)
Nebulizações	3 (42,9%)	2 (28,6%)	2 (28,6%)	7 (2,1%)
Ventilação não-invasiva	1 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)
<b>Cuidados e tratamentos</b>				
Úlceras de pressão	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Úlceras de perna	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Feridas cirúrgicas	1 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)
Escoriações	0 (0,0%)	1 (100%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)
Mudança de sonda vesical	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Mudança de sonda nasogástrica	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
<b>Monitorização de enfermagem</b>				
Diurese	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Tensão arterial	12 (50,0%)	8 (33,3%)	4 (16,7%)	24 (7,1%)
Glicemia capilar	1 (25,0%)	3 (75,0%)	0 (0,0%)	4 (1,2%)
<b>Cuidados de osteomia</b>				
Traqueostomia	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Gastrostomia percutânea	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Colostomias	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Nefrostomias	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Tratamentos intravenosos	2 (40,0%)	3 (60,0%)	0 (0,0%)	5 (1,5%)
Transfusões de sangue	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
<b>Tratamentos programados</b>				
Diálise	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)	1 (0,3%)
Quimioterapia	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0 (%)	2 (0,6%)
Radioterapia	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Tratamento de álcool/ drogas	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Outros (hidroterapia)	1 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)
<b>Terapia de saúde</b>				
Fisioterapia	17 (54,8%)	7 (22,6%)	7 (22,6%)	31 (9,2%)
<b>Serviços sociais</b>				
SAD	1 (50,0%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)	2 (0,6%)
CD/ Convívio	1 (33,3%)	0 (0,0%)	2 (66,7%)	3 (0,9%)

<sup>1</sup> % relativo à frequência na categoria de resposta

<sup>2</sup> % relativo à frequência na totalidade

### 3.2.7. Análise acerca Abuso e Negligência

A avaliação da violência e maus tratos contra a pessoa idosa revela que 11,0% do total da amostra foi, no último ano, vítima de agressão psicológica, 2,7% sofreram abuso económico e 1,5% admitiram sofrer agressão física. Dos que sofreram agressão económica, 55,6% correspondem ao grupo da amostra com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos. Verifica-se ainda que 6,6% da amostra evidenciam indicadores de negligência visíveis (Ver Tabela 15. Avaliação da violência e maus-tratos contra a pessoa idosa).

**Tabela 15. Avaliação da violência e maus-tratos contra a pessoa idosa**

Risco de abuso (por tipologia)	Grupos de Pessoas			Total
	50-64 anos	65-74 anos	+75 anos	
Indicador de Agressão Psicológica	21 (58,3%)	12 (33,3%)	3 (8,3%)	36 (11,0%)
Indicador de Abuso Económico	4 (44,4%)	5 (55,6%)	0 (0,0%)	9 (2,7%)
Indicador de Abuso Físico				
por auto-relato	2 (40,0%)	2 (40,0%)	1 (20,0%)	5 (1,5%)
por observação directa	0 (0,0%)	4 (100%)	0 (0,0%)	4 (1,2%)
Indicador de Negligência	8 (42,1%)	7 (36,8%)	4 (21,1%)	19 (6,6%)

<sup>1</sup> % relativo à frequência na categoria de resposta

<sup>2</sup> % relativo à frequência na totalidade

### 3.2.8. Análise da Qualidade de Vida e Desenvolvimento Social

Através da escala de ocupação do tempo é possível verificar que 21,4% do total da amostra realiza trabalho remunerado. Destes, 88,2% realiza-o diariamente e na sua maioria são pessoas com idades compreendidas entre os 50 e os 64 anos. No entanto, verifica-se ainda que dos que trabalham todos os dias, 3,3% têm mais de 75 anos de idade. As actividades agrícolas ou a criação de animais são realizadas por 52,5% da amostra. Destes, 75,0% realiza esta actividade diariamente. Este facto verifica-se em 60,2% dos indivíduos que têm entre 50 e 64 anos, em 26,0% dos que têm entre 65 e 74 anos e em 13,8% dos sujeitos com mais de 75 anos. O trabalho doméstico é efectuado por 63,0% da mostra. É de salientar que não realiza trabalho doméstico 28,8% da amostra com idades entre os 50 e os 64 anos, 44,1% dos que têm entre 65 e 74 anos e por 54,9% da amostra com mais de 75 anos. As actividades sociais são efectuadas por 95,8% da amostra, sendo que destes, 81,5% realiza-as todos os dias. Dos que realizam esta actividade diariamente, 59,5% têm correspondem ao grupo com idades entre os 50 e os 64 anos. Quanto às actividades culturais e de lazer, apenas 20,1% da amostra as realiza. Destas, 66,7% apenas as fazem algumas vezes por ano. As actividades desportivas são praticadas por 41,1% da amostra. Os indivíduos que têm idades entre os 50 e os 64 anos, na maioria, praticam desporto com uma frequência semanal, enquanto que, os que têm idades entre os 65 e os 74 anos, geralmente praticam-na diariamente. Verifica-se ainda que da amostra que realiza actividades desportivas todos os dias, 15,3% corresponde a indivíduos com mais de 75 anos

Tabela 16. Escala de ocupação do tempo

	Grupos de Pessoas			Total <sup>1</sup>
	50-64 anos	65-74 anos	+75 anos	
<b>Trabalho remunerado</b>				
Raramente	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	2 (2,9%)
Algumas vezes/ano	0 (0,0%)	2 (100%)	0 (0,0%)	2 (2,9%)
½ vezes mês	1 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,5%)
Semanalmente	3 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (4,4%)
Todos os dias	52 (86,7%)	6 (10,0%)	2 (3,3%)	60 (88,2%)
<b>Actividades agrícolas</b>				
Raramente	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	2 (1,2%)
Algumas vezes/ano	4 (57,1%)	1 (14,3%)	2 (28,6%)	7 (4,3%)
½ vezes mês	3 (37,5%)	1 (12,5%)	4 (50,0%)	8 (4,9%)
Semanalmente	16 (66,7%)	6 (25,0%)	2 (8,3%)	24 (14,6%)
Todos os dias	74 (60,2%)	32 (26,0%)	17 (13,8%)	123 (75,0%)
<b>Trabalho doméstico</b>				
Raramente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Algumas vezes/ano	7 (50,0%)	6 (42,9%)	1 (7,1%)	14 (6,9%)
½ vezes mês	3 (60,0%)	1 (20,0%)	1 (20,0%)	5 (2,5%)
Semanalmente	7 (43,8%)	3 (18,8%)	6 (37,5%)	16 (7,9%)
Todos os dias	113 (67,3%)	40 (23,8%)	15 (8,9%)	168 (82,8%)
<b>Actividades sociais</b>				
Raramente	1 (50,0%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)	2 (0,7%)
Algumas vezes/ano	2 (40,0%)	2 (40,0%)	1 (20,0%)	5 (1,7%)
½ vezes mês	0 (0,0%)	1 (100%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)
Semanalmente	27 (56,2%)	9 (18,8%)	12 (25,0%)	48 (15,8%)
Todos os dias	147 (59,5%)	71 (28,7%)	29 (11,7%)	247 (81,5%)
<b>Actividades culturais e de lazer</b>				
Raramente	3 (42,9%)	3 (42,9%)	1 (14,3%)	7 (10,6%)
Algumas vezes/ano	30 (68,2%)	10 (22,7%)	4 (9,1%)	44 (66,7%)
½ vezes mês	4 (80,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	5 (7,6%)
Semanalmente	4 (80,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	5 (7,6%)
Todos os dias	3 (60,0%)	1 (20,0%)	1 (20,0%)	5 (7,6%)
<b>Actividades desportivas</b>				
Raramente	2 (66,7%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)	3 (2,2%)
Algumas vezes/ano	7 (63,6%)	0 (0,0%)	4 (36,4%)	11 (8,2%)
½ vezes mês	8 (57,1%)	2 (14,3%)	4 (28,6%)	14 (10,4%)
Semanalmente	33 (70,2%)	13 (27,7%)	1 (2,1%)	47 (35,1%)
Todos os dias	32 (54,2%)	18 (30,5%)	9 (15,3%)	59 (44,0%)
<b>Actividades educativas e formativas</b>				
Raramente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Algumas vezes/ano	8 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (80,0%)
½ vezes mês	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Semanalmente	2 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (20,0%)
Todos os dias	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
<b>Trabalho de voluntariado</b>				
Raramente	2 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (9,5%)
Algumas vezes/ano	5 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (23,8%)
½ vezes mês	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Semanalmente	10 (90,9%)	1 (9,1%)	0 (0,0%)	11 (52,4%)
Todos os dias	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0 (0,0%)	3 (14,3%)
<b>Apoio informal</b>				
Cuida de alguém dependente	30 (75,0%)	8 (20,0%)	2 (5,0%)	40 (11,9%)
Raramente	0 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Algumas vezes/ano	1 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (2,5%)
½ vezes mês	2 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (5,0%)
Semanalmente	1 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (2,5%)
Todos os dias	26 (72,2%)	8 (22,2%)	2 (5,6%)	36 (90,0%)
<b>Grau de parentesco</b>				
Cônjuge/companheiro	4 (50,0%)	3 (37,5%)	1 (12,5%)	8 (22,2%)
Filho/a	6 (75,0%)	1 (12,5%)	1 (12,5%)	8 (22,2%)
Nora/genro	1 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (2,8%)
Irmão/irmã	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	3 (8,2%)
Tio/a	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Sobrinho/a	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0 (50,0%)	2 (5,6%)
Amigo/a	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Pais	7 (87,5%)	1 (12,5%)	0 (%)	9 (22,0%)
Sogros	3 (100%)	0 (%)	0 (%)	3 (8,2%)
Vizinhos	3 (100%)	0 (%)	0 (%)	3 (8,2%)

<sup>1</sup>% calculada do total que realiza as actividades

As actividades educativas e formativas são efectuadas somente por 3,0% da amostra, sendo na sua totalidade realizadas por pessoas com idades compreendidas entre os 50 e os 64 anos com uma frequência de algumas vezes por ano (80,0%), e semanalmente (20,0%). O trabalho de voluntariado é unicamente executado por 6,3% da amostra. Destes, 85,7% é representado pelos indivíduos com idades entre os 50 e os 64 anos. Em 52,4% das vezes o trabalho de voluntariado é realizado semanalmente.

Verifica-se que 11,9% da amostra cuida de alguém dependente. Destes sujeitos, verifica-se que a totalidade dos cuidadores informais que têm entre 65 a 74 anos e mais de 75 anos, realizam esta tarefa com uma frequência diária (todos os dias). Dos que prestam apoio informal todos os dias, 72,2% têm idades entre os 50 e os 64 anos. Quanto ao grau de parentesco, a maioria dos sujeitos presta cuidados ao cônjuge/companheiro (22,2%), filhos (22,2%) e pais (22,2%). Observa-se ainda que a maioria dos que têm idades entre os 50 e os 64 anos cuidam dos filhos e/ou dos pais, e os que têm entre 65 e 74 anos na maioria cuida do cônjuge/ companheiro (Ver Tabela 16. Escala de ocupação do tempo).

Através da análise da escala da qualidade de vida é possível verificar que em geral os sujeitos com idades compreendidas entre os 50 e os 64 anos é a que está mais satisfeita nos quatro domínios (físico, psicológico, social e ambiental) apresentando por vezes valores muito próximos do máximo: 100. A amostra com mais de 75 anos é a que menos está satisfeita com a vida, apresentando valores relativamente baixos no domínio físico e social, assim como a amostra com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos que apresentam valores mais baixos nestes domínios. Em geral a satisfação é menor nos domínios da saúde e social e maior nos domínios psicológico e ambiental (Ver Tabela 17. Resultados em termos de qualidade de vida (por domínios) da totalidade da amostra).

**Tabela 17.** Resultados em termos de qualidade de vida (por domínios) da totalidade da amostra

	Grupos de Pessoas		
	50-64 anos	65-74 anos	+75 anos
<b>Domínio 1 – Físico</b>			
Média	52,4	46,3	38,5
Mínimo	0,0	0,0	5,9
Máximo	100,0	94,1	70,6
<b>Domínio 2 – Psicológico</b>			
Média	58,9	54,6	51,3
Mínimo	9,0	0,0	9,0
Máximo	100,0	100,0	90,9
<b>Domínio 3 – Social</b>			
Média	55,4	49,1	44,5
Mínimo	0,0	0,0	12,5
Máximo	100,0	75,0	62,5
<b>Domínio 4 – Ambiental</b>			
Média	70,1	66,1	66,3
Mínimo	0,0	9,1	31,8
Máximo	100,0	90,9	81,8

#### 4. CARACTERIZAÇÃO DE PERFIS CRÍTICOS

No sentido de analisar com maior pormenor os perfis de potenciais utentes de programas e/ou serviços promovidos pela Câmara Municipal de Guimarães, realizou-se uma análise de sete perfis diferentes, identificados na análise global por áreas (Ver ponto 3. Análise de Resultados).

**Tabela 18.** Taxas de prevalência encontradas para os principais problemas

Perfil identificado	Critério	Variáveis associadas ao perfil
1. Vulnerabilidade Social	≥13 <i>Escala de Gijon</i>	(1) Mulheres 68,2% (2) Rendimentos: desde a pensão do sistema contributivo até à pensão social 63,6% (3) Inactividade laboral 95,5%
2. Inactividade Laboral <sup>1</sup>	Item discreto <i>Escala de Ocupação do Tempo</i>	(1) Mulheres 54,8% (2) Casados 83,9% (3) Ensino Primário ou inferior 71,5% (4) Cuidadores 15,6 %
3. Dependência ABVD <sup>2</sup>	<i>Índice de Katz</i>	(1) Mulheres 60,9% (2) Mais de 75 anos 65,2% (3) Com SAD 4,8%
4. Cuidadores Informais	Item discreto <i>Escala de Ocupação do Tempo</i>	(1) Mulheres 62,5% (2) De 50 a 64 anos 75,0%
5. Diabetes ou cerebrovascular (auto-avaliada)	Item discreto <i>Escala de Cormobilidade de Charton</i>	(1) De 50 a 64 anos 34,3 %   De 64 a 65 anos 38,6 (2) Monitorização Tensão arterial 10,1%   Glicemia Capilar 5,8 %
6. Deterioração cognitiva	<i>Mini avaliação do Estado Mental</i>	(1) Vive sozinho 13,0% (2) No caso de necessidade pede ajuda aos filhos 69,5%  Entidades formais 11,0%
7. Problemas de depressão	<i>Escala de Depressão Geriátrica</i>	(1) Vive sozinho 13,0% (2) No caso de necessidade pede ajuda aos filhos 63,2%  Cônjuge 31,1%

<sup>1</sup> Corresponde aos sujeitos que estão em idade activa (entre os 50 e 65 anos) e não estão a desempenhar uma actividade laboral (trabalho remunerado)

<sup>2</sup> Actividades de Vida Diária Básicas

Em primeiro lugar é analisado o perfil das pessoas em situação de vulnerabilidade, que corresponde a um total de 7,1% da amostra. Observa-se que as pessoas em vulnerabilidade social são na sua maioria mulheres, com poucos rendimentos, e em situação de inactividade laboral.

Cerca de 64,2% da amostra com idade inferior a 65 anos encontra-se em situação de inactividade laboral. Da análise da tabela 18 verifica-se que dos sujeitos que se encontram em situação de inactividade laboral, mais de metade são mulheres, casadas e com um grau de escolaridade igual ou inferior a quatro anos. Observa-se ainda que desta amostra, 15,6% são cuidadores informais.

Daqui emerge a necessidade de promover a formação profissional na área do cuidado informal entre cuidadores actuais e potenciais cuidadores, pois apesar do número de cuidadoras informais ser relativamente baixo considera-se suficientemente relevante para tomar medidas nesta matéria, uma vez que, um número significativo desta amostra poderá no futuro vir a prestar cuidados informais aos seus familiares.

Verifica-se também que os indivíduos com dificuldades na realização de actividades quotidianas básicas e que não utilizam recursos como por exemplo, o Serviço de Apoio Domiciliário são na sua maioria do sexo feminino e têm mais de 75 anos de idade.

Observa-se ainda que nem toda a totalidade desta amostra possui instalação de gás, água canalizada, água quente, aquecimento, máquina de lavar roupa e telefone. O facto de não recorrerem a meios exteriores para colmatar a dificuldade na realização das actividades do dia a dia pode dever-se ao desconhecimento da existência destes organismos ou então, por serem inacessíveis. Os dados revelam que 11,9% da amostra é cuidadora informal. Observa-se que na maioria são mulheres e têm idades compreendidas entre os 50 e os 64 anos.

Geralmente esta amostra habita em casas construídas entre 1951 e 1980 (35,0%), mas uma parte significativa (32,5%) habita em casas construídas entre 1901 e 1950. No que diz respeito aos equipamentos, salienta-se que parte desta amostra não tem água canalizada, água quente, aquecimento, máquina de lavar roupa e telefone, equipamentos essenciais para quem cuida de alguém dependente no seu domicílio.

Verifica-se que 20,6% da amostra tem diabetes e ou doença cerebrovascular. O perfil desta população corresponde ao de ser mulher, ter entre 65 e 74 anos de idade e de apenas uma pequena minoria fazer a monitorização da tensão arterial e da glicemia capilar. Estes dados revelam a baixa monitorização de factores de risco para estas patologias.

A análise cognitiva à amostra indica que 27,4% tem deterioração cognitiva. O perfil desta população é o de não viver sozinho (apesar de em 13,0% dos casos se verificar que vivem sós), de recorrerem na maior parte das vezes à ajuda dos filhos em caso de necessidade (69,5%) e em 11,0% dos casos recorrem a entidades formais o apoio.

Observa-se que 26,8% da amostra tem diagnóstico de provável depressão moderada a severa. Quanto ao seu perfil, na sua maioria não reside sozinho e no caso de necessitarem de ajuda recorrem aos filhos (63,2%), ao cônjuge (31,1%), a vizinhos e amigos ou a entidades formais.

## 5. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

As estratégias de intervenção propostas neste relatório têm em consideração cinco contribuições diferentes, (i) os resultados relativos aos perfis de necessidades da população do concelho de Guimarães que foram desenvolvidos nos Pontos 3 e 4, (ii) os contributos do Plano de Desenvolvimento Local do Concelho de Guimarães, (iii) a literatura internacional em termos de estratégias de intervenção e de inovação em programas e serviços gerontológicos, (iv) as linhas de financiamento actualmente abertas e que podem suportar algumas destas medidas, e por último, (v) as experiências inovadoras em vários locais de Portugal ou do estrangeiro. São delineadas sete blocos de medidas que irão ser descritas.

### 5.1. Rastreio e Monitorização de Condições de Saúde

Condições de saúde frágeis são mais prováveis entre as pessoas idosas, sendo uma consequência do próprio processo de envelhecimento (Kennie, 1993), e de facto os resultados mostram uma presença de comorbilidade maior na faixa dos que têm 75 e mais anos (ver Ponto 3.2.3 Indicadores de Saúde Física). Isto também tem o seu reflexo na avaliação subjectiva da própria condição de saúde, traduzindo-se numa avaliação mais negativa por parte das pessoas mais idosas (ver Ponto 3.2.3 Indicadores de Saúde Física). Os indicadores de fragilidade mostram uma tendência análoga (ver Ponto 3.2.3 Indicadores de Saúde Física).

Não obstante, o foco de atenção está na utilização dos recursos de saúde e sociais. Os dados relativos à utilização dos serviços de saúde, principalmente de enfermagem mostram uma tendência de utilização reduzida sobretudo em condições onde seria necessário uma monitorização de determinadas variáveis vitais básicas como a tensão arterial e a glicemia capilar com dados globais muito reduzidos (ver Ponto 3.2.6 Utilização de serviços de saúde e sociais). Esta baixa monitorização de determinadas variáveis deve ser foco de atenção de uma das medidas propostas.

**Tabela 19. Recomendações de intervenção relativas a programas de monitorização de condições de saúde**

<b>MEDIDA 1. Aumentar o nível de monitorização de variáveis básicas de saúde</b>	
OBJECTIVOS	[1] Melhorar a monitorização das pessoas com diagnóstico de determinadas condições crónicas.
NECESSIDADES	[1] As necessidades associadas aos programas de rastreio e de monitorização são diferentes, mas de qualquer forma, pretende-se sempre a utilização racional dos serviços de saúde pelo utente.
ESTRATÉGIAS	[1] Estruturar, quando necessário, protocolos de monitorização e educação para a saúde principalmente com a colaboração de pessoal de enfermagem e outros.
DIFICULDADES	[1] O desenvolvimento das acções de monitorização das condições de saúde correspondem às <i>Unidades de Saúde Familiar</i> ou <i>Centros de Saúde</i> e não ao Sector Social.

## 5.2. Programas de Auto-Imagem e Desenvolvimento Social

Existem quatro blocos de resultados que nos permite destacar a necessidade de medidas desta natureza. O primeiro bloco evidencia os baixos índices de actividades não-produtivas desenvolvidas pelos entrevistados, onde de facto, as actividades culturais e de lazer, actividades desportivas, actividades educativas e formativas, e voluntariado tem índices definitivamente muito baixos. Entre elas destacam-se as actividades educativas e formativas com total de 3,0% de pessoas que as desenvolvem, quando este tipo de actividades está associada a melhores níveis de qualidade de vida (Hebestreit, 2008). Em segundo lugar, encontra-se elevados indicadores de depressão e de comprometimento cognitivo<sup>1</sup>, o que se interpreta como a presença de condições negativas por parte de um número significativo de pessoas. Em terceiro lugar, tem-se os dados relativos à inactividade laboral de um grupo de pessoas que a priori poderiam estar a desenvolver tarefas laborais. Em quarto lugar, os resultados relativos à qualidade de vida não são claramente elevados. Intervenções nesta área geralmente introduzem um melhor sentimento de auto-realização individual e social.

**Tabela 20. Recomendações de intervenção relativas à auto-imagem e ao desenvolvimento social**

<b>MEDIDA 2. Programas de auto-imagem e desenvolvimento social</b>	
OBJECTIVOS	[1] Melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa por meio de actividades que promovam o envelhecimento activo.
NECESSIDADES	[1] Programas de Actividade Física e Desportiva. [2] Projectos Educativos. [3] Desenvolvimento de Actividades Intergeracionais e de Animação sociocultural.
ESTRATÉGIAS	Dependente do programa concreto. [1] <i>Programas de Actividade Física e Desportiva</i> Geralmente em colaboração com IPSS ou Juntas de Freguesia propõe-se o desenvolvimento deste tipo de programas. [2] <i>Projectos Educativos e Desenvolvimento de Actividades Intergeracionais e de Animação sociocultural</i> Este tipo de programas tem uma diversidade enorme, e depende muito o seu desenvolvimento, do contexto e dos dinamizadores dos mesmos.
DIFICULDADES	[1] Normalmente o maior problema deste tipo de programas é a descentralização necessária dos mesmos, por isso uma boa interligação com organizações locais é necessária. [2] Geralmente o pagamento dos Professores de Educação Física é feito pela Câmara Municipal em projectos semelhantes. Relativamente aos <i>Projectos Educativos e Desenvolvimento de Actividades Intergeracionais e de Animação sociocultural</i> , são desenvolvidos na base do voluntariado, podendo a <i>Rede Social</i> financiar com a manutenção do espaço e/ou compra do material. [3] A participação das pessoas do sexo masculino é significativamente inferior que as do sexo feminino.

## 5.3. Prestação de Cuidados

Verifica-se que 64,2% das pessoas com idades compreendidas entre os 50 e os 64 anos estão em situação de inactividade laboral. Este valor é substancialmente mais elevado que a taxa nacional de inactividade que se situa nos 42,2% (INE, 2008). A extrapolação de dados permite identificar potencialmente a presença de 14.923 pessoas inactivas laboralmente no concelho de Guimarães entre os 50 aos 65 anos de idade, sendo que destes, 2.328 pessoas desenvolvem actividades de cuidado informal.

O perfil de pessoa cuidadora é normalmente o de uma mulher que progressivamente irá desenvolver tarefas de cuidado para as quais possivelmente não estará preparada, sobretudo porque o seu perfil de inactividade é um factor de forte predisposição para o desenvolvimento de tarefas de cuidado. Uma nota de consideração, acerca deste perfil, é o facto de em contextos de retracção económica, a procura de serviços de lares de idosos diminui devido a um maior número de mulheres com potencial de cuidadoras informais (ver ponto 1 da tabela 21 no tópico de Estratégia).

<sup>1</sup> Considerações acerca da natureza destes resultados se encontram no **Ponto 3.2.5 Avaliação do Estado Mental**.

Sendo a taxa de inactividade laboral muito elevada, a primeira estratégia é dirigida para a promoção da empregabilidade e ou formação profissional no âmbito do cuidados pessoais. Este tipo de formação profissional poderá também ser dirigida à população que se encontre em situação de inactividade laboral aumentando assim a probabilidade de incorporação ao mundo laboral em postos de trabalho de auxiliares de acção directa (ver ponto 2 da tabela 21 no tópico de Estratégia).

Por outro lado, comprovou-se que as taxas de utilização global do Serviço de Apoio Domiciliário são muito baixas (ver Ponto 3.2.6 Utilização de serviços de saúde e sociais) entre as pessoas que tem comprometidas a sua capacidade funcional em termos de ABVD, pois apenas uma pessoa nestas condições utiliza o SAD. (ver Ponto 4 Caracterização de perfis críticos). Em resumo, o SAD não apoia e quando apoia não o faz para as pessoas com maiores necessidades funcionais.

Neste sentido, todas as medidas a este nível têm por objectivo o desenvolvimento de serviços que apoiem o conceito de *continuum* do cuidado e assegurar programas e serviços que proporcionem a co-responsabilização no cuidado entre o sistema formal e o informal. Em todo caso a finalidade deste serviço passa por apoiar esta população sem que seja necessário a institucionalização, primando pela independência do idoso e pela sua manutenção no meio familiar.

**Tabela 21. Recomendações de intervenção relativas à promoção de cuidados**

<b>MEDIDA 3. Promover a formação em ‘Cuidados’</b>	
OBJECTIVOS	[1] Aumentar as competências de cuidado por parte dos cuidadores informais sobretudo de aqueles que venham a usufruir de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) (ver ponto 1 da tabela no tópico de Estratégia) [2] Desenvolver tipos de formação por competências das pessoas que possam vir (ou estão) a desenvolver tarefas de cuidado formal em equipamentos gerontológicos (ver ponto 2 da tabela no tópico de Estratégia)
NECESSIDADES	[1] A maioria do cuidado prestado é a nível de cuidado informal, e no caso do presente estudo, apresenta uma tendência muito acentuada. Este tipo de cuidado provoca sobrecarga dos cuidadores e o internamento precoce das pessoas idosas em lares. A alternativa a este modelo é um tipo de cuidado comunitário que promova a manutenção da pessoas idosas no seu domicílio e que responsabilize as famílias cuidadoras das pessoas idosas dependentes. Para isso são necessárias duas medidas: (i) aumento do SAD prestado de forma intensiva, e (ii) formação do cuidador paralelo ao desenvolvimento de cuidados comunitários. [2] Por outro lado, um dos poucos sectores em crescimento em termos de criação de postos de trabalho é a área dos cuidados pessoais e para este sector em crescimento é necessário desenvolver estratégias de formação por competências.
ESTRATÉGIAS	[1] A formação para cuidadores informais ou potenciais cuidadores informais sem pretensão de incorporação ao mercado laboral deverá ser de curta duração (máximo 30 horas), ser personalizada, e deverá depender de uma avaliação inicial realizada aos futuros formandos para melhor conhecer a sua situação. É igualmente importante que a formação inclua um módulo acerca da utilização de recursos sociais. [2] A formação para potenciais cuidadores formais deverá ser mais longa (mais de 300 horas), baseada em critérios e, os conteúdos abordados devem ser estandardizados.
DIFICULDADES	[1] Os cuidadores informais não mostram atracção por este tipo de programas de formação, mas sua inclusão tem mostrado resultados significativos na prevenção da sobrecarga do cuidador, na melhor utilização de serviços sociais de apoio, assim como uma melhor qualidade de vida por parte do receptor de cuidados.
<b>MEDIDA 4. Desenvolver um Serviço de Apoio Domiciliário que apoie o <i>continuum</i> de Cuidados</b>	
OBJECTIVOS	[1] Aumentar a oferta de SAD [2] Selecção mais adequada dos utentes de SAD dando prioridade àqueles que têm deficits funcionais ao nível das <i>Actividades de Vida Diária</i> .
NECESSIDADES	[1] As taxas de SAD para uma comunidade devem aproximar-se dos 10%.
ESTRATÉGIAS	[1] Apoiar a criação de um SAD, aumentando assim a taxa de cobertura. [2] Monitorizar o tipo de utentes que o SAD presta apoio para controlar o padrão de prestação de serviços que se dirige à população. [3] Criação de sistemas de informação de apoio as pessoas e as suas famílias acerca do tipo de ajudas existentes na comunidade que permita a manutenção das pessoas idosas com dependência no seu meio habitual.
DIFICULDADES	[1] O tipo de financiamento do SAD faz com que não se favoreça o atendimento a pessoas mais dependentes, o que obriga a uma maior sobrecarga de trabalho sem nenhum acréscimo de financiamento.

#### 5.4. Situações de Vulnerabilidade Social

Existe um conjunto de problemáticas complexas associadas a situações de vulnerabilidade social que devem ser um bloco de atenção prioritário por parte dos agentes sociais do Concelho de Guimarães. O cálculo da prevalência deste tipo de problema aponta para aproximadamente 4.026 pessoas na população do Concelho de Guimarães que poderão estar nesta condição, das quais possivelmente 2.335 sejam propriamente idosas (maiores de 65 anos). Este número de pessoas em vulnerabilidade social corresponde a 7,1% dos sujeitos com idades superiores a 50 anos, mas que tem uma representação maior nos sujeitos mais idosos (maior de 75 anos), com um 21,7% do total da amostra. Acredita-se que este tipo de vulnerabilidade está associada a presença de reduzidos recursos económicos por parte das pessoas idosas assim como a presença de uma elevada situação de co-habitação intergeracional. Estes resultados podem ser verificados no Ponto 3.2.1, e no Ponto 4.

Nesta amostra, não se assiste a um número elevado de condições habitacionais muito degradadas nomeadamente com problemas como a falta de electricidade, nem a presença de redes sociais que ponham em causa o cuidado da pessoa se esta necessitar de apoio. No entanto, existe um número de pessoas (1,2%<sup>2</sup>) cuja situação habitacional envolveria uma intervenção habitacional necessária.

Em resumo, os problemas de vulnerabilidade social estão, a priori nesta população, associados a situações de dificuldades económicas e não tanto associados a redes sociais ou problemas habitacionais, ainda que existem situações concretas de vulnerabilidades a nível habitacional da rede social, estas vulnerabilidades não são estruturais.

Neste sentido, a estratégia de intervenção deverá ser em primeiro lugar a optimização dos ingressos económicos das pessoas idosas aportados pelo Instituto da Segurança Social em forma de pensões ou outros complementos, especialmente em termos de Complemento Solidário para Idosos. O número elevado de casos faz com que a metodologia de intervenção deva basear-se na procura, selecção e intervenção prioritária das pessoas com maiores problemáticas e de forma individual, sobretudo quando se verifica que mais de metade das pessoas idosas com vulnerabilidade social tem mais de 75 anos. Este tipo de medida é prioritária sobretudo devido a co-habitação elevada, normalmente associada a situações em que existe uma situação de dependência por parte de outras gerações dos rendimentos da pessoa idosa.

A proposta para esta medida passa pelo desenvolvimento de um sistema mais eficiente, que passe por uma metodologia de gestão de casos baseada principalmente em três princípios fundamentais: (i) responsabilização profissional individual, (ii) informação partilhada entre instituições, e (iii) monitorização de todos os casos. Recomenda-se que qualquer alteração nos procedimentos de atendimento e encaminhamento seja realizado quando se tenha efectuado uma avaliação dos casos anteriores e realizados estudos-piloto em cada tipologia de casos.

---

<sup>2</sup> Resultado do Item 3 da Escala de Gijon

**Tabela 22. Recomendações de intervenção relativas à situações de vulnerabilidade**

<b>MEDIDA 5. Promover o Complemento Solidário para Idosos entre a população potencialmente candidata</b>	
OBJECTIVOS	[1] Aumentar o número de pessoas abrangidas pelo <i>Complemento Solidário para Idosos</i> .
NECESSIDADES	[1] As pessoas, sobretudo as mais idosas, com menos literacia, e com menos rede social que não contactam de forma regular com nenhuma estrutura de apoio social devem ser proactivamente contactados pelos serviços e avaliar a potencial condição de usuário desta prestação.
ESTRATÉGIAS	[1] O papel da <i>Rede Social</i> é um papel de identificação na comunidade de todas as pessoas que potencialmente podem estar abrangidas pelo <i>Complemento Solidário para Idosos</i> . O papel do Instituto da Segurança Social é o de fornecer o atendimento específico as pessoas idosas.
DIFICULDADES	[1] A colaboração com o Instituto da Segurança Social sobretudo com a promoção de postos móveis de atendimento, ou do atendimento local em zonas mais inacessíveis para os potenciais candidatos desta medida, [2] Torna-se indispensável uma clarificação da documentação necessária a prova de rendimentos por parte dos filhos, e esta explicação ser difundida entre todos os agentes sociais locais
<b>MEDIDA 6. Criar progressivamente um Sistema de Gestão de Casos</b>	
OBJECTIVOS	[1] Desenvolvimento de um sistema mais eficiente de resolução de casos individuais por parte da Rede Social
NECESSIDADES	[1] A médio prazo a Acção Social das Câmaras Municipais assumiram algumas das competências do Instituto da Segurança Social pela acumulação de <i>know-how</i> , e da implementação de regras e procedimentos no atendimento de casos. [2] A implementação de um sistema de gestão de casos é um passo prévio à implementação de qualquer sistema de gestão informático dos casos.
ESTRATÉGIAS	[1] Criação de um sistema de identificação das pessoas mais vulneráveis que normalmente não podem recorrer à Rede Social. [2] Introdução de regras e procedimentos para atendimento de determinadas situações sociais mais estandardizadas por meio de sistemas de pré-diagnóstico, classificação e monitorização de casos.
DIFICULDADES	[1] Esta é uma medida transversal e no presente relatório está associada a resolução dos casos de vulnerabilidade social, problemas habitacionais, e abuso de pessoas idosas. [2] A sua implementação deve ser progressiva num período longo. Mas este tipo de gestão de casos é obrigatória no caso do Município desejar a implementação de Sistemas da Qualidade ISO 9001-2008 na área da Acção Social.

### 5.5. Abuso e Negligência das Pessoas Idosas

A presença de situações de potencial abuso e negligência é frequente em qualquer estudo de avaliação de necessidades. Os resultados do risco de abuso não mostram nenhuma surpresa, excepto no facto relativo à presença de pessoas próximas que consomem abusivamente álcool ou drogas ser considerado como extremamente elevado.

A posição do presente relatório será unicamente em termos de prevenção primária, e a este respeito devem ser considerados dois tipos de estratégias que tratam, em primeiro lugar, a detecção precoce de situação de abuso e, em segundo lugar, as intervenções propriamente ditas. Neste sentido, no presente relatório não foram introduzidas as intervenções realizadas por meio do Ministério Público.

**Tabela 23.** Recomendações de intervenção relativas à situações de abuso e negligência da pessoa idosa

<b>MEDIDA 7. Promover medidas de prevenção primária em situações de abuso e negligência</b>	
OBJECTIVOS	[1] Prevenir situações de abuso e negligência por parte das pessoas idosas.
NECESSIDADES	[1] Em termos de programas de intervenção em abuso e negligência é na prevenção primária que a intervenção deve ser dirigida.
ESTRATÉGIAS	[1] Identificação dos casos problemas por meio de indicação por parte dos agentes locais de <i>indicadores de abuso</i> (i) presença de equimoses em diferentes estádios na pessoa idosa; ou (ii) aspecto descuidado em termos de roupa ou higiene corporal; ou a presença de <i>factores de risco</i> como são (i) a presença de famílias com antecedentes de violência ou conflitos interpessoais ou muito isoladas do seu contexto social, (ii) coabitação por parte da pessoa idosa com uma pessoas consumidora de drogas ou abusadora de álcool e (iii) sempre que a pessoa idosa tenha problemas de capacidade funcional e/ou cognitivos.  [2] Promover a medida 4 relativamente ao SAD uma vez que são medidas preventivas de abuso e negligência.
DIFICULDADES	[1] As famílias abusadoras e negligentes usualmente não manifestam uma grande atractividade para a prestação do SAD.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Recentemente tem-se assumido a necessidade de complementar as medidas do Instituto da Segurança Social, I.P. e do Ministério da Saúde dirigidas para a terceira idade por parte das Redes Sociais e/ou das Câmaras Municipais. A mais moderna noção de inovação nas políticas sociais para a terceira idade caracteriza-se pela promoção de serviços descentralizados, desenvolvidos no âmbito local, mas com uma capacidade de resposta grande em termos de adaptação às particularidades de cada local.

Todas as medidas propostas neste relatório estão orientadas para a resolução de problemáticas concretas das pessoas idosas, e para a manutenção destas no seu contexto social normal. Assim, em primeiro lugar a Medida 4 [Desenvolver um Serviço de Apoio Domiciliário que apoie o *continuum* de cuidados] e a Medida 6 [Criar progressivamente um Sistema de Gestão de Casos] no âmbito da Rede Social e/ou Câmara Municipal, são as que se consideram prioritárias a partir dos resultados deste relatório. Em segundo lugar, algumas das medidas propostas neste relatório como a Medida 1 [Aumentar o nível de monitorização de variáveis básicas de saúde], e a Medida 2 [Programas de auto-imagem e desenvolvimento social] visam a promoção da qualidade de vida da pessoa no sentido do envelhecimento activo.

O último bloco, a Medida 5 [Promover o Complemento Solidário para Idosos entre a população potencialmente candidata], e a Medida 7 [Promover medidas de prevenção primária em situações de abuso e negligência da pessoa idosa] são destinadas a grupos concretos de pessoas idosas, nomeadamente as que apresentam baixos rendimentos, e as reais ou potenciais vítimas de maus-tratos. Com estas medidas procuramos sinalizar correctamente as situações de vulnerabilidade, e criar intervenções adequadas.

As medidas propostas neste relatório envolvem dificuldades na sua implementação. Por este motivo, a implementação de qualquer medida deve ser acompanhada de uma prévia planificação, mas flexível, e posteriormente por uma avaliação dos resultados. O constrangimento financeiro das medidas não será a maior dificuldade; existem diferentes linhas de financiamento que devem ser desenvolvidas. A maior problemática reside na construção de um novo modelo de trabalho nas medidas micro, desenvolvidas a nível local.

Não obstante, os agentes locais, de forma a complementar estas medidas propostas, podem desenvolver novas metodologias de intervenção social, nomeadamente com a introdução de tecnologias de informação e comunicação (TIC) na promoção da pessoa idosa no seu meio familiar, durante o maior período de tempo possível. As TIC constituem cada vez mais um elemento fundamental para o cuidado integrado da pessoa idosa, podendo beneficiar através de um maior acesso à informação, particularmente sobre os serviços (sociais, saúde, lazer), e profissionais disponíveis no Concelho de Guimarães.

## 7. BIBLIOGRAFIA

- ANMP (2007). Transferência de competências: Acção Social (Documento aprovado no XVII Congresso da ANMP). Ponta Delgada: ANMP. Disponível em [www.anmp.pt/anmp/age/cong/17/asocial.pdf](http://www.anmp.pt/anmp/age/cong/17/asocial.pdf) [Acesso em: 22 jun. 2008].
- Bohannon, R. (2008). Hand-grip dynamometry predicts future outcomes in aging adults. *Journal of Geriatric Physical Therapy*. 31(1): 3-10.
- Charlson M., Pompei P., Ales KL., e MacKenzie CR. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Di*. 40:373-383.
- Correia, A. (2008). *Rastreo de abuso na pessoa idosa*. Tese de Mestrado, Aveiro: Secção Autónoma de Saúde, Universidade de Aveiro. [Texto policopiado].
- Duarte, M. e Martín, I. (2008). *Escala de Escala de Ocupação do Tempo*. Porto: Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos. [Texto policopiado].
- Folstein MF, Folstein SE, e McHugh PR (1975). Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3): 189–98.
- García-González JV, Díaz-Palacios E, Salamea A, Cabrera D, Menéndez A, Fernández-Sánchez A, e Acebal V. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Aten Primaria*. 23: 434-40.
- Hebestreit, L. (2008). The Role of the University of the Third Age in Meeting Needs of Adult Learners in Victoria, Australia. *Australian Journal of Adult Learning*. 48 (3):547-565.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2008). *Anuário estatístico de Portugal*. Lisboa: INE.
- Katz S., et al. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* . 185:914-919.
- Kerr A., Syddall HE., Cooper C., Turner G., Briggs R., e Sayer A. (2006). Does admission grip strength predict length of stay in hospitalized older patients. *Age Ageing*. 35:82-84.
- Lawton, M.P., e Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 9:179-186.
- Kraan J. (1993). *Atención a las personas mayores: innovaciones importantes en tres países europeos*. Ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Mathias, S., Nayak, U.S.L., e Isaacs, B. (1986). Balance in the elderly patients: The “get-up and go” test. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 67(6): 387-389.
- Martín, I., Lopes, E. (2008). Políticas sociais gerontológicas. *Rediteia*, 41, 44-16.
- Ministério das Finanças e da Administração Pública (2008). *Orçamento do Estado: Relatório*. Lisboa: Ministério das Finanças e da Administração Pública. Disponível em <http://www.dgo.pt/oe/2008/Aprovado/Relatorio/Rel-2008.pdf> [Acesso em: 22 jun. 2008].
- Núcleo Executivo do Concelho Local da Acção Social (2007). *Plano de Desenvolvimento Social 2007-2009*. Guimarães: Rede Social do Concelho Local da Acção Social. Disponível em <http://www.cm-guimaraes.pt/files/1/documentos/PDS20072008.pdf> [Acesso em: mar. 2009].
- ONU (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*: Madrid, 8 a 12 de Abril de 2002. Disponível em <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/No2/397/54/PDF/No239754.pdf?OpenElement> [Acesso em: 22 jun. 2008].
- Paúl, M. (1992). Satisfação de vida em idosos. *Psychologica*. 8: 61-80.
- Podsiadlo D., e Richardson S. (1991). The time “Up and Go”: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 39(2):142-148.
- Rosser R, e Kind P. (1978). A scale of valuations of states of illness: is there a social consensus? *Int Epidemiol*. 7:347-58.
- Sheikh, J.I., e Yesavage, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. T.L. Brink (Ed.).165-173.
- The Whoqol Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. *Quality of Life Assesment*. *Psychol Med*. 28:551-8.