

FACULDADE DE ECONOMIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Mestrado em *Gestão e Economia da Saúde*



Ana Patrícia Ferreira Antunes

**Adequação da oferta de serviços de saúde e de apoio
face às necessidades sentidas da população idosa
do concelho de Constância**

Orientador: Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira

COIMBRA

2010

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde estima que, no ano 2000, existiam cerca de 600 milhões de pessoas no mundo com 60 ou mais anos de idade. Prevê-se que esta população atingirá proporções de 1,2 biliões, em 2025, e 2 biliões em 2050, sendo que a grande maioria destas pessoas vive nos países desenvolvidos. Nestes países, tem-se verificado que o grupo populacional com maior crescimento tem sido o de pessoas com idade superior a 80 anos. O aumento da esperança média de vida nos países desenvolvidos pode ser encarado como um resultado da combinação de diversos factores, como o crescimento económico, a mudança tecnológica, o avanço científico e a adopção de diversas políticas sociais e de saúde pública, mas tal também desafia a sociedade a adaptar-se, sobretudo de forma a promover a saúde destes idosos, procurando potenciar as suas capacidades funcionais e maximizando a sua participação na sociedade. Acompanhando a mesma tendência, assiste-se em Portugal a um processo de envelhecimento demográfico. Tendo em conta as projecções apresentadas anteriormente, percebe-se a necessidade de repensar, entre outros aspectos, a procura e a oferta de cuidados de saúde e de serviços de apoio. Os objectivos deste estudo são avaliar em que medida as características sócio-demográficas (sexo, idade, instrução e estado civil) influenciam a dependência funcional nos recursos sociais, económicos, saúde física, saúde mental e actividades da vida diária e influenciam a necessidade dos serviços de saúde e de apoio. Para além disso, pretende caracterizar a oferta destes serviços no concelho de Constância de forma a perceber se esta vai ao encontro das necessidades sentidas da sua população idosa.

A amostra é constituída por 71 indivíduos residentes no concelho de Constância. Como instrumento para colheita de dados foi utilizada a versão portuguesa do *Older American Resources and Services Program* (OARS). O tratamento estatístico dos dados obtidos foi realizado pelo programa SPSS, versão 16.0.

A caracterização da amostra permitiu apenas detectar diferenças entre o sexo e o estado civil. Para além disso, poucas foram as diferenças encontradas entre as características sócio-demográficas e as dimensões da avaliação da dependência funcional do idoso. A este nível, apenas o nível de instrução interfere com os recursos sociais, a avaliação da saúde física, da saúde mental e das actividades de vida diária. Quanto à relação entre as necessidades de serviços de saúde e de apoio e as características sócio-demográficas apenas se detectaram diferenças entre a necessidade de serviços de transporte e de medicamentos psicotrópicos e a idade relativamente à necessidade de preparação de refeições.

A todos aqueles que directa ou indirectamente contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira por tudo o que me tem ensinado, pelas oportunidades e pela orientação na busca por um caminho.

Ao Ricardo e à minha Mãe por estarem sempre ao meu lado e me apoiarem nas minhas escolhas.

*“Há uma idade na vida em que os anos passam
demasiado depressa e os dias são uma eternidade.”*

Virginia Wolf

LISTA DE SIGLAS

CEISUC (Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade deCoimbra)

INE (Instituto Nacional de Estatística)

NUTS (Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos)

OMS (Organização Mundial de Saúde)

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	6
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1 UMA TENDÊNCIA GLOBAL PARA O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO.....	10
2 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL EM PORTUGAL.....	17
2.1 PROJECCÕES FUTURAS DA POPULAÇÃO RESIDENTE EM PORTUGAL.....	24
3 A IMPORTÂNCIA DA DETERMINAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE FACE AO ENVELHECIMENTO GLOBAL.....	28
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	
1 OBJECTIVOS DO TRABALHO.....	38
2 HIPÓTESES.....	39
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	40
3.1 MODELO DE AVALIAÇÃO OARS.....	40
3.1.1 Versão portuguesa do OARS.....	41
3.1.2 Variáveis e escalas de medida.....	42
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	48
3.2.1 Caracterização do concelho de Constância.....	48
3.2.2 Amostra.....	50
3.2.3 Caracterização dos serviços de saúde e de apoio existentes no concelho de Constância.....	51
3.3 PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS.....	52
3.4 PRECEITOS ÉTICO-LEGAIS.....	53
3.5 TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS.....	53
4 ANÁLISE DOS DADOS.....	59
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	60
4.2 AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO INDIVÍDUO.....	62
4.3 UTILIZAÇÃO E NECESSIDADE SENTIDA DE SERVIÇOS.....	65
5 DISCUSSÃO.....	66
6 CONCLUSÃO.....	69

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

ANEXO I – Fonte de dados dos factores que influenciam a saúde

ANEXO II - Instrumento de colheita de dados

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1	População com idade igual ou inferior a 60 anos..... 11
Figura 2	Fecundidade total e Esperança de vida, valores mundiais: 1950-2050..... 12
Figura 3	Taxa média de crescimento anual da população total e da população com idade igual ou superior a 60 anos, valores mundiais: 1950-2050..... 13
Figura 4	População com idade igual ou superior a 80 anos, valores mundiais: 1950-2050..... 14
Figura 5	Percentagem de população com idade igual ou superior a 60 anos nas zonas urbanas e rurais, 2005..... 17
Figura 6	Pirâmide etária, Portugal, 1960..... 18
Figura 7	Pirâmide etária, Portugal, 1970..... 18
Figura 8	Pirâmide etária, Portugal, 1981..... 19
Figura 9	Pirâmide etária, Portugal, 1991..... 19
Figura 10	Pirâmide etária, Portugal, 2001..... 19
Figura 11	Saldo natural e migratório na variação da população anual, Portugal: 1970-2009..... 20
Figura 12	Taxa de fecundidade total, Portugal: 1960-2008..... 20
Figura 13	Número total de óbitos (milhares), Portugal: 1960-2004..... 21
Figura 14	Distribuição da população portuguesa por idades, Portugal: 1964-2004..... 21
Figura 15	Indicadores de envelhecimento, Portugal: 1960-2001..... 22
Figura 16	Densidade populacional, Portugal: 2001..... 23
Figura 17	Pirâmide etária da população, 1 de janeiro de 2008 e 2060 por cenários... 28
Figura 18	Determinantes da saúde..... 31
Figura 19	Esquema das hipóteses formuladas..... 39
Figura 20	Localização geográfica das freguesias do concelho de Constância..... 49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Conjugação de hipóteses nos diferentes cenários de projecção da população residente em Portugal: 2008-2060..... 26
Tabela 2	População residente em 2001 no concelho de Constância..... 49
Tabela 3	Distribuição dos entrevistadores por código e local de entrevista..... 52
Tabela 4	Distribuição da população idosa segundo as características sócio-demográficas..... 55
Tabela 5	Distribuição da população idosa de acordo com o sexo e grupo etário..... 56
Tabela 6	Distribuição da população idosa de acordo com o sexo e o nível de instrução..... 57
Tabela 7	Distribuição da população idosa de acordo com o sexo e o estado civil..... 57
Tabela 8	Distribuição da população idosa de acordo com a avaliação funcional..... 58
Tabela 9	Relação entre as características sócio-demográficas e a avaliação funcional..... 60
Tabela 10	Distribuição da população idosa de acordo com a utilização e necessidade de serviços..... 63
Tabela 11	Relação entre as características sócio-demográficas e as necessidades de serviços..... 64

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Critérios de classificação na área de recursos sociais..... 44
Quadro 2	Critérios de classificação na área de recursos económicos..... 44
Quadro 3	Critérios de classificação na área da saúde mental..... 45
Quadro 4	Critérios de classificação na área da saúde física..... 45
Quadro 5	Critérios de classificação na área de actividades de vida diária..... 46
Quadro 6	Serviços inseridos no OARS-SAQ..... 46

INTRODUÇÃO

Um dos maiores feitos da humanidade foi o aumento da esperança de vida. Este fenómeno deve-se a uma melhoria substancial nos parâmetros de saúde das populações, ainda que esta melhoria não se encontre equitativamente distribuída, nos diversos contextos sócio-económicos dos vários países. Até mesmo nos países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, chegar à velhice passa agora a ser uma aspiração natural. A população envelhecida tem, inclusivamente, crescido de forma mais rápida na maior parte dos países em desenvolvimento do que nos países desenvolvidos (Shrestha, 2000).

A Organização Mundial de Saúde estima que, no ano 2000, existiam cerca de 600 milhões de pessoas no mundo com 60 ou mais anos de idade. Prevê-se que esta população atingirá proporções de 1,2 biliões, em 2025, e 2 biliões, em 2050, sendo que a grande maioria destas pessoas (cerca de dois terços da sua totalidade) vive nos países desenvolvidos (OMS, 2008). Nestes países, tem-se verificado que o grupo populacional com um maior crescimento tem sido o de pessoas com idade superior a 80 anos. O aumento da esperança média de vida nos países desenvolvidos pode ser encarado como um resultado da combinação de diversos factores, como o crescimento económico, a mudança tecnológica, o avanço científico e a adopção de diversas políticas sociais e de saúde pública, mas tal também desafia a sociedade a adaptar-se, sobretudo de forma a promover a saúde destes idosos, procurando potenciar as suas capacidades funcionais e maximizando a sua participação na sociedade.

Acompanhando a mesma tendência, assiste-se em Portugal a um processo de envelhecimento demográfico. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), entre 1960 e 2001, o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um aumento de 140% da população idosa. As projecções de população residente em Portugal, no horizonte 2008-2060 revelam um envelhecimento continuado da população, fruto do previsível aumento da esperança de vida bem como da manutenção dos níveis de fecundidade, abaixo do limiar de substituição das gerações. A possibilidade de se verificarem saldos migratórios positivos poderá atenuar esta tendência mas não a evitará. Em qualquer dos cenários, a percentagem de idosos mantém-se superior à de jovens.

Nos últimos anos, as questões decorrentes do envelhecimento populacional tais como as de Segurança Social, pensões de reforma, financiamento e oferta dos cuidados de saúde têm originado um forte debate nos países desenvolvidos. Tendo em conta as projecções apresentadas anteriormente, percebe-se a necessidade de repensar, entre outros aspectos, a procura e a oferta de cuidados de saúde e de serviços de apoio bem como de cuidados de longo termo. Para além disso, surge a questão da inequidade no acesso aos cuidados de saúde. Sabe-se que as zonas geográficas com população mais envelhecida são aquelas com menor oferta de cuidados de saúde, dado que esta tende a concentrar-se em zonas mais urbanas. Torna-se, então, fundamental reflectir sobre como fazer chegar os cuidados necessários a essas populações.

É neste contexto que surge esta tese de dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde com o intuito de analisar a adequação da oferta de serviços de saúde e de apoio face às necessidades da população idosa do concelho de Constância.

Os objectivos deste estudo são avaliar em que medida as características sócio-demográficas (sexo, idade, instrução e estado civil) influenciam a dependência funcional nos recursos sociais, económicos, saúde física, saúde mental e actividades da vida diária e influenciam a necessidade dos serviços de saúde e de apoio. Para além disso, pretende caracterizar a oferta destes serviços no concelho de Constância de forma a perceber se esta vai ao encontro das necessidades sentidas da sua população idosa.

Para a concretização deste estudo, recorreu-se ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 16.0, para Windows Vista. Para além disso, procedeu-se a revisão bibliográfica e a consulta de publicações relacionadas com a temática do envelhecimento populacional e com o processo de determinação das necessidades em saúde como forma de adequar a oferta de serviços.

Este trabalho encontra-se estruturado em duas partes: enquadramento teórico e estudo empírico. No enquadramento teórico procede-se, num primeiro capítulo, à análise do envelhecimento populacional a nível mundial e, num segundo capítulo, a uma análise semelhante mas de âmbito nacional. Por último, explica-se o conceito de determinação das necessidades em saúde e a sua importância no processo de tomada de decisões. O estudo empírico engloba a metodologia aplicada, a análise e interpretação dos dados obtidos e a discussão dos resultados à luz da teoria pertinente. Na conclusão, realçam-se os resultados relevantes.

Espera-se contribuir com este trabalho para a compreensão da influência das características sócio-demográficas na dependência funcional nas áreas abordadas e da

importância do processo de determinação de necessidades em saúde como meio para tomar decisões orientadas para as reais necessidades do cidadão.

PARTE I

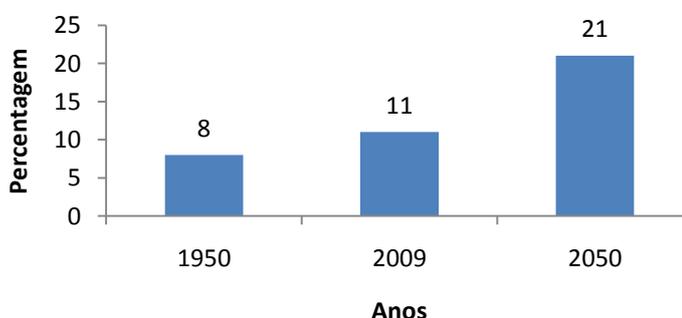
Enquadramento Teórico

1 – UMA TENDÊNCIA GLOBAL PARA O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenómeno global sem precedentes na história da humanidade. Este processo, caracterizado por um aumento da proporção das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos na população total, em detrimento da população jovem, com idade inferior a 15 anos, e/ou da população activa, afecta homens, mulheres e crianças e apresenta uma relação directa com a equidade inter e intra-gerações e com a solidariedade, como pilares da sociedade. O envelhecimento demográfico tem consequências profundas em todos os aspectos da vida humana. A nível económico, interfere no crescimento, poupanças, investimento, consumo, mercados laborais, pensões, impostos e nas transferências entre gerações; a nível social afecta, essencialmente, a procura dos cuidados de saúde, a estrutura familiar, as redes e as interacções sociais; a nível político, influencia os padrões de voto e a as tendências políticas (United Nations, 2009; Harper, 2006).

O envelhecimento populacional é um processo que tem vindo a consolidar-se. Ao longo do século XX, a proporção de pessoas idosas sobre a população total continuou a aumentar e espera-se que este padrão se mantenha no século XXI. Em 1950, a proporção de pessoas idosas a nível mundial era de 8%, em 2000 essa proporção tinha crescido para 10% e estima-se que, em 2050, esse valor aumente para 21% (Fig. 1).

Fig. 1 – População com idade igual ou superior a 60 anos



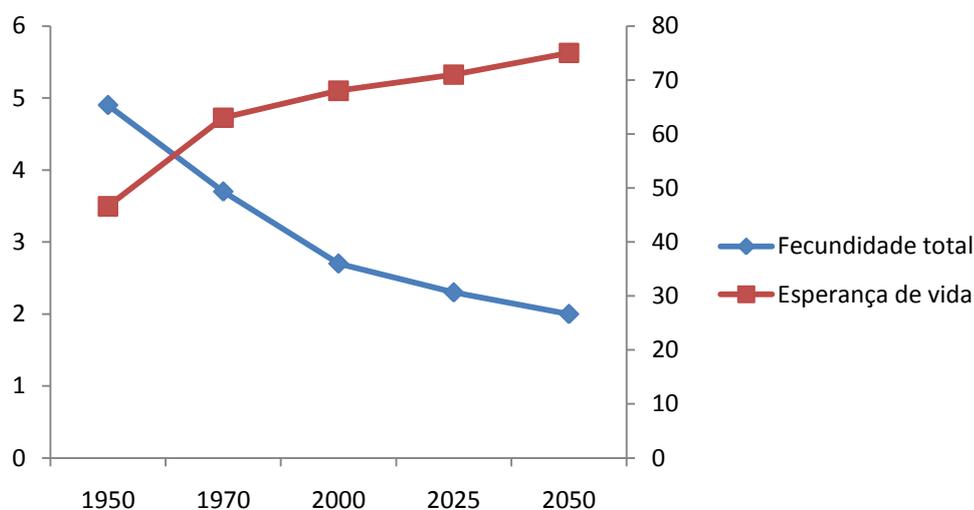
Fonte: United Nations, 2009.

Já na última metade do século XX, os países desenvolvidos assistiam a um envelhecimento inigualável da sua população. Relativamente aos países em

desenvolvimento e aos menos desenvolvidos, estima-se que nos primeiros cinquenta anos do século XXI, experimentem o mesmo processo evolutivo da estrutura etária da sua população (Harper, 2006).

O processo denominado de “transição demográfica” encontra-se subjacente ao envelhecimento populacional. Este processo caracteriza-se por uma diminuição simultânea da mortalidade e da fecundidade, transitando de valores elevados para valores significativamente mais baixos. Com excepção da África subsariana, a nível global, o envelhecimento da população é sustentado por uma diminuição continuada da fecundidade e da mortalidade. O decréscimo da fecundidade conjuntamente com o aumento da esperança de vida tem vindo a redesenhar a estrutura etária da população, transferindo o peso relativo dos grupos mais jovens para os mais idosos (Fig. 2).

Fig. 2 – Fecundidade total e Esperança de vida, valores mundiais: 1950-2050



Fonte: United Nations, 2009.

Em todo este processo, o papel dos processos migratórios na alteração da distribuição etária é considerado de menor importância face aos efeitos da diminuição da fecundidade e da mortalidade (United Nations, 2009).

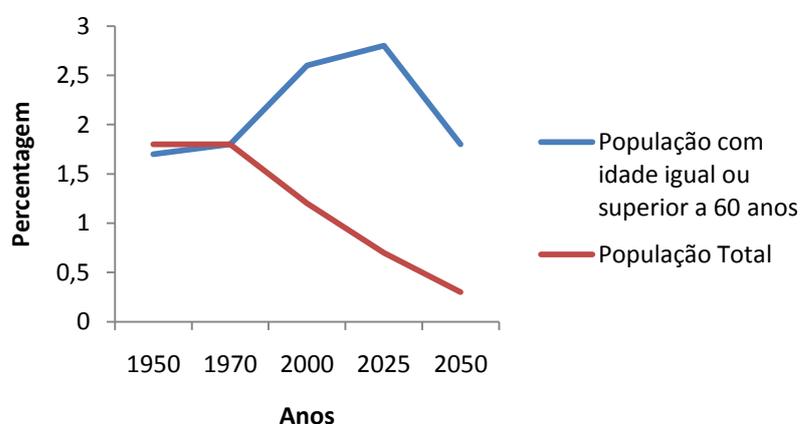
Nas últimas décadas, a esperança de vida na Europa tem sido caracterizada por um desenvolvimento sustentado embora persistam, ainda, algumas diferenças regionais. No período anterior a 2004, a esperança de vida à nascença aumentou, em média, 6,1 anos passando dos 74,2 anos, em 1980, a 80,3 em 2006 (UE15). O aumento da esperança de vida tem sido historicamente associado à diminuição da mortalidade infantil devido,

sobretudo, a um maior controlo de infecções. No entanto, nas últimas quatro décadas, o aumento da esperança de vida tem sido consequência de melhorias consideráveis na sobrevivência em idades mais elevadas. A mortalidade infantil é tão diminuta em alguns países que mesmo eventuais alterações teriam um impacto demográfico muito limitado (Bernd *et al.*, 2009). Em contraste, a taxa de fecundidade (número de nados-vivos observado durante um determinado período de tempo em relação ao efectivo médio de mulheres em idade fértil: dos 15 aos 49 anos de idade) tem diminuído de forma acentuada desde 1960, para níveis abaixo dos requeridos de forma a manter uma população com uma distribuição etária equilibrada. Ao longo de todo o século XX, a taxa de fecundidade diminuiu para metade e espera-se que essa tendência se mantenha, embora menos significativa, ao longo do século XXI. A diminuição da taxa de fecundidade tem sido o principal determinante do envelhecimento populacional (United Nations, 2009).

A conjugação de todos estes factores, isto é, do aumento da esperança de vida e da diminuição da taxa de fecundidade permitiu o aumento do número de indivíduos com idade superior a 65 anos, embora com algumas variações nas diferentes partes da Europa.

As estimativas podem ser inexactas e variáveis mas há consenso de que a esperança de vida irá aumentar ainda mais. Isso significa que a população da Europa irá tornar-se mais envelhecida (Fig. 3), com um aumento considerável da população com idade superior a 85 anos (Rechel *et al.*, 2009).

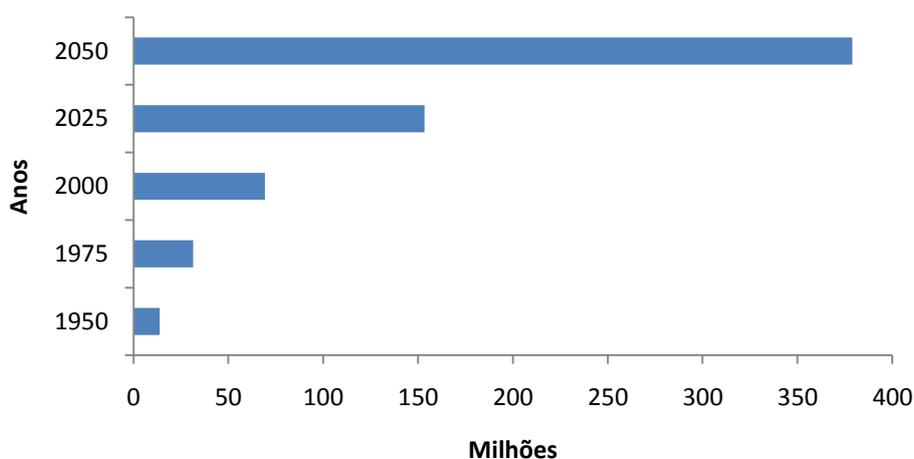
Fig. 3 – Taxa média de crescimento anual da população total e da população com idade igual ou superior a 60 anos, valores mundiais: 1950-2050



Fonte: United Nations, 2009.

Este é precisamente um dos aspectos mais notáveis do processo de envelhecimento populacional. A nível global, independentemente do nível de desenvolvimento do país, a população idosa com idade superior a 80 anos cresce de forma mais rápida que qualquer outro segmento do mesmo grupo populacional.

Fig. 4 - População com idade igual ou superior a 80 anos, valores mundiais: 1950-2050



Fonte: United Nations, 2001.

À medida que a taxa de fecundidade diminui acentuadamente, a mortalidade decresce, especialmente na população mais idosa, afectando dessa forma o envelhecimento demográfico. Nos países desenvolvidos onde as taxas de fecundidade diminutas são um facto há já algum tempo, os aumentos relativos da população envelhecida têm-se devido, essencialmente, a melhores hipóteses de sobrevivência em idades mais tardias. No entanto, persistem ainda variações significativas sobretudo a nível dos países menos desenvolvidos. Desde 1950, a esperança de vida à nascença (número médio de anos que um indivíduo pode esperar viver, se submetido, desde o nascimento, às taxas de mortalidade observadas no momento) aumentou de forma global em cerca de 20 anos, de 46,5 anos, em 1950, para 66,0 anos, em 2000. O ganho obtido na esperança de vida à nascença nos países menos desenvolvidos foi, em média, de 23,1 anos e de 9,4 anos nos países em desenvolvimento. A nível dos países desenvolvidos, as variações da esperança de vida à nascença são muito menores comparativamente com os países menos desenvolvidos. Na realidade, não só há cada vez mais pessoas a alcançar a idade idosa como os idosos tendem cada vez a viver mais. Nos países mais desenvolvidos, estima-se que a esperança de vida aos 80 anos aumente cerca de 27% até 2050. Para o mesmo

período de tempo, o aumento esperado aos 60 anos é de 19% e à nascença de 9%. De uma forma geral, a diminuição da mortalidade tem sido substancialmente maior nas mulheres comparativamente com os homens, em quase todos os grupos etários. Consequentemente, a esperança de vida à nascença para as mulheres aumentou, de uma forma geral, de 2,7 para 4,2 anos, desde 1950. Até 2050, espera-se que a vantagem relativamente aos homens aumente ligeiramente para 4,8 anos. Nos países mais desenvolvidos, no ano 2000, a tendência era para que as mulheres vivessem cerca de 7,4 anos mais que os homens. Até 2050, esta diferença tem tendência a diminuir ligeiramente para 6,1 anos.

No estudo do envelhecimento populacional, torna-se pertinente analisar o índice de dependência total. Este índice é uma medida comum de necessidades potenciais de apoio social e corresponde à relação entre a população jovem (idade inferior a 15 anos) e idosa (idade igual ou superior a 65 anos) e a população em idade activa (entre 15 e 64 anos de idade), por cada 100 indivíduos. Presume-se, com este rácio, que todos os indivíduos com idade inferior a 15 anos e idade igual ou superior a 65 anos estão de alguma forma dependentes da população activa e assume-se que os indivíduos em idade activa asseguram apoio directo ou indirecto aos indivíduos dependentes. Este apoio poder ser efectuado através da família, instituições na comunidade ou religiosas e pelo Estado. No entanto, o índice de dependência permite apenas uma aproximação ao verdadeiro valor do fardo da dependência na sociedade. Isto porque nem todas as crianças e idosos requerem apoio nem todas as pessoas em idade activa providenciam qualquer tipo de apoio a estes. Por esse motivo, este índice deve ser interpretado com alguma precaução. A nível mundial, o índice de dependência total diminuiu desde 1950 mas estima-se que aumente no futuro.

O índice de dependência dos idosos corresponde ao rácio entre os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos e os indivíduos entre os 15 e os 64 anos de idade (por 100 habitantes). Prevê-se que, até 2050, a nível mundial existam aumentos consideráveis deste rácio.

O índice de sustentabilidade potencial é uma forma alternativa de expressar a relação numérica entre aqueles que poderão ser economicamente produtivos e os que provavelmente serão dependentes. No fundo, é o inverso do índice de dependência dos idosos. Estima-se que o número de indivíduos activos por população idosa diminua de forma global cerca de 50% durante as próximas quatro décadas.

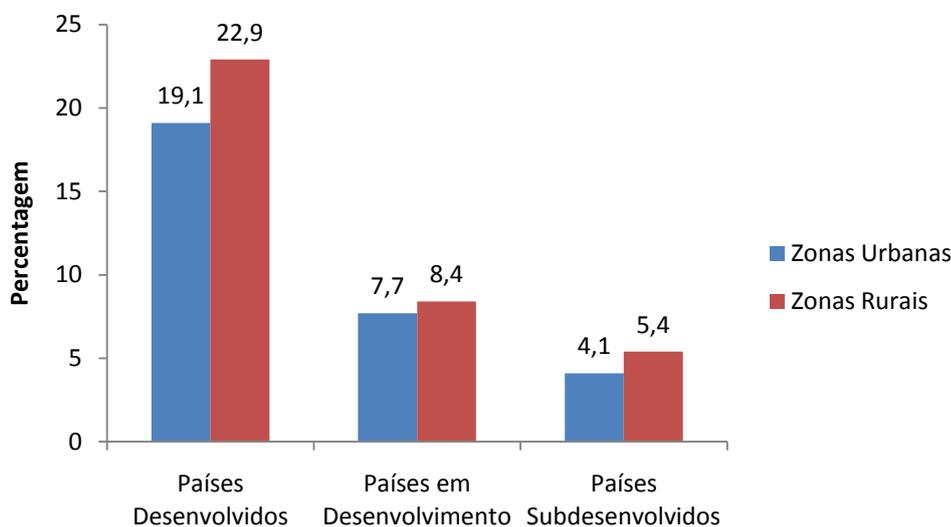
De uma maneira global, o balanço entre jovens e idosos tem vindo a alterar-se, em favor dos idosos. Estima-se que, entre 2009 e 2050, a mediana da idade da população mundial aumente cerca de 10 anos (United Nations, 2009). A mediana da idade divide a

população em duas partes iguais: uma parte com idade abaixo deste valor e outra parte com idade acima deste. De 1950 a 2009, a mediana da idade da população mundial aumentou apenas 4 anos de 24 para 28 anos. No entanto, espera-se que até 2050, este valor aumente em cerca de 10 anos, isto é, que metade da população mundial tenha idade superior a 38 anos (*Ibidem*).

O isolamento social é um dos aspectos a ter em consideração, na análise do envelhecimento demográfico, na medida em que pode afectar o bem-estar psicológico e económico dos indivíduos idosos, em especial na situação de doença ou limitações, e influencia a disponibilidade de ajuda no ambiente familiar. De uma forma geral, os homens idosos têm maior probabilidade de viver com outra pessoa do que as mulheres idosas. Essa realidade deve-se a uma combinação de factores: maior esperança de vida das mulheres, tendência dos homens casarem com mulheres mais novas e uma maior probabilidade de os homens idosos, quando enviuvam, contraírem segundo casamento (United Nations, 2009). Isso significa que os homens idosos, muito provavelmente, irão receber assistência das suas companheiras em caso de necessidade. Globalmente, estima-se que 63% da população idosa é casada embora existam diferenças marcadas entre homens e mulheres: 48% das mulheres idosas são casadas contra 80% dos homens idosos. Em média, por cada 39 homens idosos sem esposa há 100 mulheres idosas na mesma situação (*Ibidem*). A população idosa que vive só constitui uma fonte de preocupação social na medida em que poderá vir a necessitar de maior apoio na comunidade, em caso de doença ou limitações; possui maior risco de isolamento social; e poderá ter dificuldades financeiras acrescidas.

A distribuição da população idosa relativamente ao meio rural e urbano merece também uma análise. De uma forma geral, a proporção da população com idade superior a 60 anos é relativamente superior nas zonas rurais (Fig. 5). Este facto deve-se aos fluxos migratórios, das zonas rurais para as zonas urbanas, da população adulta activa o que origina um aumento da proporção destes indivíduos nas zonas urbanas e um decréscimo nas zonas rurais. Consequentemente, a proporção de indivíduos idosos no total da população nas zonas rurais aumenta (United Nations, 2009).

Fig. 5 – Percentagem da população com idade igual ou superior a 60 anos nas zonas urbanas e rurais, 2005



Fonte: United Nations, 2009.

Relativamente à instrução da população idosa, os dados indicam que nos países desenvolvidos a literacia é quase universal. No entanto, alguns países desenvolvidos no leste e no sul da Europa, continuam a registar níveis elevados de iliteracia na população idosa. No caso de Portugal, esse valor era de 20% nos dados registados em 2000 (United Nations, 2009).

Quanto à participação da população idosa em actividades laborais, de uma forma geral, esta tem diminuído para os homens e aumentado para as mulheres. Nos homens idosos, a taxa de participação na força de trabalho diminuiu de 32%, em 1980, para 28% em 2009 e estima-se que diminua para 26%, em 2020. Relativamente às mulheres idosas, a taxa aumentou 6 pontos percentuais, para 15% em 2009 e espera-se que alcance 17%, em 2020. Globalmente, estima-se que a taxa de participação no trabalho da população idosa aumente de forma pouco significativa, nos próximos anos (*Ibidem*).

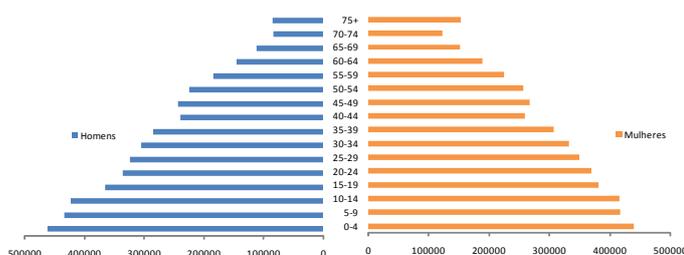
Perante estes dados, o desafio para o futuro é assegurar que todas as pessoas envelheçam com dignidade e continuem a participar na comunidade como cidadãos de pleno direito (United Nations, 2002).

2 – O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL EM PORTUGAL

Um dos maiores feitos da humanidade foi o aumento da esperança de vida. Este fenómeno deve-se a uma melhoria substancial nos parâmetros de saúde das populações ainda que esta melhoria não se encontre equitativamente distribuída, nos diversos contextos sócio-económicos dos vários países ou nas diversas regiões de um país.

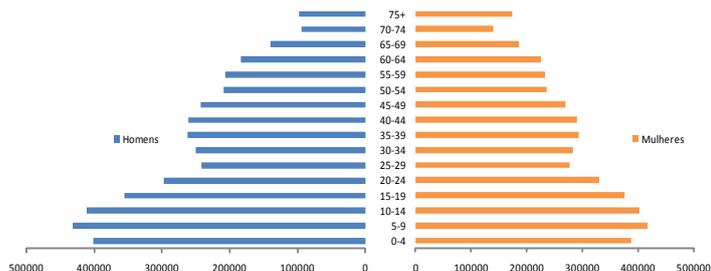
O envelhecimento demográfico tem vindo a aumentar em Portugal. O fenómeno do envelhecimento resulta da transição demográfica, normalmente definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide etária, com redução de efectivos populacionais jovens e o alargamento do topo, com acréscimo de efectivos populacionais idosos (INE, 2002). As alterações na estrutura demográfica em Portugal, são notórias na comparação das pirâmides etárias desde 1960 (fig. 6 a 10).

Fig. 6 - Pirâmide etária, Portugal, 1960



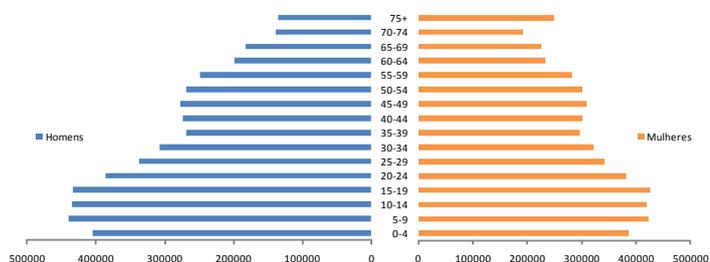
Fonte: PORDATA, 2010

Fig. 7 - Pirâmide etária, Portugal, 1970



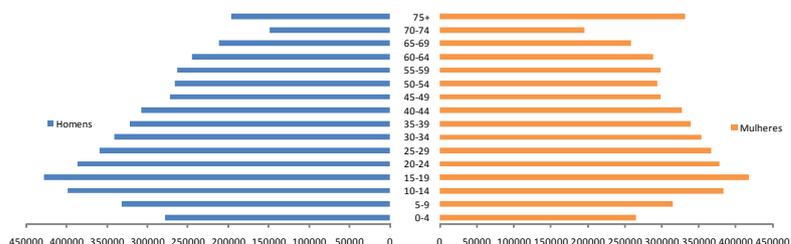
Fonte: PORDATA, 2010

Fig. 8 - Pirâmide etária, Portugal, 1981



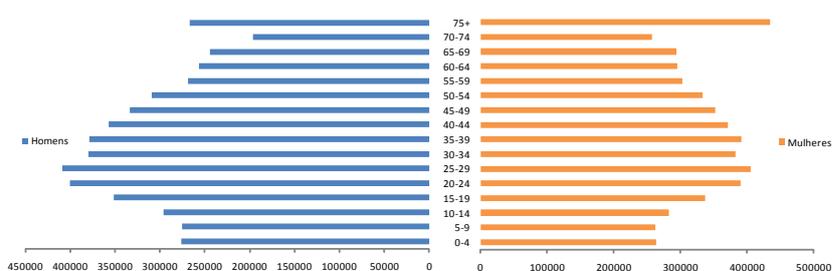
Fonte: PORDATA, 2010

Fig. 9 - Pirâmide etária, Portugal, 1991



Fonte: PORDATA, 2010

Fig. 10 - Pirâmide etária, Portugal, 2001



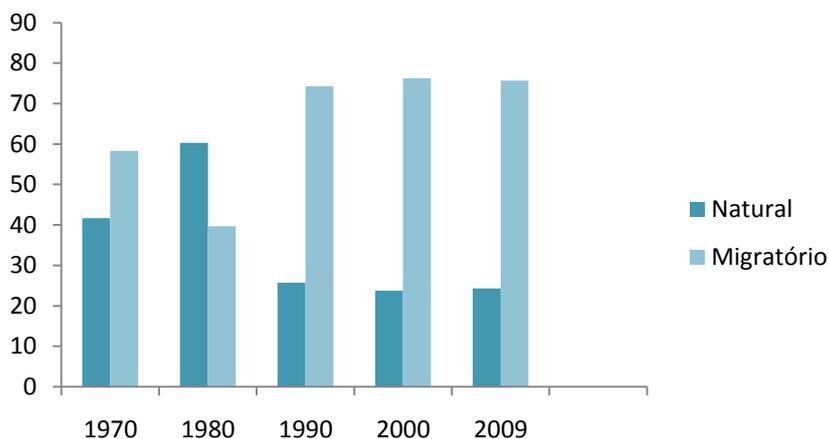
Fonte: PORDATA, 2010

O envelhecimento da população portuguesa tem vindo a acentuar-se, desde 1960, quer pela base da pirâmide etária, com diminuição da população jovem, quer pelo topo com o incremento da população idosa. A pirâmide de idades deixou de ser triangular e apresenta um estreitamento na base, em resultado da baixa fecundidade e um alargamento no topo decorrente de maior longevidade. Ao longo destes últimos anos, assiste-se ao fenómeno da “inversão” da pirâmide etária.

Nos últimos anos, Portugal tem registado um crescimento continuado da população, de acordo com um ritmo fraco e decrescente. O crescimento resulta quase exclusivamente

do saldo migratório dado que o saldo natural (diferença entre o número de nados vivos e de óbitos) observado é diminuto, sobretudo a partir de 1990 (Fig. 11).

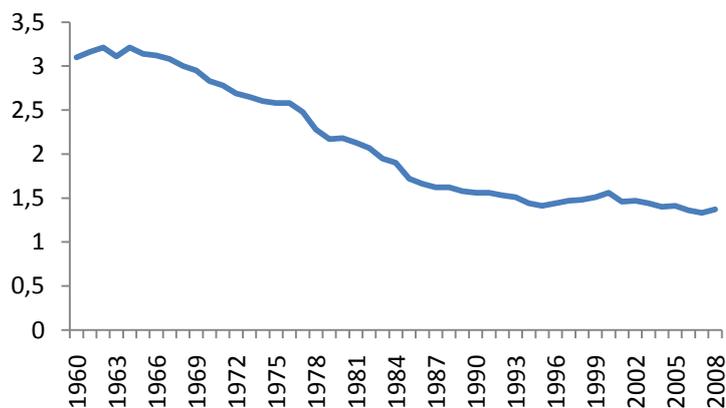
Fig. 11 – Saldos natural e migratório na variação da população anual, Portugal: 1970-2009



Fonte: PORDATA, 2010.

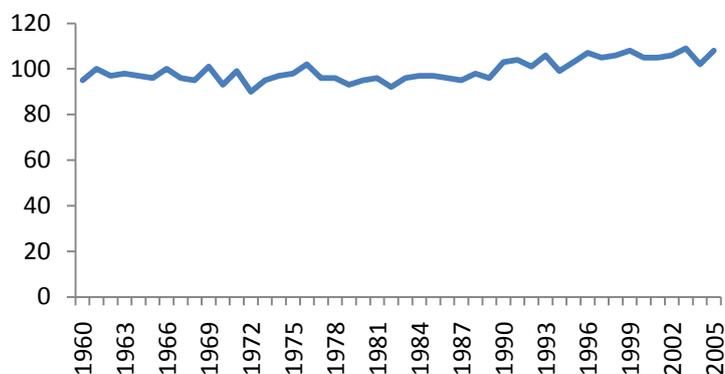
À semelhança do que acontece a nível mundial, a fecundidade permanece a níveis muito inferiores aos necessários para renovar as gerações, o número de óbitos permanece relativamente constante, a longevidade aumenta e os respectivos efeitos na composição etária da população agravam o processo do envelhecimento demográfico (Figs. 12 e 13).

Fig. 12 – Taxa de fecundidade total, Portugal: 1960-2008



Fonte: OECD Health Data, 2010.

Fig. 13 – Número total de óbitos (milhares), Portugal: 1960-2004

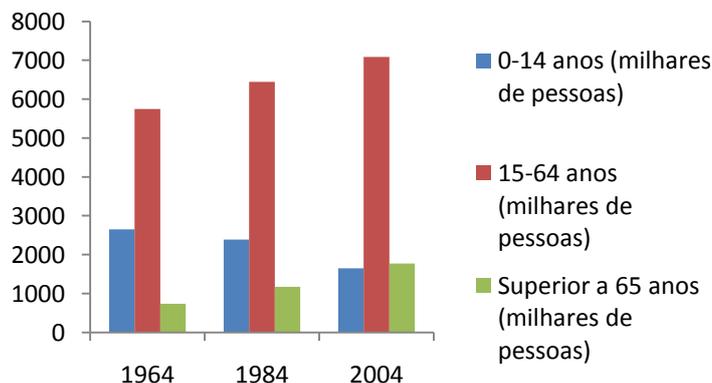


Fonte: OECD Health Data, 2010.

São muitas as variáveis demográficas responsáveis pelas mudanças observadas na estrutura da população e que determinam a intensidade do envelhecimento da população e a dimensão que a mesma observa.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2002), entre 1960 e 2001, o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem (0-14 anos) e um aumento de 140% da população idosa (idade superior a 65 anos). A proporção da população idosa, que representava 8%, em 1960, passou para 16,4%, em 2001 (data do último recenseamento da população). Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhão de indivíduos passando de 708 570, em 1960, para 1 702 120, em 2001. Esta superioridade numérica, em valores absolutos e relativos, é uma realidade já desde 1999. Nesse sentido, a figura 14 ilustra a distribuição da população portuguesa desde 1964.

Fig. 14 - Distribuição da população portuguesa por idades, Portugal:1964-2004



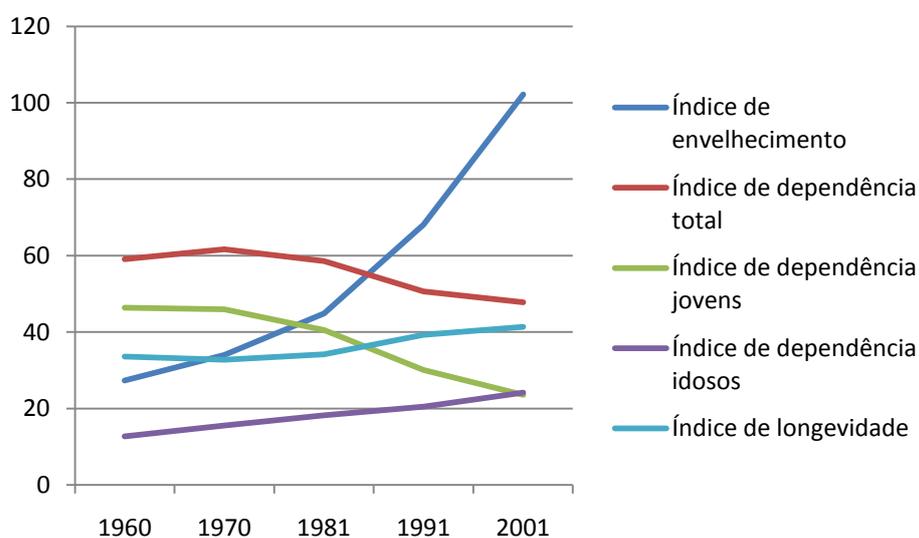
Fonte: PORDATA, 2010

Entre 1960 e 2001, a taxa média de crescimento anual da população idosa situou-se nos 2,2%, ligeiramente abaixo do mesmo indicador a nível mundial. No entanto, dentro da população idosa o ritmo de crescimento não é homogéneo. No mesmo período, a população com idade igual ou superior a 75 anos apresentou uma taxa de crescimento de 2,7% enquanto que a população com 85 ou mais anos de idade registou uma taxa de 3,5% o que revela um ritmo de crescimento mais elevado nesta última. Entre 1960 e 2001, a proporção da população com idade igual ou superior a 75 anos aumentou de 2,7% para 6,7%, do total da população. De igual forma, a proporção da população com 85 ou mais anos de idade, no mesmo período, aumentou de 0,4% para 1,5% (*Ibidem*). Estes valores não surpreendem na medida em que acompanham a tendência de evolução a nível mundial.

O envelhecimento é significativamente mais notório nas mulheres em consequência da sobremortalidade masculina. Entre 1960 e 2001, a esperança média de vida aumentou cerca de 11 anos para os homens (72,4 anos em 2001) e cerca de 13 anos para as mulheres (79,4 anos em 2001). A vantagem do sexo feminino é uma constante mas atenua-se com o avançar da idade. No entanto, os estudos do INE (2002) apontam, também, para um maior número de incapacidades na população do sexo feminino, isto é, embora as mulheres vivam mais anos do que os homens, a esperança de vida sem incapacidades é bastante mais reduzida quando comparada com o sexo oposto.

O envelhecimento da população idosa é bem retratado nos indicadores apresentados na fig. 15.

Fig. 15 – Indicadores de envelhecimento, Portugal: 1960-2001



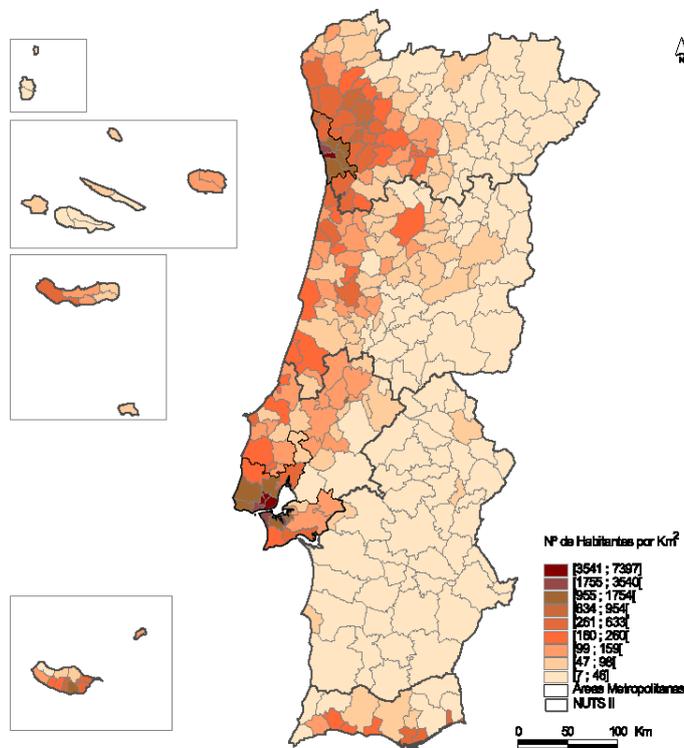
Fonte: PORDATA, 2010

Relativamente ao índice de longevidade, este indicador mede a relação entre a população com idade igual ou superior a 75 anos e a população com idade igual ou superior a 65 anos, tendo aumentado 14,1 indivíduos, desde 1960 até 2009.

Os índices de dependência permitem observar o processo de envelhecimento em Portugal. O índice de dependência total tem vindo a baixar desde 1960, devido à diminuição do número de jovens. O declínio do índice de dependência de jovens, igualmente visível na fig.15, implica, num futuro próximo, o declínio da própria população em idade activa. Relativamente ao índice de sustentabilidade potencial, de 1960 a 2001, este indicador diminuiu, em metade, de 8 para 4.

O índice de envelhecimento ultrapassou pela primeira vez os 100 indivíduos em 1999. De acordo com o INE (2002), o índice de envelhecimento aumentou de forma continuada ao longo dos últimos 40 anos, de 27 idosos por cada 100 jovens, em 1960, para 103, em 2001. É nos concelhos do interior do país que existe um maior envelhecimento populacional, ou seja, o número de idosos é superior ao dos jovens (Fig. 16).

Fig. 16 - Densidade Popacional, Portugal: 2001



Fonte: INE, 2001.

Em 2001, os resultados do Inquérito ao Emprego revelaram que, em Portugal, a maioria da população idosa era inactiva (81%), dos quais 74% homens e 86% mulheres. A diferença entre os dois sexos não surpreende na medida em que as mulheres idosas pertencem a uma geração na qual o exercício da actividade económica era essencialmente da responsabilidade do sexo masculino. No entanto, nos últimos anos, a actividade económica na população idosa tem vindo a aumentar de forma continuada. Entre 1992 e 2001, a população activa com idade igual ou superior a 65 anos aumentou 64,1%, sendo esse crescimento mais significativo nas mulheres idosas (INE, 2002). Uma vez mais verifica-se o acompanhamento da tendência a nível mundial.

Relativamente à instrução da população idosa, o nível é muito baixo, isto é, a maioria dos idosos não possui qualquer nível de instrução sendo esta característica mais acentuada nas mulheres idosas (*Ibidem*). Esta realidade é distinta da encontrada na maior parte dos países desenvolvidos sendo apenas repercutida nos países do sul da Europa.

A população idosa, em Portugal, participa de forma muito pouco significativa em organizações sociais ou culturais embora estabeleça com mais frequência relações sociais e de vizinhança. De uma forma geral, os idosos em Portugal sofrem de isolamento físico e social (INE, 2002).

2.1 –PROJECÇÕES FUTURAS DA POPULAÇÃO RESIDENTE EM PORTUGAL

As projecções de população residente em Portugal, no horizonte 2008-2060 revelam um envelhecimento continuado da população, fruto do previsível aumento da esperança de vida bem como da manutenção dos níveis de fecundidade, abaixo do limiar de substituição das gerações (INE, 2009). A possibilidade de se verificarem saldos migratórios positivos poderá atenuar esta tendência mas não a evitará. Dessa forma, o conhecimento da dimensão e da estrutura das populações torna-se fundamental para o processo de tomada de decisão. Em 2009, o INE elaborou projecções de população residente em Portugal, para o período 2008-2060, recorrendo a vários cenários de evolução da população. Os resultados reportam-se a quatro cenários:

- ✓ *Cenário central* – conjunto de hipóteses consideradas como mais prováveis face aos recentes desenvolvimentos demográficos;

- ✓ *Cenário baixo;*
- ✓ *Cenário elevado;*
- ✓ *Cenário sem migrações* – conjunto de hipóteses consideradas iguais ao cenário central embora pressupondo a não ocorrência de fluxos migratórios externos.

Para realizar este estudo, o INE considerou como população base a residente em Portugal em 1 de Janeiro de 2008, por sexo e idades.

Em cada um dos cenários, são objecto de análise três componentes diferentes que influenciam a dinâmica demográfica: a fecundidade, a mortalidade e as migrações. Relativamente à fecundidade, esta desempenha um duplo papel num contexto de projecções de população, pelo seu efeito directo no número de efectivos populacionais projectados e pelo efeito protelado, dado que o número de nascimentos num determinado momento influencia, no futuro, novos nascimentos. Trata-se de uma variável muito sensível a factores conjunturais e que, no contexto actual, apresenta valores muito reduzidos. Quanto à mortalidade, o estudo teve em conta a sua análise histórica, no período de 1980 a 2007, considerando igualmente a esperança de vida à nascença por sexo e a revisão bibliográfica existente sobre os desenvolvimentos futuros da longevidade. Por último, relativamente às migrações, o crescimento demográfico em Portugal tem vindo a ser influenciado pelas migrações internacionais, havendo preponderância da imigração sobre a emigração. As migrações são uma variável importante embora sejam difíceis de prevêr dada a volatilidade do comportamento dos fluxos migratórios internacionais dependentes do contexto político, económico e social. As dificuldades na previsão desta variável fizeram com que o estudo tivesse como referencial de partida a média dos saldos migratórios estimados nos últimos 15 anos (1993-2007).

Os quatro cenários analisados conjugam diferentes hipóteses tendo em conta as variáveis acima identificadas (Tabela 1).

Tabela 1 - Conjugação de hipóteses nos diferentes cenários de projecção da população residente em Portugal: 2008-2060

Cenários/Hipóteses	Índice sintético de fecundidade	Esperança média de vida à nascença	Saldo migratório
Cenário Baixo	pessimista	moderada	reduzida
Cenário Central	moderada	moderada	moderada
Cenário elevado	optimista	optimista	elevada
Cenário sem migrações	moderada	moderada	sem migrações

Fonte: INE, 2009.

Este estudo apresenta diversos resultados, de acordo com o cenário analisado, no que se refere à população total, nados vivos e óbitos, saldos natural e migratório, crescimentos efectivo e população por grupos etários.

Relativamente à população total, o cenário central prevê que a população residente em Portugal continue a aumentar até 2034 (10 898 700 indivíduos) e, a partir desse ano, diminua até valores mais baixos que os do ponto de partida (2008). Para esta evolução tem-se o contributo directo dos saldos migratórios anuais e, também, o efeito destes últimos na fecundidade e mortalidade. No cenário elevado, prevê-se que a população residente em Portugal aumente ao longo de todo o período de projecção, atingindo o valor máximo em 1960 (11 992 900 indivíduos), consequência de um maior volume migratório anual associado a um aumento dos níveis de fecundidade mais significativo que no cenário central. Por sua vez, o cenário baixo, estima um decréscimo populacional já a partir de 2016 chegando a 2060 com 8 910 700 indivíduos. Este decréscimo é fruto dos saldos migratórios considerados, associados a níveis de fecundidade menos favoráveis do que os analisados no cenário central. Se se considerar a inexistência de fluxos migratórios externos e mantendo constantes as hipóteses fecundidade e mortalidade do cenário central, o país perderá efectivos populacionais, ao longo de todo o período analisado, o que denota a importância dos saldos migratórios sobre o volume populacional.

Quanto aos nados vivos, os resultados obtidos dependem directamente da hipótese adoptada para a fecundidade, em conjunto com o saldo migratório na medida em que deste depende também o número de efectivos femininos em idade fecunda. No cenário central (assumindo-se ligeira recuperação da fecundidade e saldos migratórios anuais positivos), os resultados indicam uma tendência de decréscimo do número de nados vivos, possivelmente associados a um número projectado de mulheres em idade fecunda cada vez menor. No

cenário elevado (conjugação de recuperação elevada da fecundidade com possibilidade de saldos migratórios anuais mais elevados), esta tendência inverte-se a partir de 2023 dado os efeitos da fecundidade diferidos no tempo. Por sua vez, o cenário baixo (assumindo a manutenção dos níveis de fecundidade relativamente ao ponto de partida e saldos migratórios moderados) traduz uma tendência de decréscimo, ainda mais acentuada, do número de nados vivos, projectados até 2060. Por último, assumindo os pressupostos do cenário central sem ocorrência de migrações, prevêem-se resultados semelhantes aos do cenário baixo.

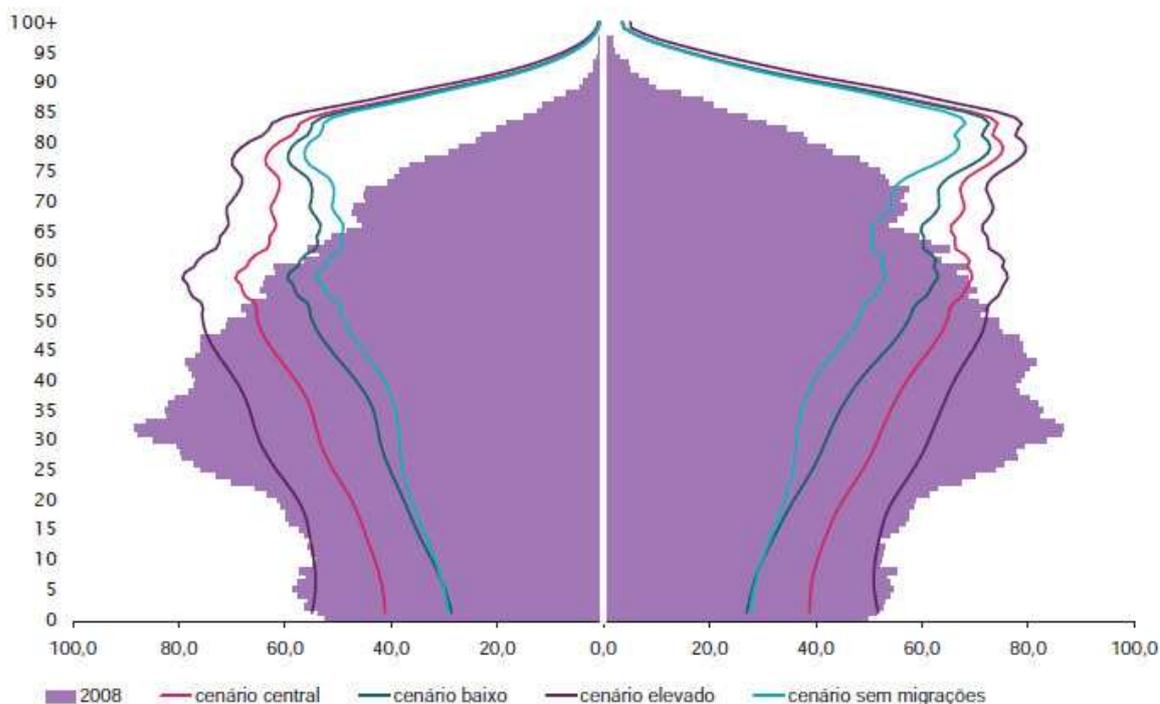
Relativamente ao número de óbitos, todos os cenários projectados apontam para um acréscimo desse valor. Estas previsões são resultado do envelhecimento natural de gerações de maior dimensão bem como do envelhecimento natural das populações consideradas nos fluxos migratórios.

O saldo natural estima-se que seja negativo em qualquer um dos cenários considerados (embora menos acentuado no cenário elevado).

Da conjugação do saldo natural e do saldo migratório resulta o crescimento efectivo da população. No cenário elevado, durante todo o período, estima-se que haja crescimento populacional. Por sua vez nos cenários central e baixo, prevê-se que haja crescimento apenas até 2033 e 2015, respectivamente. Por último, no cenário sem migrações os resultados mostram um crescimento negativo durante todo o período.

As estruturas etárias da população são igualmente diferentes de acordo com o cenário analisado. Em todos os cenários, a percentagem de população jovem (idade inferior a 15 anos) diminuirá embora menos acentuadamente no cenário central e elevado. De igual forma, estima-se que a população em idade activa, entre os 15 e os 64 anos de idade, sofrerá uma diminuição, qualquer que seja o cenário. Relativamente à população idosa (idade igual ou superior a 65 anos), qualquer que seja o cenário considerado, a sua proporção face ao total de efectivos aumentará significativamente. Para esse aumento vai contribuir o aumento da proporção da população mais idosa (idade superior a 80 anos) que será triplicada em qualquer dos cenários.

Fig. 17 – Pirâmide etária da população, 1 de Janeiro de 2008 e 2060, por cenários



Fonte: INE, 2009.

Do efeito conjugado do comportamento demográfico nas diferentes idades resultam diferentes representações da estrutura etária por sexos e idades na pirâmide etária para 2060 (Fig.17). Nessa data, os efeitos dos diferentes cenários serão visíveis em todas as idades, embora mais acentuados nas idades jovens e activas, dando lugar aos efeitos do natural envelhecimento das populações, inclusivé dos resultantes dos fluxos migratórios. Qualquer que seja o cenário, é visível um envelhecimento populacional (embora de forma mais atenuada no cenário elevado).

De uma maneira geral, Portugal manterá relativamente estável o número de efectivos populacionais mas a tendência de envelhecimento está sempre presente. Em qualquer dos cenários, a percentagem de idosos mantém-se superior à de jovens. O índice de envelhecimento aumentará em todas as regiões do país, mantendo-se o Alentejo como a região mais envelhecida. As projecções revelam que o número de idosos por cada indivíduo em idade activa pode triplicar em Portugal nos próximos 50 anos. Em relação ao índice de sustentabilidade potencial, estima-se que, para qualquer cenário analisado, a tendência será de decréscimo.

Em síntese, face às estruturas populacionais projectadas, a tendência de envelhecimento demográfico irá manter-se em consequência da redução da percentagem de população jovem e do aumento da proporção de população idosa, esperando-se o aumento do índice de envelhecimento demográfico e o decréscimo do índice de sustentabilidade potencial. Estima-se uma redução dos efectivos populacionais em idade activa o que contribui para o envelhecimento demográfico desta população. Não é expectável que eventuais saldos migratórios positivos sejam suficientes para atenuar o envelhecimento demográfico da população total e da população em idade activa. No limite, a conjugação de saldos migratórios positivos e de níveis de fecundidade elevados, características do cenário elevado, permitiria uma ligeira atenuação do ritmo do envelhecimento demográfico e dos baixos valores esperados do índice de sustentabilidade potencial.

As perspectivas de evolução da população portuguesa são fruto de alterações marcantes em diversos aspectos da sociedade como o controle da natalidade, a transformação do papel da mulher na sociedade, a melhoria das condições de vida, a maior fragilidade da vida conjugal, entre outros. No entanto são, também, resultado das medidas políticas e legislativas nacionais. Ao contrário de vários países europeus como a França, Suécia, Noruega, Alemanha e, até mesmo, Espanha, em Portugal verifica-se um alheamento ao incentivo à natalidade. Na prática, existem medidas avulsas (medidas fiscais e benefícios sociais, medidas na área laboral e no domínio da segurança social) que não constituem uma estratégia sólida para o combate a esta tendência de evolução populacional.

É premente que o Estado assuma a responsabilidade de contrariar esta tendência.

3 – A IMPORTÂNCIA DA DETERMINAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE FACE AO ENVELHECIMENTO GLOBAL

O Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010, actualmente em vigor em Portugal, define orientações específicas com a finalidade de sustentar, política, técnica e financeiramente um conjunto de estratégias que reflecte a vontade dos cidadãos. Indica, para tal, os seguintes objectivos:

- ✓ obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença;
- ✓ utilizar os instrumentos necessários, num contexto organizacional adequado, nomeadamente centrando a mudança no cidadão, capacitando o sistema de saúde para a inovação e reorientando o sistema prestador de cuidados;
- ✓ garantir os mecanismos adequados para a efectivação do Plano, através de uma cativação de recursos adequada, promovendo o diálogo intersectorial, adequando o quadro de referência legal e criando mecanismos de acompanhamento e actualização do Plano.

Face a semelhantes objectivos, a determinação das necessidades em saúde ao longo do ciclo de vida dos indivíduos, em particular da população idosa, tendo em conta o contexto de envelhecimento global, reveste-se de particular importância como meio de adequação das políticas de saúde e de optimização dos recursos.

As necessidades em saúde podem ser definidas, de acordo com Cavanagh e Chadwick (2005) como:

- ✓ percepções ou expectativas, sentidas e expressadas, pela população em análise; percepções dos profissionais que prestam serviços;

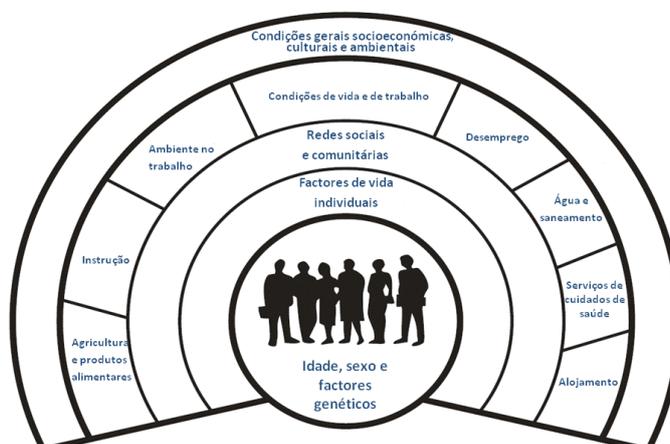
- ✓ percepções dos gestores das organizações responsáveis pela oferta de serviços, baseada em dados disponíveis sobre os problemas e desigualdades das populações;
- ✓ prioridades das organizações responsáveis pela gestão de serviços, tendo em conta as definidas a nível nacional, regional e local.

A determinação das necessidades em saúde é um processo sistemático que visa estudar a relação entre os problemas de uma população/comunidade e os recursos disponíveis, de forma a melhorar os resultados e a diminuir as desigualdades em saúde (Pickin e St. Leger, 1997; Hooper e Longworth, 2002). No entanto, os problemas e os recursos estudados não se limitam aos específicos da saúde sendo, igualmente, consideradas as necessidades de serviços de apoio e a sua respectiva adequação.

Na determinação das necessidades em saúde há vários métodos que podem ser utilizados. Não há métodos melhores nem piores; na prática, cada questão requer a sua abordagem específica. De forma a confirmar-se o rigor dos dados em análise, há autores que defendem a comparação a partir de pelo menos três fontes. Por outro lado, há também autores que defendem o recurso a métodos compostos, isto é, de cariz qualitativo e quantitativo. Por fim, de forma a poder determinar-se as necessidades em saúde, enfatiza-se a organização de actividades sistemáticas de forma a abranger tópicos de saúde específicos (Asadi-Lari e Gray, 2005).

Conforme ilustra a figura 18, a saúde dos indivíduos é influenciada por diversos factores.

Fig. 18 – Determinantes da saúde



Fonte: Cavanagh e Chadwick (2005) *apud* Dahlgren e Whitehead (1991)

Em primeiro lugar tem-se a idade, o género e a herança genética. De seguida, surgem os padrões de comportamento como o tabagismo, dieta e exercício físico. Em terceiro lugar, encontram-se o estrato social e os recursos económicos seguidos de determinantes mais alargados como as redes sociais, ambiente de trabalho e habitacional, instrução e transporte. Por último, surge o ambiente sócio-económico, político e cultural da sociedade em geral. A resolução das desigualdades em saúde envolve estratégias a nível de todos estes determinantes e a determinação das necessidades reveste-se de importância fundamental na identificação e priorização da intervenção de forma eficaz (Cavanagh e Chadwick, 2005).

Como a idade e o género são dois dos principais determinantes da saúde e da utilização dos recursos, faz todo o sentido proceder à identificação das necessidades em saúde recorrendo a um modelo de ciclo de vida. Este assenta em conceitos biológicos e epidemiológicos bem estabelecidos e, simultaneamente, incorpora factores não biológicos que influenciam a saúde e a determinação das necessidades (Pickin e St. Leger, 1997). Trata-se de uma metodologia flexível, capaz de absorver outros contributos, mas que na sua forma mais simples torna-se uma excelente ferramenta de planeamento e de guia para a determinação das necessidades em saúde.

A metodologia do ciclo de vida inicia-se com o modelo biomédico ao reconhecer que a doença é explicada, pelo menos parcialmente, em termos biológicos. De uma forma simples, pode dizer-se que a doença é também influenciada pela componente genética de cada um, isto é, pode ser parcialmente explicada através das características genéticas. No entanto, salvo raras excepções, as necessidades potenciais em saúde de um indivíduo dificilmente serão determinadas através desta análise. O nível seguinte desta metodologia reconhece a influência do decorrer do tempo nos genes da população, isto é, os indivíduos atingem os diversos estados (infância, adolescência, período reprodutivo e senescência) mais ou menos nas mesmas idades cronológicas. No entanto, os aspectos biológicos não são os únicos que influenciam a doença nas diversas idades. Os aspectos sociais, económicos e ambientais contribuem para a criação de estilos de vida que vão, por sua vez, influenciar o aparecimento do estado de doença (*Ibidem*).

Assim, a determinação das necessidades dos indivíduos, ao longo do seu ciclo de vida, envolve, numa primeira fase, a reunião de informação sobre o estado de saúde de uma população e a identificação dos seus problemas. A informação habitualmente disponível não é a mais adequada na medida em que agrega determinantes de saúde como é, por exemplo, o caso da taxa de mortalidade e da taxa de fecundidade. Dessa forma, torna-se

necessário o investimento na disponibilização de informação de forma mais desagregada. É nesta fase que o cidadão tem o seu papel mais preponderante na medida em que é parte activa na expressão das suas necessidades específicas. Por outro lado, no processo de determinação das necessidades é fundamental a identificação dos recursos disponíveis na comunidade que contribuem para a promoção da saúde e prevenção da doença. Estes recursos vão mais além dos específicos da saúde incluindo todos os serviços de apoio existentes, quer a nível familiar quer a nível comunitário. Por último, surge a maximização dos ganhos em saúde obtida a partir da relação entre a medida do estado de saúde e dos recursos existentes e consequente intervenção. Os decisores políticos têm aqui um papel fundamental na adequação e implementação das estratégias face aos resultados obtidos.

No fundo, as necessidades em saúde referem-se a envolver pessoas e em fazê-las questionarem-se acerca da saúde, planear sobre o que pode ser feito para melhorar a saúde e reduzir a inequidade (Hooper e Longworth, 2002). Este processo permite alterar políticas envolvendo o cidadão, no que se refere à sua saúde, através dos seguintes mecanismos:

- ✓ Construção de políticas públicas de saúde: identificação de actividades que maximizem os benefícios da saúde e minimizem os danos numa determinada população alvo; explicitação dos resultados esperados nos programas de saúde; garantia de que a saúde não é piorada através das decisões planeadas; inclusão de objectivos de saúde específicos nos diversos programas.
- ✓ Criação de ambientes de apoio físico, social, cultural e económico.
- ✓ Estreitamento de laços comunitários.
- ✓ Reorientação dos decisores de saúde e dos profissionais para um pensamento mais holístico.

Para a determinação das necessidades em saúde, há cinco passos essenciais a percorrer (Cavanagh e Chadwick, 2005). Em primeiro lugar, é fundamental perceber qual a população alvo, o que se pretende atingir, quem necessita estar envolvido, que recursos alocar e quais os riscos possíveis. Em segundo lugar, identificam-se as prioridades em

saúde através da construção do perfil da população, recolha de dados, percepção das necessidades e determinação das condicionantes em saúde. De seguida, escolhem-se as prioridades em saúde, isto é, seleccionam-se as condições de saúde mais significativas e de maior impacto. Em quarto lugar, surge o planeamento, através da clarificação do que se pretende fazer, monitorização e avaliação da estratégia e gestão do risco. E, por último, aprende-se com o realizado, medem-se os resultados e escolhe-se a prioridade seguinte.

Pickin e St. Leger (1997) defendem na metodologia do ciclo de vida a divisão em nove grupos etários: período final da gravidez até 1 semana de vida; de 1 semana até 1 ano de vida; de 1 aos 4 anos de idade; dos 5 aos 14 anos de idade; dos 15 aos 24 anos; dos 25 aos 44 anos; dos 45 aos 64 anos; dos 65 aos 74 anos e acima dos 75 anos de idade. Esta divisão não é, no entanto, estática assumindo que a população vive um processo dinâmico de evolução. Um dos exemplos que denota esta situação é a falta de consenso sobre a partir de que idade se considera que uma pessoa é idosa. A nível internacional, por exemplo, essa idade é superior a 60 anos e a nível nacional superior a 65 anos.

A metodologia do ciclo de vida incorpora na sua análise 4 factores que influenciam o estado de saúde: factores sócio-económicos, ambientais, étnicos e culturais. Assim, para cada grupo etário são analisadas:

- ✓ Principais influências na saúde e principais causas de mortalidade e morbilidade;
- ✓ Fontes de informação em saúde (dados demográficos, de mortalidade e morbilidade já conhecidos);
- ✓ Modificadores da saúde (factores sócio-económicos, ambientais, étnicos e culturais);
- ✓ Recursos em saúde (do indivíduo, da família, da comunidade e dos serviços de saúde e de apoio);
- ✓ Modificadores da utilização dos serviços (utilização influenciada por factores sócio-económicos, ambientais, étnicos e culturais);
- ✓ Opções de serviços existentes (discussão sobre formas de melhoramento dos serviços existentes e da possibilidade de criação de novos serviços).

O anexo I indica, para cada um dos grupos etários acima identificados, os factores que influenciam a saúde e a fonte de dados relacionadas com estes.

A nível internacional existem vários exemplos de aplicação do processo de determinação das necessidades em saúde como forma de adequar a oferta de serviços de saúde e de apoio às reais necessidades da população.

Um dos exemplos surge em três zonas urbanas em Dublin, na Irlanda. Nesse estudo recorreu-se à recolha de dados epidemiológicos de forma rápida e com pouco custos. Foram encontradas algumas limitações à análise efectuada no que se refere a fracos sistemas de informação e à ausência de uma estratégia de planeamento de serviços de saúde. Esses foram os mesmos problemas, encontrados por outros investigadores, em estudos de determinação de necessidades em saúde semelhantes. Os resultados deste estudo permitiram concluir que era viável a recolha de dados que identifique as necessidades em saúde de uma população. Os dados obtidos foram utilizados pelas instituições locais de saúde e pelas agências governamentais de forma a planear e a oferecer eficientemente os serviços de saúde e de apoio, de acordo com as necessidades previamente identificadas (Smith *et al.* 2005).

Entre 2001 e 2003, foi levado a cabo outro estudo semelhante, na Nova Zelândia, onde os quadros distritais de saúde foram envolvidos na identificação e priorização das necessidades em saúde da população residente. Os investigadores analisaram o impacto que os dados recolhidos tiveram no planeamento e na oferta dos serviços pelas instituições distritais de saúde. Os resultados obtidos permitiram concluir que a determinação prévia de necessidades pouco influenciou o planeamento e a oferta de serviços sobretudo devido ao nível de controlo, exercido pelo poder central, nas suas acções (Coster *et al.*, 2009).

Outro exemplo surge na China, apresentado por Li *et al.* (2009) onde, dados os recursos limitados em saúde, se procedeu à identificação das necessidades em saúde na comunidade. O objectivo deste estudo foi caracterizar os problemas de saúde existentes na comunidade de forma a identificar prioridades de acção.

Lee *et al.* (2009), no seu estudo, também reconheceram a falta de dados sobre as necessidades em saúde das comunidades asiáticas residentes no Maryland, nos Estados Unidos da América. Para colmatar essa falha, promoveram a recolha de dados, procederam à sua análise e identificaram as áreas emergentes.

O *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), no Reino Unido, organização independente responsável por promover boas práticas nacionais em saúde, editou, em 2005, um documento sobre o processo de determinação das necessidades em

saúde onde incluiu vários estudos de caso de âmbito nacional, nos diversos grupos etários (Cavanagh e Chadwick, 2005).

Um outro estudo, publicado em 2002 por Jordan *et al.*, analisou os critérios que definem uma efectiva determinação de necessidades em saúde e quais os factores que determinam a realização deste processo de forma eficaz no *National Health Service* inglês. Entre 1993 e 1998, foram identificadas as necessidades em saúde permitindo a sua priorização. O processo de determinação das necessidades em saúde revelou ser efectivo na influência das políticas e do planeamento em saúde embora não ocupe uma posição central nos processos decisórios.

Ao longo dos últimos anos e em diversos países, a determinação das necessidades em saúde tem atraído o interesse dos decisores políticos, economistas da saúde e profissionais de saúde, como forma de satisfazer o indivíduo e a comunidade e otimizar os recursos.

Tendo em conta todos estes exemplos e, simultaneamente, a realidade da estrutura demográfica da população portuguesa e os cenários estimados para o futuro, que denotam um contínuo e acentuado envelhecimento, o estudo da população idosa e das necessidades sentidas pode ser uma peça fundamental para adequar a oferta de serviços de saúde e de apoio. Nesta análise, para além da identificação das necessidades sentidas da população idosa, importa também avaliar os recursos existentes, mas também a percepção que os indivíduos têm da existência dos mesmos.

PARTE II

Estudo Empírico

Em Portugal, a determinação das necessidades de serviços de saúde e de apoio, com base na análise da população-alvo, é prática quase inexistente. Tendo em conta a actual realidade da estrutura demográfica da população portuguesa bem como os cenários estimados para o futuro, apresentados anteriormente, torna-se fundamental o estudo da população idosa e das necessidades sentidas de forma a adequar a oferta dos serviços. A nível nacional, foram previamente realizados estudos que permitiram a avaliação da população idosa, em diversos contextos, e a avaliação das suas necessidades em serviços, recorrendo a uma metodologia semelhante à utilizada neste estudo (Rodrigues, 1999; Nogueira, 2003; Ferreira, Rodrigues e Nogueira, 2006; Rodrigues, 2009).

As estratégias metodológicas subjacentes a este estudo baseiam-se no pressuposto de aplicar uma metodologia de abordagem à população idosa que permita realizar uma correcta avaliação da sua capacidade funcional e que permita identificar as suas necessidades em serviços de saúde e de apoio.

Para tal, nesta parte do trabalho são apresentados os objectivos do estudo, as hipóteses a serem testadas, o material e métodos utilizados e a análise e discussão dos resultados obtidos.

1 – OBJECTIVOS DO TRABALHO

Os objectivos deste estudo são:

- avaliar a capacidade funcional da população com idade igual ou superior a 65 anos, residente no domicílio ou lares, do concelho de Constância em cinco áreas (recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e actividades da vida diária);

- analisar a utilização e necessidade percebida dos serviços de saúde e de apoio pela mesma população.

Por último, pretende-se caracterizar os recursos existentes, no concelho de Constância, no que se refere a serviços de saúde e de apoio destinados à população com 65 e mais anos de idade.

2 – HIPÓTESES

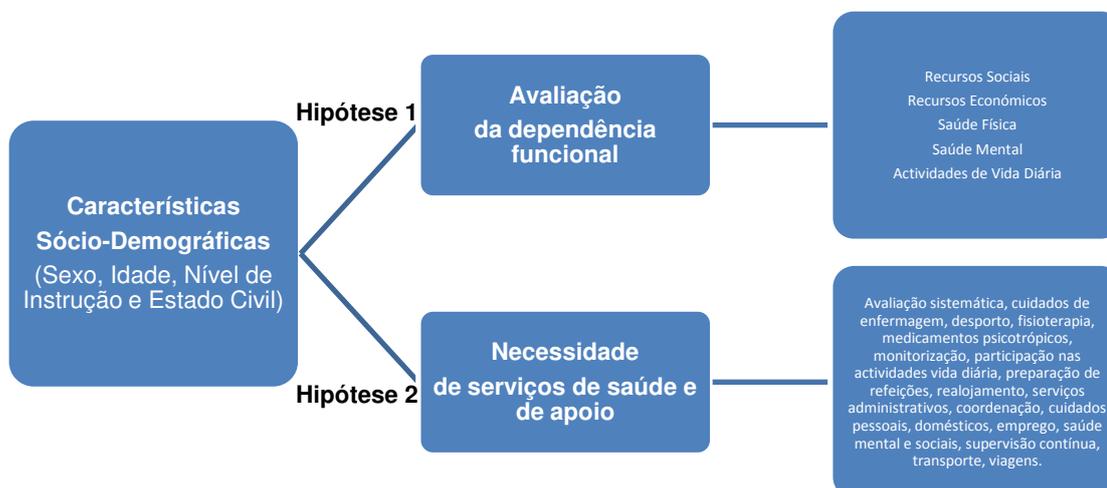
As hipóteses formuladas neste estudo são as seguintes:

- *Hipótese 1*: Há diferenças na avaliação da dependência funcional de acordo com as características sócio-demográficas (sexo, idade, instrução, estado civil) da população com idade igual ou superior a 65 anos, residente no domicílio ou em lares, no concelho de Constância;

- *Hipótese 2*: Há diferenças nas necessidades dos serviços de saúde e de apoio de acordo com as características sócio-demográficas (sexo, idade, instrução, estado civil) da população com idade igual ou superior a 65 anos, residente no domicílio ou em lares, no concelho de Constância.

A figura 19 permite visualizar a representação esquemática das hipóteses formuladas.

Fig. 19 – Esquema das hipóteses formuladas



3 – MATERIAL E MÉTODOS

3.1 – MODELO DE AVALIAÇÃO OARS

O questionário que serviu de base à recolha de dados para este estudo foi a versão portuguesa do *Older American Resources and Services Program* (OARS), originalmente desenvolvido, em 1972, pelo *Center for the Study of Aging and Human Development*, da *Duke University*. Este questionário é um instrumento multidimensional, desenvolvido especificamente para idosos, de forma a permitir recolha de informação para avaliação de programas e influenciar a tomada de decisões sobre a oferta de recursos e serviços (Rodrigues, 2009).

Este instrumento centra-se numa avaliação multidimensional dos idosos, consequência da multiplicidade de diagnósticos de saúde que possuem, o que permite uma aproximação mais real às verdadeiras necessidades deste grupo populacional (*Ibidem*).

Esta metodologia foi desenvolvida para avaliar a capacidade funcional em cinco áreas centrais do idoso: recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e actividades da vida diária. Para além disso, permite medir a utilização e a necessidade percebida de um conjunto de serviços de saúde e de apoio. Esta identificação de necessidades permite verificar se a oferta de serviços, para este grupo populacional, é adequada ou insuficiente.

O modelo conceptual centra-se em três elementos:

- avaliação da capacidade funcional, em cada uma das áreas definidas, classificando o indivíduo em escalas cujas pontuações permitem definir funcionamentos equivalentes;
- utilização e necessidade percebida de serviços;
- avaliação de alternativas de serviços a implementar em resposta às incapacidades detectadas.

3.1.1 – Versão portuguesa do OARS

A utilização do OARS, traduzido e adaptado para o contexto nacional, é uma alternativa à criação de novas formas de avaliação. Tendo em conta as necessidades semelhantes de utilização deste instrumento de medição e a viabilidade da sua adaptação cultural e linguística para uma versão portuguesa, a versão inicial do OARS-PT, elaborada por Rodrigues em 1999, foi submetida a uma avaliação por três juízes, com experiência na utilização de escalas de medição em saúde e profissionalmente relacionados com cuidados de saúde primários e cuidados a idosos. Após escassas alterações pontuais, mantiveram-se todas as características da versão original. O instrumento de medição é composto por questões fechadas que permitem a comparabilidade entre respostas e, simultaneamente, maior facilidade na resposta, na análise, codificação e informatização, dado ser um questionário longo e de demorada aplicação (Rodrigues, 2009).

De acordo com diversos autores, o limite aceitável para memória dos inquiridos de acontecimentos relevantes é de um ano e de trinta dias para matéria menos relevante (Ferreira *et al.*, 2006; Rodrigues, 2009). Nesse sentido, e atendendo às características da população idosa, as questões colocadas neste instrumento apelam à memória não ultrapassando estes limites.

Para aferir a qualidade de um instrumento de medição, torna-se fundamental a análise psicométrica no que se refere ao estudo da fiabilidade e da validade (*Ibidem*). Relativamente à fiabilidade, há dois aspectos a serem tidos em linha de conta: a coerência interna e a reprodutibilidade. Os estudos efectuados anteriormente com recurso ao OARS-PT, permitem concluir que a aplicação da versão portuguesa em estudo mostra valores globais mais elevados nas escalas de recursos económicos e de saúde física, não diferindo grandemente nas restantes escalas. A tendência é de acompanhar os valores das versões internacionais.

No que se refere ao estudo da concordância entre entrevistadores, os investigadores internacionais (Fillenbaum, 1988; Patiño, 1994) apontam para que os resultados das avaliações não sejam influenciados pelo entrevistador na medida em que não diferem de forma significativa. De igual forma, os estudos anteriores mostram que, no que se refere à reprodutibilidade (capacidade do instrumento de medição em obter uma mesma resposta em momentos diferentes, a uma mesma população sob as mesmas condições), as respostas obtidas não foram influenciadas pelo período de tempo decorrido entre as duas medições (Rodrigues, 2009; Ferreira *et al.*, 2006).

A validade de construção da versão portuguesa realizou-se através da análise factorial com as perguntas que compõem as diferentes áreas funcionais, numa amostra de 426 indivíduos (Ferreira *et al.*, 2006; Rodrigues, 2009). A análise factorial realizada permitiu concluir que os resultados obtidos para a versão portuguesa indicam uma estrutura idêntica à da versão original (*Ibidem*).

3.1.2 – Variáveis e escalas de medida

Como já foi referido anteriormente, o OARS, como instrumento multidimensional, desenvolvido especificamente para idosos, permite a recolha de informação para avaliação de programas e influencia a tomada de decisões sobre a oferta de recursos e serviços (Rodrigues, 2009). A necessidade de um instrumento multidimensional prende-se com o facto de os idosos apresentarem múltiplos diagnósticos de saúde.

A metodologia deste instrumento de medição foi desenvolvida para avaliar a capacidade funcional em cinco áreas centrais do idoso: recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e actividades da vida diária. Para além disso, incidiu sobre a medição da utilização e a necessidade percebida de um conjunto de serviços de saúde e de apoio. Dessa forma, torna-se possível verificar, no que se refere a este grupo populacional, se a oferta de serviços é adequada ou insuficiente. Este instrumento centra-se em três elementos:

- avaliação da capacidade funcional, em cada uma das áreas definidas;
- utilização e necessidade percebida de serviços;
- avaliação de alternativas de serviços a implementar em resposta às incapacidades detectadas.

O OARS (anexo II) é composto por 91 questões cuja aplicação demora, em média, 45 minutos. A recolha de dados é efectuada através de entrevista pessoal ao idoso ou, no caso de impossibilidade deste, a um informante ou a ambos.

O questionário é constituído por 3 partes:

- lista de indicadores sócio-demográficos (questões 1 a 4);

- parte A (Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional - QAFM) constituída pela avaliação funcional em áreas como os recursos sociais (questões 6 a 14b), recursos económicos (questões 15 a 30), saúde mental (questões 31 a 36), saúde física (questões 37 a 55) e actividades da vida diária (questões 56 a 70b);

- parte B (Questionário de Avaliação de Serviços - QAS) direccionada para a avaliação da utilização e da necessidade sentida pela população idosa em relação a uma lista de serviços (questões 71-1 a 71-19c). Estes serviços incluem os serviços de transporte, serviços sociais e recreativos, serviços de emprego, viagens dirigidas a idosos, desporto, preparação para as actividades diárias, serviços de saúde mental, medicamentos psicotrópicos, serviços de cuidados pessoais, cuidados de enfermagem e de fisioterapia, supervisão contínua, serviços de monitorização, serviços de realojamento, serviços domésticos, preparação de refeições, serviços administrativos, legais e de protecção, avaliação sistemática multidimensional e serviços de coordenação, informação e apoio.

A parte A – Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional – é constituída por 78 questões dirigidas ao idoso ou, na sua impossibilidade, a um informante (um familiar ou uma pessoa directamente relacionada com o utente) ou a ambos. É também composto por cinco escalas de avaliação funcional, uma por cada área avaliada, com pontuações de incapacidade funcional de 1 a 6. A parte A é iniciada com o questionário preliminar *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) constituído por 10 questões que permitem a avaliação do défice da função cognitiva. Considera-se que o indivíduo não é idóneo para responder ao questionário se errar quatro ou mais questões.

Os recursos sociais são avaliados pela quantidade e adequação da interacção social, assim como pela disponibilidade de ajuda em caso de doença ou incapacidade. A classificação e os critérios correspondentes são apresentados no quadro seguinte.

Quadro 1 – Critérios de classificação na área de recursos sociais

Recursos Sociais	Critérios de Classificação
1 – Muito bons	As suas relações sociais são muito satisfatórias e amplas; pelo menos uma pessoa cuidaria do idoso sempre.
2 – Bons	As suas relações sociais são moderadamente satisfatórias e adequadas e, pelo menos, uma pessoa cuidaria do idoso sempre; Ou As relações sociais são muito satisfatórias e amplas e só teria disponível uma ajuda temporária.
3 – Ligeiramente insatisfatórios	As suas relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade ou escassas; pelo menos uma pessoa cuidaria do indivíduo sempre; Ou As relações sociais são moderadamente satisfatórias, adequadas e apenas disporia de ajuda temporária.
4 – Moderadamente insatisfatórios	As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade ou escassas; só dispõe de ajuda temporária; Ou As relações sociais são, pelo menos, ajustadas ou satisfatórias, mas a ajuda só seria possível de vez em quando.
5 – Fortemente insatisfatórios	As relações são insatisfatórias, de pobre qualidade ou escassas; e a ajuda só seria possível de vez em quando; Ou As relações sociais são pelo menos satisfatórias ou adequadas; mas a ajuda não é sequer disponível de vez em quando.
6 – Totalmente insatisfatórios	As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; e a ajuda não é sequer disponível de vez em quando.

Baseado em Rodrigues (2009), Ferreira *et al.* (2006) e Nogueira (2003)

De seguida, a avaliação dos recursos económicos centra-se nos rendimentos e na auto-avaliação da sua adequação às necessidades (quadro 2).

Quadro 2 – Critérios de classificação na área de recursos económicos

Recursos Sociais	Critérios de Classificação
1 – Muito bons	Os seus rendimentos são amplos; o idoso tem economias.
2 – Bons	Rendimentos amplos; o idoso não tem economias; Ou Rendimentos suficientes; o idoso tem economias.
3 – Ligeiramente insatisfatórios	Rendimentos suficientes; o idoso não tem economias; Ou Rendimentos algo insuficientes; o idoso tem economias.
4 – Moderadamente insatisfatórios	Rendimentos algo insuficientes; o idoso não tem economias.
5 – Fortemente insatisfatórios	Rendimentos totalmente insuficientes; o idoso tem economias.
6 – Totalmente insatisfatórios	Rendimentos totalmente insuficientes; o idoso não tem economias.

Baseado em Rodrigues (2009), Ferreira *et al.* (2006) e Nogueira (2003)

A avaliação da saúde mental é composta pelo questionário preliminar para avaliação da função cognitiva, referido anteriormente (SPMSQ); pelo *Short Psychiatric Evaluation Schedule* (SPES), que avalia a presença de sintomas psiquiátricos; e a auto-avaliação da saúde mental. Os itens do SPES agrupam-se em quatro dimensões: satisfação com a vida,

perturbações do sono, factor de energia e factor de paranóia. No quadro 3, é apresentada a classificação na área da saúde mental e respectivos critérios.

Quadro 3 – Critérios de classificação na área da saúde mental

Recursos Sociais	Critérios de Classificação
1 – Muito boa	Intelectualmente alerta gozando claramente a vida. Controla com facilidade o quotidiano e os problemas graves da vida e não apresenta sintomas psiquiátricos.
2 – Boa	Controla, tanto o quotidiano como os problemas graves da vida, satisfatoriamente e intelectualmente está intacto e livre de sintomas psiquiátricos.
3 – Ligeiramente insatisfatória	Tem ligeiros sintomas psiquiátricos e/ou ligeiro deterioro intelectual. Controla o quotidiano mas não satisfatoriamente os problemas graves da sua vida.
4 – Moderadamente insatisfatória	Tem sintomas psiquiátricos definidos e/ou um moderado deterioro intelectual. Controla o quotidiano e é capaz de tomar decisões com senso comum, mas incapaz de lidar com os problemas graves da sua vida.
5 – Fortemente insatisfatória	Tem sintomas psiquiátricos graves e/ou um grave deterioro intelectual que interfere com os juízos e decisões do quotidiano.
6 – Totalmente insatisfatória	Manifestamente psicótico ou completamente deteriorado intelectualmente. Requer supervisão periódica ou constante devido ao seu comportamento claramente anormal ou potencialmente nocivo.

Baseado em Rodrigues (2009), Ferreira *et al.* (2006) e Nogueira (2003)

Relativamente à área da saúde física, esta inclui o uso de medicamentos prescritos, presença de patologia e a forma como interfere nas actividades diárias e a auto-avaliação de saúde física. A classificação e os seus critérios são apresentados no quadro 4.

Quadro 4 – Critérios de classificação na área de saúde física

Recursos Sociais	Critérios de Classificação
1 – Muito boa	Ocupa-se de actividades físicas vigorosas, regularmente ou pelo menos de vez em quando.
2 – Boa	Insignificantes doenças ou incapacidades. Apenas requer cuidados médicos de rotina como avaliação (<i>check up</i>) anual.
3 – Ligeiramente insatisfatória	Tem uma ou mais doenças que podem beneficiar de tratamento médico ou de medidas correctivas.
4 – Moderadamente insatisfatória	Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são dolorosas ou requerem considerável tratamento médico.
5 – Fortemente insatisfatória	Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são fortemente dolorosas ou ameaçam a sua vida, ou que requerem amplo tratamento médico.
6 – Totalmente insatisfatória	Acamado e requer permanente assistência médica ou cuidados de enfermagem para manter as funções vitais do organismo.

Baseado em Rodrigues (2009), Ferreira *et al.* (2006) e Nogueira (2003)

A avaliação das actividades de vida diária (AVD) possui duas escalas: AVD instrumentais e AVD físicas e a presença de incontinência. O quadro 5 apresenta os critérios de classificação.

Quadro 5 – Critérios de classificação na área de actividades de vida diária

Recursos Sociais	Critérios de Classificação
1 – Capacidade muito boa	Pode realizar todas as actividades da vida diária sem ajuda e com facilidade.
2 – Capacidade boa	Pode realizar todas as actividades da vida diária sem ajuda.
3 – Capacidade ligeiramente insatisfatória	Só não realiza de uma a três AVD. Requer alguma ajuda para de uma a três AVD, mas não necessariamente todos os dias. Pode passar um dia sem ajuda. É capaz de preparar as suas próprias refeições.
4 – Capacidade moderadamente insatisfatória	Requer assistência regular em pelo menos quatro AVD mas pode passar um dia sem ajuda; Ou Requer ajuda regular para a preparação das refeições.
5 – Capacidade fortemente insatisfatória	Necessita ajuda diária mas não necessariamente todo o dia ou noite com muitas AVD.
6 – Totalmente insatisfatória	Necessita ajuda durante todo o dia e/ou noite para realizar as AVD.

Baseado em Rodrigues (2009), Ferreira *et al.* (2006) e Nogueira (2003)

A parte B do questionário (OARS – *Services Assessment Questionnaire*) recolhe informação sobre a utilização, nos últimos seis meses, de um conjunto de serviços potencialmente necessários que são adaptados de acordo com os objectivos dos estudos. Os serviços são agrupados em cinco categorias conforme o quadro 6.

Quadro 6 – Serviços inseridos no OARS-SAQ

Serviços gerais de apoio	Serviços de cuidados pessoais Supervisão contínua Serviços de monitorização Serviços domésticos Preparação de refeições Serviços administrativos, legais e de protecção
Serviços sociais e recreativos	Serviços sociais / recreativos Viagens dirigidas a idosos Desporto
Serviços de saúde	Consultas médicas Dispositivos de apoio e próteses Serviços de saúde mental Psicofármacos (medicamentos psicotrópicos) Cuidados de enfermagem Fisioterapia
Serviços de apoio económico	Ajuda económica em geral Ajuda para compra de comida
Serviços de avaliação e coordenação	Serviços de coordenação, informação e apoio Avaliação sistemática multidimensional Serviços não classificados Transporte Serviços de emprego Preparação para as actividades de vida diária Serviços de realojamento

Baseado em Rodrigues (2009), Ferreira *et al.* (2006) e Nogueira (2003)

A análise dos serviços de saúde e de apoio é constituída pela verificação da utilização dos serviços (utilização nos últimos seis meses), identificação do prestador

(familiar, amigo, alguém pago ou profissional de instituição), duração da prestação do serviço e percepção do idoso da necessidade do mesmo.

Os serviços gerais de apoio envolvem os cuidados pessoais como a higiene pessoal, o ajudar a vestir e a alimentação; a supervisão contínua (serviços de supervisão 24 horas por dia, em situação, por exemplo, de doença súbita); os serviços de monitorização que implicam o contacto regular (pelo menos cinco vezes por semana) por telefone ou pessoalmente; os serviços domésticos que englobam as tarefas domésticas como a limpeza da casa e a lavagem da roupa; a preparação de refeições e os serviços administrativos, legais e de protecção relacionados com negócios pessoais, gestão de dinheiro e pagamento de contas.

Os serviços sociais e recreativos referem-se a actividades na comunidade organizadas por grupos religiosos ou autarquias; as viagens incluem também programas de entretenimento a idosos e o desporto inclui programas de exercício físico organizados por instituições ou autarquias.

Os serviços de saúde englobam os serviços de saúde mental (orientação ou tratamento); medicamentos psicotrópicos (medicamentos calmantes ou para depressão); cuidados de enfermagem em regime de ambulatório; consultas médicas e fisioterapia.

Os serviços de avaliação e coordenação incluem os serviços de coordenação, informação e apoio (identificação de necessidade de ajuda e disponibilização de informação sobre as opções de apoio); a avaliação sistemática multidimensional que engloba avaliações completas por profissionais médicos ou assistentes sociais no que se refere à saúde física, mental, situação social e económica do idoso; serviços de transporte para aquisição de bens essenciais, idas a consultas e visitas sociais; serviços de emprego; preparação para as actividades de vida diária (cursos direccionados a adultos para aprendizagem de cuidados pessoais, ler e escrever, caminhar) e serviços de realojamento (ajuda na procura de nova casa ou em mudanças).

No final do questionário, o entrevistador emite um juízo quantitativo, com a atribuição de uma pontuação de incapacidade funcional (PIF), baseado na informação recolhida no decurso da entrevista. Estas questões (73 a 91) são dirigidas ao entrevistador. As pontuações atribuídas nas cinco áreas permitem agrupar os inquiridos em função das suas incapacidades.

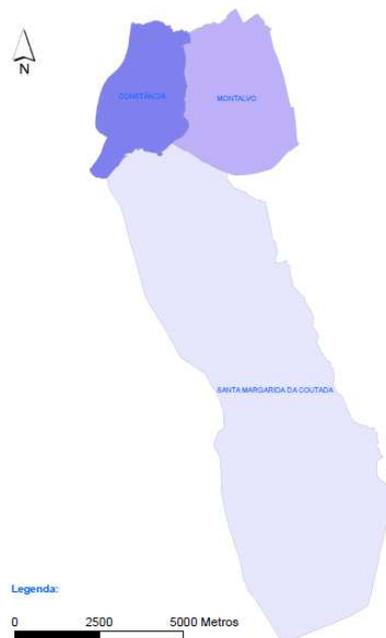
3.2 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

3.2.1 – Caracterização do concelho de Constância

A ocupação do concelho de Constância remonta pelo menos ao período romano (100 a.C.) quando a vila de Constância possuía o nome de Pugna-Tagi que significa “Combate no Tejo”. O domínio árabe alterou-lhe o nome para Punhete, que se manteve até 1833 quando a rainha D. Maria II o alterou para Constância, em atenção à constância que os seus habitantes demonstraram no apoio à causa liberal. A história de Constância está intimamente ligada aos rios Tejo e Zêzere e às actividades que eles proporcionavam: o transporte fluvial, a construção, a reparação naval, a travessia e a pesca. A chegada do caminho de ferro, no século XIX, e do transporte rodoviário, em meados do século XX, em simultâneo com a construção das barragens, provocaram a decadência das actividades tradicionais. Actualmente, um dos principais focos de interesse económico é o turismo.

O concelho de Constância pertence à Região Centro do país (nível II da NUTS) e localizando-se no Médio Tejo (nível III da NUTS). Possui uma área de 80,37 km² e 3 815 habitantes, de acordo com os dados dos Censos 2001 (INE, 2001). A sua densidade populacional é de 47 habitantes/km². O concelho de Constância é limitado a Norte e a Este pelo concelho de Abrantes, a Sul pelo concelho da Chamusca e a Oeste por este último e pelo concelho de Vila Nova da Barquinha. É subdividido em três freguesias: Constância, Montalvo e Santa Margarida da Coutada (Fig. 20). Por sua vez, a freguesia de Santa Margarida da Coutada divide-se nos seguintes aglomerados urbanos: Portela, Pereira, Malpique, Vale de Mestre e Aldeia de Santa Margarida da Coutada.

Fig. 20 – Localização geográfica das freguesias do concelho de Constância



Fonte: Câmara Municipal de Constância, 2010.

As freguesias de Montalvo e Santa Margarida da Coutada encontram-se separadas fisicamente pelo rio Tejo. A freguesia de Montalvo preserva muito do seu carácter rural embora possua, em plena actividade, uma zona industrial responsável por criar postos de trabalho para a população do concelho. A freguesia de Santa Margarida da Coutada acolhe a maior concentração militar do país. É uma freguesia predominantemente ocupada por floresta, onde se encontra instalado o Parque Ambiental que proporciona actividades turísticas. A tabela 2 apresenta a distribuição da população residente no concelho de Constância, por freguesia, em 2001.

Tabela 2 – População residente em 2001 no concelho de Constância

Freguesias	Total	%	Homens		Mulheres	
			Total	%	Total	%
Constância	880	23,07%	412	10,80%	468	12,27%
Montalvo	1081	28,34%	528	13,84%	553	14,50%
Santa Margarida da Coutada	1854	48,60%	906	23,75%	948	24,85%
Total	3815	100%	1846	48,39%	1969	51,61%

Fonte: Câmara Municipal de Constância, 2010

O concelho de Constância encontra-se bem servido de acessibilidades ferroviárias (caminho de ferro do Leste) e viárias (A23).

Relativamente à evolução demográfica, os dados dos Censos 2001 revelam que Constância era um dos concelhos menos populosos, na região de Lisboa e Vale do Tejo onde pertencia à data, de acordo com o Decreto-Lei n.º 46/89 de 15 de Fevereiro, alterado em 2002 pelo Decreto-Lei n.º 244/2002, de 5 de Novembro. De acordo com o INE (2001), Constância apresentou uma variação populacional de -8,5%, entre 1991 e 2001, com uma diminuição de 354 habitantes, passando de 4 170, em 1991, para 3 816 habitantes, em 2001. Apresentou, também, um dos maiores saldos migratórios negativos da Região de Lisboa e Vale do Tejo (-6,4%). Este saldo migratório traduz a diferença entre as pessoas que imigraram para o concelho, independentemente da sua origem ser outro concelho do país ou outro país, e as pessoas que emigraram do concelho. O saldo natural foi de -2,1%.

Estima-se que, actualmente, no concelho de Constância dos 3 815 habitantes cerca de 1 000 têm idade igual ou superior a 65 anos.

3.2.2 – Amostra

No âmbito do pedido formulado, em Abril de 2009, pela Câmara Municipal de Constância, para elaboração de um estudo de caracterização da população idosa, ao Centro de Estudos e Investigação em Saúde (CEISUC), surgiu um projecto com o objectivo de entrevistar os cerca de 1 000 idosos que, segundo informação fornecida pela Câmara Municipal de Constância, se estima residirem no concelho de modo a obter a avaliação que fazem do seu estado de saúde e das suas necessidades de recursos de saúde e de apoio na comunidade. Dada a participação da autora da presente dissertação de Mestrado no mesmo projecto, considerou-se de interesse realizar uma análise preliminar aos dados obtidos à data de Setembro de 2010. Por questões alheias aos investigadores, o projecto tem sofrido diversos atrasos na sua implementação tendo a recolha de dados tido início, parcialmente, em Julho de 2010. No processo de recolha de dados estão envolvidas 10 colaboradoras que exercem funções no concelho de Constância na área da educação, saúde, serviço social, Santa Casa da Misericórdia e na própria Câmara Municipal. Dos cerca de 1 000 indivíduos previstos na análise (universo da população idosa do concelho de Constância), foram analisados, para esta dissertação apenas 71, correspondendo ao

número de indivíduos entrevistados em Julho de 2010, e que se traduziram na amostra do presente estudo.

3.2.3 – Caracterização dos serviços de saúde e de apoio existentes no concelho de Constância

Tendo em conta o envelhecimento notório da população do concelho de Constância, a política municipal, para com a população idosa, tem-se baseado em estratégias que permitem a participação de todos os agentes locais em actividades direccionadas para o desenvolvimento da melhoria da qualidade de vida do idoso. Os objectivos são:

- ✓ Estimular a vida activa;
- ✓ Combater o isolamento social;
- ✓ Disponibilizar um conjunto de meios e recursos que permitam o desenvolvimento de iniciativas dirigidas a esta população, de acordo com os objectivos definidos nos instrumentos de planeamento;
- ✓ Concretizar, ao nível dos serviços, uma resposta articulada e coerente, adequando o nível de intervenção às competências municipais.

Nesse sentido, foram criadas várias respostas às necessidades da população idosa no concelho de Constância: Associação Cultural e Desportiva Aldeense; Associação Cultural e Desportiva de Santo António; Associação para o Desenvolvimento Social e Comunitário “Os Quatro Cantos do Cisne” ; Associação Filarmónica Montalvense 24 de Janeiro; Grupo Recreativo e Desportivo “Os Relâmpagos”; Sociedade Recreativa Portelense; Rancho Folclórico “Os Camponeses” de Malpique; Associação Humanitária de Montalvo; Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Constância; Associação Popular e Social de Constância – Universidade Sénior e Santa Casa da Misericórdia de Constância. Na área do serviços de saúde, tem-se o Centro de Saúde de Constância (pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde Médio Tejo II-Zêzere) com as extensões de saúde de Santa Margarida da Coutada e de Montalvo.

Um dos objectivos do estudo de caracterização da população idosa do concelho de Constância é identificar e caracterizar, de forma exaustiva, os recursos de saúde e de apoio existentes. Para tal, está prevista a realização de uma reunião entre os investigadores e as entidades prestadoras de serviços à população idosa, de forma a recolher dados sobre a sua actividade e os serviços oferecidos. Essa reunião apenas poderá ocorrer em Outubro de 2010 devido a questões de agenda da parte da Câmara Municipal de Constância.

Como tal, à data de realização deste trabalho, não é possível proceder à caracterização dos recursos existentes dado que a única informação disponível e de acesso livre é a encontrada na *Internet*.

Conhece-se, no entanto, que a Santa Casa da Misericórdia de Constância possui três valências: lar de idosos, centro de dia e apoio domiciliário. Relativamente à Associação Humanitária de Montalvo, esta tem por finalidade, entre outras, a protecção dos cidadãos na velhice e na invalidez, e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho.

3.3 – PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS

Na preparação do processo de colheita de dados, foram definidos códigos para os colaboradores de forma a ser possível identificá-los e, simultaneamente, identificar o local da realização da entrevista (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos entrevistadores por código e local de entrevista

Entrevistadora	Código	Freguesia	Lugar
1	070	Sta Margarida da Coutada	Vale de Mestre
2	020	Montalvo	
3	090	Sta Margarida da Coutada	Malpique
4	080	Sta Margarida da Coutada	Aldeia
5	030	Constância	
6	050	Constância	Constância Sul
	051	Sta Margarida da Coutada	Pereira
	052	Sta Margarida da Coutada	Sta Margarida
7	010	Montalvo	
8	040	Constância	
9	100	Sta Casa da Misericórdia	Lar
	110	Sta Casa da Misericórdia	Apoio domiciliário

Tabela 3 – Distribuição dos entrevistadores por código e local de entrevista (continuação)

Entrevistadora	Código	Freguesia	Lugar
9	100	Sta Casa da Misericórdia	Lar
	110	Sta Casa da Misericórdia	Apoio domiciliário
	120	Sta Casa da Misericórdia	Centro de Dia
10	060	Sta Margarida da Coutada	Portela

A recolha de dados decorreu durante os meses de Junho e Julho de 2010, através de entrevista, efectuada por 3 das 10 colaboradoras previstas, previamente preparadas para o efeito. Na maior parte das vezes, as colaboradoras eram do conhecimento social do indivíduo entrevistado, de forma a aumentar a participação e a minimizar as objecções e os receios na prestação de informações do foro pessoal. Dado o tempo médio estimado para cada entrevista, calculou-se ser possível realizar pelo menos cinco entrevistas diárias. As entrevistas foram precedidas com explicação dos objectivos do estudo tendo sido efectuadas, no caso da amostra em análise, a indivíduos a residirem na freguesia de Santa Margarida da Coutada, nos lugares de Vale de Mestre e Pereira (códigos 70 e 51).

3.4 – PRECEITOS ÉTICO-LEGAIS

A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades das pessoas, levantando questões morais e éticas (Fortin, 1999). É, por isso, necessário obedecer a princípios éticos estabelecidos internacionalmente e respeitar as normas éticas de cada instituição.

Assim, os entrevistadores que colaboraram no processo de recolha de dados garantiram a explicação, antes de cada entrevista, dos objectivos do estudo, a segurança do anonimato e a não utilização das informações fornecidas para outros fins ou por terceiros.

3.5 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

A estatística permite ao investigador organizar, avaliar e interpretar a informação numérica (Fortin, 1999).

Para o tratamento dos dados, e tendo em conta as hipóteses formuladas, distribui-se os indivíduos da amostra por sexo, estado civil, nível de instrução (sem e com escolaridade)

e, em alguns casos, por três grupos etários (65-74 anos; 75-84 anos; e igual ou superior a 85 anos).

Para concretizar a análise estatística dos dados recorreu-se ao programa informático SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 16.0, para Windows Vista.

Os dados foram tratados recorrendo-se a métodos inerentes à estatística descritiva e inferencial. No que se refere à primeira, os dados foram analisados e apresentados em tabelas mostrando cálculos referentes a frequências absolutas (n.º) e relativas (%). No estudo das hipóteses, recorreu-se a testes paramétricos e não paramétricos: teste de independência do Qui-Quadrado (χ^2), testes *t* para amostras independentes e o teste One Way ANOVA (*F*). Dada a dimensão da amostra, optou por agregar-se, em diversos casos, as categorias em análise de forma a garantir a realização do teste do χ^2 . Nos testes de hipóteses o nível de significância considerado foi de 0,05.

4 – ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo encontra-se dividido em três partes distintas. Em primeiro lugar procede-se a uma caracterização da amostra de acordo com a distribuição por sexo, idade, estado civil e nível de instrução.

De seguida, apresenta-se a avaliação funcional do idoso nos aspectos relacionados com os recursos sociais, económicos, saúde física, mental e actividades da vida diária.

Por último, analisa-se a utilização e necessidade sentidas de serviços de saúde e de apoio bem como a sua relação com os recursos sociais, económicos, saúde física, mental e actividades da vida diária.

4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra é constituída por 71 indivíduos a residirem na freguesia de Santa Maria da Coutada, nos lugares de Pereira e Vale de Mestre.

A duração média de cada entrevista, efectuada ao idoso, foi de 47,2 minutos (desvio-padrão de 10,8). O tempo máximo de entrevista foi de 80 minutos. Em 88,4% dos casos, foi o idoso quem respondeu ao questionário. Apenas em 11,6% das entrevistas foi necessário recorrer à ajuda do informante em conjunto com o idoso para responder às questões.

Passa-se a analisar as variáveis demográficas, apresentadas em tabelas de frequências absolutas e relativas, que caracterizam os indivíduos em estudo.

Tabela 4 – Distribuição da população idosa segundo as características sócio-demográficas

Variáveis		N	%
Sexo	Masculino	30	44,1%
	Feminino	38	55,9%
Grupo etário	65-74	41	57,7%
	75-84	22	31%
	Igual ou superior a 85 anos	8	11,3%

Tabela 4 – Distribuição da população idosa segundo as características sócio-demográficas (continuação)

Variáveis		N	%
Nível de instrução	Não sabe ler nem escrever	16	23,2%
	Sabe apenas ler e escrever	11	15,9%
	Básico primário	36	52,2%
	Básico preparatório	6	8,7%
Estado civil	Casado/a ou união de facto	51	72,9%
	Viúvo/a	19	27,1%

A distribuição da amostra segundo o sexo, mostra, de acordo com a tabela 4, uma maioria do sexo feminino (55,9%) em relação ao sexo masculino (44,1%).

Quanto à idade, tendo em conta os grupos etários definidos anteriormente, observa-se que a faixa etária com maior número de indivíduos é a dos 65 aos 74 anos (57,7%), seguida da faixa etária dos 75 aos 84 anos (31%) e, por último, da faixa etária acima dos 85 anos de idade (11,3%). A média de idades é de 74,15 anos, sendo a idade mínima de 65 anos e a máxima de 97 anos (desvio padrão=7,6).

Relativamente à instrução, encontram-se situações que vão desde não saber ler nem escrever (23,2%) ao ensino básico preparatório (8,7%). A maioria dos indivíduos possui o ensino básico primário (52,2%).

Quanto ao estado civil da amostra, observa-se na tabela 4, que a maioria dos indivíduos da amostra referem ser casados ou a viver em união de facto (72,9%). Apenas 19 indivíduos referem ser viúvos (27,1%).

Tabela 5 – Distribuição da população idosa de acordo com o sexo e grupo etário

Variáveis	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
Grupo etário	N	%	N	%		
[65-74[21	31,3%	17	25,4%	38	56,7%
[75-84[6	9%	15	22,4%	21	31,3%
≥85	3	4,5%	5	7,5%	8	11,9%
Total	30	44,8%	37	55,2%	67	100%

Conforme se pode verificar na tabela 5, a distribuição por grupos etários é caracterizada por uma diminuição da população ao longo dos diferentes grupos etários mais acentuada nos indivíduos do sexo masculino. Constata-se que há mais homens na faixa

etária dos 65 aos 74 anos de idade (31,3%) e mais mulheres nas faixas etárias acima dos 75 anos de idade (29,9%). Na comparação da população de acordo com o sexo e a idade, optou-se por realizar o teste *t* para amostras independentes. Neste caso, obtém-se $|t|=0,902$ e $p=0,371$. Conclui-se, assim, que, na amostra em estudo, não há diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e a idade.

Tabela 6 – Distribuição da população idosa de acordo com o sexo e nível de instrução

Variáveis	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
Instrução	N	%	N	%	N	%
Não sabe ler nem escrever	2	3%	13	19,7%	15	22,7%
Sabe apenas ler e escrever	5	7,6%	5	7,6%	10	15,2%
Básico primário	20	30,3%	15	22,7%	35	53%
Básico preparatório	1	1,5%	5	7,6%	6	9,1%
Total	28	42,4%	38	57,6%	66	100%

No que se refere à instrução (tabela 6), quando se compara o sexo com a instrução dos indivíduos, observa-se que as mulheres possuem níveis de instrução mais baixos do que os homens. Nesta análise, de forma a poder-se realizar o teste do Qui-Quadrado (χ^2), optou-se por agrupar as quatro categorias existentes em duas: sem escolaridade (não sabe ler nem escrever/sabe ler e escrever) e com escolaridade (ensino básico primário/ensino preparatório). Os valores obtidos são de $\chi^2=3,4$ e $p=0,064$ pelo que se conclui, uma vez mais, que não há significância estatística nas diferenças observadas entre o sexo e o nível de instrução.

Tabela 7 – Distribuição da população idosa de acordo com o sexo e o estado civil

Variáveis	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
Estado civil	N	%	N	%	N	%
Casado/a ou união de facto	27	40,3%	22	32,8%	49	73,1%
Viúvo/a	2	3%	16	23,9%	18	26,9%
Total	29	43,3%	38	56,7%	67	100%

Relativamente ao estado civil e o sexo (tabela 7), o valor do teste do χ^2 foi de 10,4 e $p=0,001$ pelo que pode afirmar-se que existe significância estatística nas diferenças entre o sexo e o estado civil, na amostra estudada. Esta diferença existe, essencialmente, devido a

um menor número de homens viúvos relativamente ao que seria de esperar para que não houvessem diferenças significativas.

Em resumo, na análise das características sócio-demográficas apenas se encontrou relação entre o sexo e o nível de instrução, verificando-se um nível mais baixo de instrução nas mulheres idosas.

4.2 – AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO INDIVÍDUO

Na avaliação funcional do idoso foram analisadas cinco áreas principais (recursos sociais, recursos económicos, saúde física, saúde mental e actividades de vida diária) em função das características sócio-demográficas anteriormente apresentadas (sexo, idade, nível de instrução e estado civil).

A tabela 8 mostra a distribuição da população idosa de acordo com a avaliação dos recursos sociais, recursos económicos, saúde física, saúde mental e actividades da vida diária.

Tabela 8 – Distribuição da população idosa de acordo com a avaliação funcional

Variáveis	Classificação	N	%
Recursos sociais	Excelentes	7	10,6%
	Bons	20	30,3%
	Limitação pequena	19	28,8%
	Limitação moderada	3	4,5%
	Limitação grave	8	12,1%
	Limitação total	9	13,6%
Recursos Económicos	Excelentes	5	7%
	Bons	15	21,1%
	Limitação pequena	16	22,5%
	Limitação moderada	6	8,5%
	Limitação grave	22	31%
	Limitação total	7	9,9%
Saúde Física	Excelente	-	-
	Boa	-	-
	Limitação pequena	5	7%
	Limitação moderada	21	29,6%
	Limitação grave	40	56,3%
	Limitação total	5	7%

Tabela 8 – Distribuição da população idosa de acordo com a avaliação funcional (continuação)

Variáveis	Classificação	N	%
Saúde Mental	Excelente	-	-
	Boa	2	2,8%
	Limitação pequena	28	39,4%
	Limitação moderada	27	38,0%
	Limitação grave ou total	13	18,3%
Actividades de Vida Diária	Excelentes ou boas	24	34,3%
	Limitação pequena	28	40,0%
	Limitação moderada	13	18,6%
	Limitação grave	4	5,7%
	Limitação total	1	1,4%

A análise da tabela mostra que a população idosa, da amostra em estudo, apresenta uma boa avaliação dos recursos sociais (30,3%) seguida de limitações pequenas a nível destes recursos (28,8%). As limitações graves são referidas por 12,1% dos idosos e as totais por 13,6%.

Relativamente à avaliação dos recursos económicos, a tabela mostra que os idosos em análise, apresentam, na sua maioria (31%), limitações graves seguidas de limitações pequenas (22,5%). Da amostra estudada, 21,1% dos idosos possuem uma boa avaliação dos recursos económicos, 8,5% possuem limitações moderadas e 9,9% limitações totais. Apenas 7% dos idosos possuem uma excelente avaliação dos recursos económicos.

Quanto à avaliação da saúde física, a amostra em estudo apresenta na sua maioria limitações graves (56,3%) seguidas de limitações moderadas (29,6%). Nenhum indivíduo apresenta uma avaliação da saúde física excelente ou boa.

Em relação à avaliação da saúde mental, 39,4% dos idosos possuem limitações pequenas e 38% limitações moderadas. De notar que 18,3% dos idosos apresentam limitações graves a nível da saúde mental.

Por último, relativamente à avaliação das actividades da vida diária, 40% dos idosos apresentam limitações pequenas e 34,3% possuem uma boa avaliação das actividades da vida diária. As limitações graves são referidas por 18,6% dos idosos em análise.

Na análise da relação entre a avaliação funcional e as características sócio-demográficas houve necessidade de, em alguns casos, proceder ao agrupamento da classificação da avaliação dos recursos sociais, recursos económicos, saúde física, saúde

mental e actividades da vida diária bem como ao agrupamento dos níveis de instrução à semelhança do que já havia ocorrido anteriormente.

A tabela seguinte permite observar os resultados obtidos com recurso aos testes estatísticos.

Tabela 9 – Relação entre as características sócio-demográficas e a avaliação funcional

Variáveis Dependentes:	Variáveis Independentes:	Sexo	Idade	Estado Civil	Nível de Instrução
Recursos sociais		n.s.	n.s.	n.s.	$\chi^2=6,98^*$
Recursos Económicos		n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Saúde Física		n.s.	n.s.	n.s.	$\chi^2=5,2^*$
Saúde Mental		n.s.	n.s.	n.s.	$\chi^2=3,59^*$
Actividades de Vida Diária		-	$F=5,47^{**}$	$\chi^2=7,37^*$	$\chi^2=7,22^*$

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Na análise à avaliação dos recursos sociais de acordo com o sexo, os valores obtidos foram $\chi^2=2,6$ e $p=0,275$, pelo que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e a avaliação dos recursos sociais.

Na avaliação dos recursos sociais de acordo com o nível de instrução, o valor que se obteve para o teste χ^2 foi de 6,98 e $p=0,03$ pelo que existe relação entre o nível de instrução e a avaliação dos recursos sociais. Esta diferença existe devido a um maior número de idosos sem escolaridade, com limitações pequenas e moderadas, a nível da avaliação dos recursos sociais, relativamente ao que seria de esperar para que não existissem diferenças significativas.

Quando se testa a relação entre o estado civil e os recursos sociais, conclui-se que o teste do χ^2 foi de 3,2 e $p=0,2$, o que denota não existir relação entre as duas variáveis.

Relativamente à análise da relação entre a idade e os recursos sociais, o resultado do teste foi de $F=1,809$ e $p=0,109$ implicando que não hajam diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis.

Quanto à avaliação dos recursos económicos de acordo com o sexo da amostra estudada, o valor do teste do χ^2 obtido foi de 1,2 e o valor de p foi de 0,56 pelo que se conclui que não há diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e a avaliação dos recursos económicos na população idosa em estudo.

Quanto ao nível de instrução, o valor do teste do χ^2 obtido foi de 4,2 e $p=0,12$, pelo que não existe diferença estatisticamente significativa entre o nível de instrução e a avaliação dos recursos económicos.

Relativamente ao estado civil e recursos económicos, o valor do teste foi de χ^2 foi de 1,1 e $p=0,58$ mostrando que não existe diferença estatisticamente significativa entre o estado civil e a avaliação dos recursos económicos.

Relativamente à idade e a sua relação com a avaliação dos recursos económicos, o valor obtido para o teste ANOVA foi de $F=0,996$ e $p=0,427$ não havendo, assim, relação entre a idade e a avaliação dos recursos económicos.

No caso da avaliação da saúde física de acordo com o sexo, o valor do teste χ^2 obtido foi de 2,3 e p de 0,132. Uma vez mais não existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e a avaliação da saúde física.

Relativamente à análise da influência do nível de instrução na avaliação da saúde física, o valor do teste obtido foi de $\chi^2= 45,2$ e $p=0,025$ pelo que se considera haver diferença estatisticamente significativa entre o nível de instrução e a avaliação da saúde física. Esta diferença existe, essencialmente, devido a um menor número de idosos sem escolaridade com limitações pequenas ou moderadas relativamente ao que seria de esperar para que não houvessem diferenças significativas.

Quanto à análise da influência do estado civil relativamente à avaliação da saúde física o valor que se obtém para χ^2 é de 2,4 e $p=0,118$ pelo que não há diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e a avaliação da saúde física.

Relativamente à idade e a sua relação com a avaliação da saúde física, o valor obtido para o teste ANOVA foi de $F=2,698$ e $p=0,053$ pelo que se considera, em princípio, não haver diferenças estatisticamente significativas entre estas duas variáveis.

No que se refere à avaliação da saúde mental relativamente ao sexo, os valores obtidos foram de $\chi^2= 0,0$ e $p=0,952$ pelo que não existe diferença estatisticamente significativa entre o sexo e a avaliação da saúde mental.

Quanto ao estado civil e a avaliação da saúde mental, o valor obtido para χ^2 foi de 2,2 e $p=0,141$ pelo que não se considera haver diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis.

Relativamente ao nível de instrução e a avaliação da saúde mental, o valor do teste χ^2 foi de 3,59 e $p=0,030$ pelo que existe diferença estatisticamente significativa entre estas variáveis. Esta diferença resulta de um número de idosos sem escolaridade, com limitações

graves ou totais, superior ao que seria de esperar para que não houvessem diferenças significativas.

Na análise da relação entre a idade e a avaliação da saúde mental o valor do teste F foi de 0,351 e $p=0,843$ pelo que não existe diferença estatisticamente significativa entre estas duas variáveis.

No que se refere às actividades de vida diária, na análise desta variável com o sexo da população idosa, não foi possível realizar o teste χ^2 , na medida em que 40% das células apresentavam valor esperado inferior a 5 e não havia possibilidade de se proceder a agrupamentos de categorias.

Relativamente à avaliação das actividades da vida diária e o nível de instrução, o valor do teste χ^2 foi de 7,22 e $p=0,02$ pelo que existe diferença estatisticamente significativa entre estas variáveis. Essa diferença é explicada por um valor inferior ao que seria de esperar de idosos sem escolaridade com boa avaliação das actividades de vida diária. Isso significa que há um número superior de idosos sem escolaridade com limitações a este nível.

No que se refere às actividades de vida diária e o estado civil o valor do teste χ^2 foi de 7,37 e $p=0,02$ pelo que existe relação entre estas variáveis. Esta diferença deve-se, essencialmente, a um número superior de idosos viúvo/as com limitações moderadas, graves ou totais relativamente à avaliação das actividades de vida diária face ao que seria de esperar para que essa diferença não existisse.

Quanto à avaliação das actividades de vida diária e a idade, o valor do teste F foi de 5,47 e $p=0,001$. Na análise destas variáveis verifica-se que há diferença estatisticamente significativa, isto é, que a avaliação das actividades diárias depende da idade.

4.3 – UTILIZAÇÃO E NECESSIDADE SENTIDA DE SERVIÇOS

De forma a compreender se a oferta dos serviços de saúde e de apoio vai ao encontro das necessidades sentidas da população idosa, procedeu-se a uma análise da distribuição da população idosa no que se refere à utilização e à necessidade sentida desses serviços.

Tabela 10 – Distribuição da população idosa de acordo com a utilização e necessidade de serviços

Serviços:	Utilização				Necessidade			
	Sim		Não		Sim		Não	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Transporte	57	82,6%	12	17,4%	29	41,4%	41	58,6%
Sociais	41	59,4%	28	40,6%	52	74,3%	18	25,7%
Emprego	1	1,4%	69	98,6%	-	-	69	98,6%
Viagens	52	74,3%	18	25,7%	55	78,6%	15	21,4%
Desporto	8	11,4%	62	88,6%	24	34,3%	46	65,7%
Preparação para AVD	4	5,7%	66	94,3%	14	20%	56	80%
Saúde mental	6	8,6%	64	91,4%	16	22,9%	54	77,1%
Medicamentos psicotrópicos	21	30%	49	70%	23	32,9%	45	64,3%
Cuidados pessoais	15	21,4%	55	78,6%	4	5,7%	65	92,9%
Cuidados enfermagem	1	1,4%	70	98,6%	4	5,7%	64	91,4%
Fisioterapia	13	18,6%	57	81,4%	15	22,1%	50	73,5%
Supervisão contínua	6	8,6%	64	91,4%	4	5,7%	64	91,4%
Monitorização	51	72,9%	19	27,1%	26	37,1%	43	61,4%
Realojamento	1	1,4%	69	98,6%	8	11,4%	61	87,1%
Serviços domésticos	16	22,9%	54	77,1%	15	21,4%	53	75,7%
Preparação de refeições	24	34,3%	46	65,7%	20	28,6%	49	70%
Administrativos	7	10%	63	90%	7	10%	63	90%
Avaliação sistemática	3	4,3%	67	95,7%	34	48,6%	30	42,9%
Serviços coordenação	15	21,4%	54	77,1%	44	62,9%	21	30%

Como se pode verificar na tabela 10, os serviços mais utilizados pelos idosos em análise foram os de transporte (82,6%), seguidos dos de viagens (74,3%), monitorização (72,9%) e sociais (59,4%). A maior parte dos idosos utiliza o transporte para se deslocar sozinho ou com familiar. Em média, os idosos deslocam-se 1,2 vezes por semana (desvio-padrão igual a 1,2). Em relação aos serviços de viagens, 74,3% dos idosos viajou nos últimos 6 meses e 54,3% espera ainda viajar no corrente ano. Relativamente aos serviços de monitorização, 72,9% dos idosos refere ter tido contacto regular com alguém que se interessa em saber como está. Na maior parte das vezes, essa pessoa foi um familiar. Quanto aos serviços sociais ou recreativos, 59,4% dos idosos refere ter participado nos últimos 6 meses e refere participar, em média, uma vez por semana neste tipo de actividades.

Os serviços menos utilizados foram os de emprego, cuidados de enfermagem e realojamento (98,6%), seguidos dos de avaliação sistemática (95,7%), preparação de

actividades de vida diária (94,3%), supervisão contínua e saúde mental (91,4%) e administrativos (90%).

Os serviços mais referenciados como necessários foram as viagens direccionadas para idosos (78,6%), os serviços sociais (74,3%), coordenação (62,9%), transporte (41,4%), monitorização (37,1%) e desporto (34,3%). De forma menos significativa, são também mencionados a preparação de refeições (28,6%), serviços de saúde mental (22,9%), fisioterapia (22,1%), os serviços domésticos (21,4%), participação de AVD (20%). Os serviços considerados menos necessários, para a população idosa, foram os de emprego (98,6%), cuidados pessoais (92,9%), cuidados de enfermagem e supervisão contínua (91,4%), administrativos (90%) e realojamento (87,1%).

A tabela 11 mostra os resultados dos testes estatísticos realizados para analisar a relação entre as características sócio-demográficas da população idosa (sexo, idade, estado civil e nível de instrução) e as necessidades sentidas de serviços de saúde e de apoio.

Tabela 11 – Relação entre as características sócio-demográficas e as necessidades de serviços

Variáveis Dependentes:	Variáveis Independentes:	Sexo	Idade	Estado Civil	Nível de Instrução
Transporte		n.s.	n.s.	n.s.	$\chi^2=6,4^*$
Sociais		n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Emprego		-	-	-	-
Viagens		n.s.	n.s.	-	n.s.
Desporto		n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Preparação para AVD		n.s.	n.s.	-	n.s.
Saúde mental		n.s.	n.s.	-	n.s.
Medicamentos psicotrópicos		-	n.s.	-	$\chi^2=9,9^{**}$
Cuidados pessoais		-	n.s.	-	-
Cuidados enfermagem		-	n.s.	-	n.s.
Fisioterapia		-	n.s.	-	n.s.
Supervisão contínua		-	n.s.	-	n.s.
Monitorização		-	n.s.	-	n.s.
Realojamento		-	n.s.	-	-
Serviços domésticos		-	n.s.	-	n.s.
Preparação de refeições		-	$ t =2,68^{**}$	-	n.s.
Serviços administrativos		-	n.s.	-	n.s.
Avaliação sistemática		-	n.s.	-	n.s.
Serviços coordenação		-	n.s.	-	n.s.

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Da análise à tabela 11, conclui-se que não foi possível efectuar testes estatísticos com a amostra em questão, no que se refere à relação entre alguns recursos e as características sócio-demográficas. Na sua maioria, quando foi possível realizar os testes não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis.

No entanto, foi possível confirmar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre algumas variáveis. Em primeiro lugar, confirmou-se que há relação entre a necessidade de medicamentos psicotrópicos e o nível de instrução. A diferença encontrada deve-se, essencialmente, ao maior número de idosos sem escolaridade que necessitam de medicamentos deste foro relativamente ao que seria de esperar para não existir diferença. O teste *t* revelou também que existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e a necessidade de serviços de preparação de refeições. Não foi possível estabelecer relações com a variável necessidade de serviços de emprego na medida em que nenhum idoso referiu ter necessidade deste tipo de serviço (tabela 10). Por último, foi possível concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre a necessidade de serviços de transporte e o nível de instrução. Neste caso, há um maior número de idosos sem escolaridade que necessita de serviços de transporte do que o esperado para não existirem diferenças.

5 - DISCUSSÃO

Os dados apresentados na análise permitiram ter uma ideia clara das características da amostra estudada e inferir as conclusões e resultados apresentados de seguida.

Este estudo consistiu numa avaliação multidimensional de idosos, não institucionalizados, que envolveu os recursos sociais, económicos, saúde física, saúde mental, capacidade funcional (actividades de vida diária) e a utilização e necessidade sentida de serviços de saúde e de apoio.

O trabalho desenvolvido permitiu caracterizar uma pequena parte da população idosa do concelho de Constância e desenvolver o seu perfil, nas dimensões referenciadas anteriormente. Foi, também, possível identificar os recursos existentes, as necessidades e a utilização desses serviços por parte da população.

A amostra estudada é uma amostra pequena que resulta de uma avaliação preliminar aos questionários já preenchidos e entregues ao CEISUC até Setembro de 2010. Trata-se de uma primeira abordagem a um estudo que englobará cerca de 1 000 idosos.

A amostra é constituída por 71 indivíduos que possui uma distribuição por grupo etário semelhante à descrita em outros estudos (Rodrigues, 2009; Ferreira *et al.*, 2006; Nogueira, 2003). A média de idades da amostra analisada foi de 74,2 anos. Neste estudo, 31% dos idosos tinham entre 75 e 84 anos de idade e 11,3% tinham idade igual ou superior a 85 anos. De acordo com Nogueira (2003), esses valores foram semelhantes aos da realidade nacional, em 2000, que apontavam para 38,4% dos idosos com idade superior a 74 anos.

Um facto a ter em conta ao comparar os dados deste estudo com outros semelhantes é a idade a partir da qual se considera que o indivíduo é idoso. Nos estudos realizados em Portugal, a população idosa estudada surge sempre com idade igual ou superior a 65 anos embora, para alguns autores, faça sentido tomar em consideração como medida do grau de envelhecimento de uma população a percentagem de pessoas com mais de 60 anos. Para alguns investigadores entre os 60 e os 65 anos de idade há um período de transição sobre o qual deveriam incidir medidas preventivas a incluir nas políticas sociais e de saúde para a terceira idade.

A distribuição de homens e mulheres encontra-se de acordo com a tendência demográfica nacional e internacional. As estatísticas nacionais apontam para 1,4 mulheres

idosas por cada homem idoso (Nogueira, 2003). De facto, neste estudo, o número de mulheres idosas aproxima-se desta proporção, verificando-se a existência de 38 mulheres idosas (55,9%), com idade média de 75 anos (desvio-padrão de 8,3), e 30 homens idosos (44,1%), com uma média de idade de 73,3 anos (desvio-padrão de 7). Na amostra em estudo, verifica-se um maior número de mulheres (29,9%) do que homens (13,5%) sobretudo nos grupos etários mais velhos (acima dos 75 anos de idade) o que se justifica dada a sobremortalidade masculina e a maior longevidade feminina.

Relativamente à instrução, 37,9% dos idosos não possuem escolaridade e destes apenas 15,2% sabe ler e escrever. Dos indivíduos analisados, 62,1% possuem escolaridade essencialmente a nível do ensino básico (53%). Na amostra em causa, 27,3% das mulheres idosas não possui qualquer tipo de escolaridade. Por sua vez, apenas 10,6% dos homens idosos não frequentou qualquer nível de instrução. Uma vez mais os padrões demográficos nacionais são seguidos na medida em que os níveis mais baixos de instrução pertencem na sua maioria às mulheres idosas (Nogueira, 2003).

Quanto ao estado civil, há mais mulheres viúvas do que homens, isto é, há mais mulheres a viver só (16,2%) do que homens (4,4%) o que também é explicado graças à sobremortalidade masculina e à maior esperança de vida das mulheres. Nos idosos analisados, constatou-se que existe relação entre o seu estado civil e o sexo devido, essencialmente, ao menor número de homens viúvos relativamente ao que seria de esperar para que não houvessem diferenças significativas o que vai, uma vez mais, ao encontro do referido anteriormente. Conforme explicado na parte teórica deste trabalho, os homens idosos têm maior probabilidade de viver com outra pessoa do que as mulheres idosas. Essa realidade é resultado da maior esperança de vida das mulheres, da tendência dos homens casarem com mulheres mais novas e de uma maior probabilidade de os homens idosos, quando enviuvam, contraírem segundo casamento (United Nations, 2009). No que respeita à coabitação, de acordo com Rodrigues (2009), os resultados obtidos são similares aos observados por outros autores, em que o cônjuge apresenta-se como a situação mais frequente de coabitação (70,4%) seguido de sozinho (21,1%).

Após a análise das características significativas da amostra passa-se à discussão das hipóteses formuladas.

A primeira hipótese proposta deste estudo foi que existe relação entre a avaliação da dependência funcional (recursos sociais, económicos, saúde física, mental e actividades da vida diária) e as características sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil e nível de

instrução) da população com idade superior a 65 anos, residente no domicílio ou em lares, no concelho de Constância.

Na análise à **avaliação dos recursos sociais** verifica-se que a maior parte dos idosos estudados refere uma boa avaliação (30,3%) seguida de limitações pequenas a nível deste tipo de recursos (28,8%). Dos idosos entrevistados, 64,7% referem ter poucos contactos seguidos de 26,5% que consideram ter muitos contactos a nível social. De uma forma geral, os contactos são pouco satisfatórios (52,9%) ou muito satisfatórios (32,9%). A maior parte dos idosos (69,6%) refere possuir ajuda por longo tempo e apenas 24,6% referem não ter qualquer ajuda. No que respeita à relação desta dimensão com as características sócio-demográficas verifica-se que apenas existe relação com o nível de instrução. Na verdade esta diferença é explicada por um número maior, relativamente ao esperado, de idosos sem escolaridade, com limitações pequenas e moderadas. Nogueira (2003) encontrou, de igual forma, no seu estudo relação entre o nível de instrução e a avaliação dos recursos sociais. O défice de escolaridade pode, eventualmente, condicionar os contactos com amigos ou vizinhos. No entanto, na amostra em análise, a avaliação geral dos recursos sociais é positiva o que pode denotar o apoio da estrutura familiar.

Relativamente à **avaliação dos recursos económicos**, este estudo mostra, uma vez mais, que os idosos analisados referem limitações pequenas a nível destes recursos (22,5%) ou uma boa avaliação destes (21,1%). De facto, 43% dos idosos considera estar em situação de igualdade, a nível de recursos económicos, perante outros idosos ou mesmo em situação melhor (21%). A análise aos dados permite observar que a maior parte dos idosos não exerce nenhuma actividade, encontrando-se em situação de reforma. A adequação objectiva do rendimento é um pouco inadequada em 26,8% dos casos e totalmente inadequada, em 40,6% dos casos, na avaliação subjectiva. Neste estudo, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre a avaliação dos recursos económicos e as características sócio-demográficas.

No âmbito da **avaliação da saúde física**, os idosos analisados referiram limitações graves (56,3%) e moderadas (29,6%). Verificou-se uma grande diversidade no número de condições graves, relativamente à saúde física, que cada idoso possui sendo que, de uma forma geral, 90,1% das patologias são consideradas graves e sujeitas a tratamento médico com alguma intensidade (42,3%). No que se refere à avaliação da saúde física, foi encontrada relação apenas entre o nível de instrução e a avaliação da saúde física. Esta diferença existe, essencialmente, devido a um menor número de idosos sem escolaridade, com limitações pequenas ou moderadas, relativamente ao que seria de esperar para que

não houvessem diferenças significativas. Isso significa que há mais idosos sem escolaridade, com limitações graves. O défice de escolaridade pode eventualmente, uma vez mais, contribuir para uma maior dificuldade de acesso a serviços de saúde na medida em que os idosos podem desconhecer os serviços de que dispõem ou como acedê-los. Consequentemente, o défice de instrução pode explicar as limitações mais graves existentes a nível da saúde física. Quando se analisou a relação entre a idade e a avaliação da saúde física, o valor de p foi de 0,053, muito próximo do nível de significância escolhido de 0,05 pelo que se pode afirmar que pode haver uma ligeira relação entre estas duas variáveis. Dada a exiguidade da amostra não foi possível comparar os grupos etários com a avaliação da saúde física.

Quanto à **avaliação da saúde mental**, na sua maioria, os idosos analisados apresentaram limitações pequenas (39,4%) ou moderadas (38%). Apesar de 71,4% dos idosos entrevistados referirem que sempre ou quase sempre andam preocupados, 45,7% considera ter uma vida interessante e a maioria (68,6%) considera estar razoavelmente satisfeito com a sua vida. Dos idosos entrevistados, 70,4% considera que a vida não tem alegria na vida. Na avaliação dos sintomas psiquiátricos, verifica-se que 40% dos idosos possuem sintomas leves e 40% sintomas evidentes. Apenas 17,1% apresentam sintomas graves. Não existem muitos estudos de avaliação da saúde mental a nível nacional mas os que existem confirmam a prevalência de alterações da saúde mental na população idosa (Nogueira, 2003). Uma vez mais apenas foi encontrada relação entre o nível de instrução e a avaliação dos recursos económicos. Essa diferença é resultante de um número superior de idosos, sem escolaridade, com limitações graves ou totais, relativamente ao que seria de esperar para que não existissem essas diferenças. Efectivamente, os níveis baixos de instrução podem dificultar a procura de ajuda na resolução dos problemas do foro mental. Por outro lado, os níveis baixo de escolaridade podem contribuir para uma deterioração das funções intelectuais e causar limitações a esse nível (Nogueira 2003).

No que se refere à **avaliação das actividades de vida diária**, a maior parte dos idosos analisados refere limitações pequenas (40%) ou uma boa avaliação destes recursos (34,3%). Nogueira (2003) refere que a capacidade funcional para as actividades de vida diária está relacionada com a análise do risco de dependência. Nesse sentido, dado que a amostra em estudo abrange apenas idosos não institucionalizados, verifica-se uma limitação nesta análise na medida em que os idosos institucionalizados apresentam maiores limitações a este nível. Os resultados obtidos a nível da avaliação das actividades de vida diária são compatíveis com os esperados para indivíduos não institucionalizados. No que se

refere à avaliação das actividades de vida diária, foram encontradas relações com a idade, estado civil e com o nível de instrução. No que se refere ao nível de instrução, a diferença é explicada por um número inferior ao que seria de esperar de idosos sem escolaridade, com boa avaliação das actividades de vida diária, significando que há um número superior de idosos sem escolaridade, com limitações a este nível. Uma vez mais, o défice de escolaridade pode condicionar o conhecimento e o acesso a ajuda neste âmbito. Quanto ao estado civil, a diferença é explicada devido a um número superior de idoso/as viúvo/as com limitações moderadas, graves ou totais relativamente à avaliação das actividades de vida diária. O facto de os idosos viverem sozinhos pode contribuir para o surgimento de dificuldades a nível das suas actividades de vida diária, na medida em que o cônjuge é, habitualmente, a principal fonte de ajuda (Rodrigues, 2009).

A segunda hipótese proposta para este estudo foi que existe relação entre a necessidade de serviços de saúde e de apoio e as características sócio-demográficas (sexo, idade, instrução e estado civil) da população com idade igual ou superior a 65 anos, residente no domicílio ou em lares, no concelho de Constância. A este nível não se encontraram relações ou não se puderam realizar testes estatísticos entre as características sócio-demográficas e as necessidades de serviços sociais, emprego, viagens, desporto, preparação para actividades de vida diária, saúde mental, cuidados pessoais, de enfermagem, fisioterapia, supervisão contínua, monitorização, realojamento, serviços domésticos, administrativos, avaliação sistemática e serviços de coordenação.

No que se refere a **necessidade de serviços de transporte** foi apenas possível encontrar relação entre esta variável e o nível de instrução. Neste caso, verificou-se que há um número maior do que o esperado de idosos, sem escolaridade, que necessita de serviços de transporte. Efectivamente, a falta de escolaridade pode justificar a dificuldade em conduzir carro próprio ou mesmo a utilização dos transportes públicos, na medida em que pode condicionar o acesso a estes.

Relativamente à **necessidade de medicamentos psicotrópicos**, verificou-se existir relação entre esta variável e, uma vez mais, o nível de instrução dos idosos. A diferença estatisticamente significativa encontrada deveu-se a um número maior que o esperado de idosos sem escolaridade a necessitarem deste tipo de medicamentos. Este resultado vai ao encontro do obtido anteriormente no que se refere à relação entre a avaliação da saúde mental e o nível de instrução. Os idosos sem escolaridade apresentaram um maior nível de limitações relativas à avaliação da saúde mental. As eventuais dificuldades dos idosos sem escolaridade em procurar e obter ajuda na resolução dos seus problemas pode influenciar a

necessidade destes serviços. Por outro lado, a possibilidade que existe de os idosos sem instrução terem as suas capacidades intelectuais mais afectadas pode conduzir a um maior número de alterações e, conseqüentemente, aumentar a necessidade dos serviços de saúde mental.

Por último, relativamente à **necessidade de serviços de preparação de refeições** foi encontrada relação entre esta e a idade. Dada a exiguidade da amostra, não foi possível realizar testes estatísticos entre a necessidade deste serviço e os grupos etários criados. Contudo, de uma forma geral, esta necessidade parece constante nos diversos grupos etários.

Na análise efectuada entre a **necessidade de serviços sociais** e o estado civil o valor de p foi muito próximo do nível de significância escolhido para este estudo, pelo que poderá existir uma ligeira relação entre estas variáveis. Nesse caso, poder-se-á dizer que há mais idoso/as viúvo/as do que o esperado que não necessitam deste tipo de serviços.

Analisando-se a utilização dos serviços de saúde e de apoio, verifica-se que os serviços mais utilizados foram os de transporte (82,6%), os de viagens (74,3%), monitorização (72,9%) e sociais (59,4%). Por sua vez, os serviços mais referenciados como necessários foram as viagens (78,6%), serviços sociais (74,3%), coordenação (62,9%), transporte (41,4%), monitorização (37,1%) e desporto (34,3%). Os serviços em comum encontrados, isto é, que são efectivamente utilizados e que, simultaneamente, referenciados como necessários foram os serviços de transporte, viagens, serviços de monitorização e sociais. Esta realidade pode denotar que há um défice na oferta deste tipo de serviços ou que, de alguma forma, a realidade existente não supre na totalidade as necessidades da população idosa. No entanto, só após a descrição exaustiva dos recursos existentes no concelho de Constância será possível analisar se, de facto, os recursos são adequados às necessidades sentidas da população idosa.

6 – CONCLUSÕES

Em Portugal, a determinação das necessidades de serviços de saúde e de apoio, com base na análise da população-alvo, é prática quase inexistente. Tendo em conta a actual realidade da estrutura demográfica da população portuguesa bem como os cenários estimados para o futuro, apresentados anteriormente, torna-se fundamental o estudo da população idosa e das necessidades sentidas de forma a adequar a oferta dos serviços.

O OARS é um instrumento multidimensional, desenvolvido especificamente para idosos, de forma a permitir recolha de informação para avaliação de programas e influenciar a tomada de decisões sobre a oferta de recursos e serviços (Rodrigues, 2009). Centra-se numa avaliação multidimensional dos idosos, devido à multiplicidade de diagnósticos de saúde que possuem, o que permite uma aproximação mais real às verdadeiras necessidades deste grupo populacional (*Ibidem*). A utilização do OARS, de acordo com a sua concepção original e validada para a população portuguesa, revelou-se, neste estudo, de grande utilidade na caracterização da população idosa. No entanto, uma das críticas a este instrumento de medição é a morosidade na sua aplicação e o facto de existirem poucas referências em Portugal da sua aplicação.

No estudo em questão, a caracterização da amostra praticamente não permitiu detectar diferenças entre as características sócio-demográficas: sexo, idade, estado civil e instrução. Apenas entre o sexo e o estado civil foi possível encontrar uma relação.

Para além disso, poucas foram as diferenças encontradas entre as características sócio-demográficas e as dimensões da avaliação da dependência funcional do idoso. A este nível, apenas o nível de instrução interfere com os recursos sociais, a avaliação da saúde física, da saúde mental e das actividades de vida diária. O défice de escolaridade pode, sem dúvida, influenciar o acesso aos cuidados de saúde e de apoio bem como provocar alguma deterioração da saúde mental e dos contactos sociais. A avaliação das actividades de vida diária mostrou ser também dependente da idade e do estado civil. Efectivamente os idosos que vivem sós apresentam maiores dificuldades a este nível.

No que se refere à relação entre as necessidades de serviços de saúde e de apoio e as características sócio-demográficas não se detectaram, na sua maioria, diferenças estatisticamente significativas. As excepções encontradas referem-se ao nível de instrução relativamente à necessidade de serviços de transporte e de medicamentos psicotrópicos e à

idade relativamente à necessidade de preparação de refeições. Uma vez mais, o défice de escolaridade na população idosa pode afectar a utilização dos transportes de forma independente, quer se trate de transporte próprio ou público. Por outro lado, os idosos sem escolaridade poderão ter maior necessidade de recorrer a medicamentos psicotrópicos na medida em que padecem de maiores limitações a nível da saúde mental, conforme foi também constatado neste estudo.

No que se refere à utilização dos serviços, os mais utilizados foram os de transporte, viagens, monitorização e sociais compatíveis com a análise de uma população idosa não institucionalizada. Por sua vez, parte das necessidades sentidas incidem sobre estes mesmos recursos o que pode denotar a necessidade de reforço ou adequação na oferta dos mesmos.

Dada a escassez de associações existentes entre variáveis torna-se difícil comparar estes resultados com os obtidos em estudos semelhantes, de âmbito nacional e internacional.

Na análise efectuada, o OARS revelou-se um bom indicador das necessidades de intervenção e da adequada afectação de recursos para fazer face às necessidades identificadas. Para além disso, revelou ser um instrumento completo e fiável para a caracterização da população idosa.

No entanto, este estudo possui várias limitações. Uma delas refere-se à ausência de sustentação teórica, na explicação de algumas relações, devido à escassez acentuada de informação sobre os indicadores de saúde na população idosa o que impossibilita fazer comparações com dados internacionais e nacionais. Por outro lado, outra das limitações é a morosidade na aplicação de um questionário longo como o OARS, que condiciona a obtenção de dados de forma rápida. Outra das limitações importantes deste estudo que condiciona significativamente a análise é a amostra reduzida e, por último, a ausência de informação exhaustiva sobre os recursos existentes no concelho de Constância de forma a poder-se comparar estes últimos com os recursos percebidos e com a necessidade sentida pela população idosa. Estes dois últimos aspectos condicionaram o presente estudo mas serão ultrapassados no projecto original do CEISUC à medida em que forem sendo aplicados mais questionários e assim que seja possível o levantamento exhaustivo dos recursos existentes, recorrendo à colaboração de todas as partes interessadas.

BIBLIOGRAFIA

- Asadi-Lari, M; Gray, D. Health needs assessment tools: progress and potential. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**. 2005. 21:3, 288-297
- Borsch-Supan, A; Brugiavini, A; Jurges, H; Kapteyn, A; Mackenbach, J; Siegrist, J; Weber, G. **First results from the survey of health, ageing and retirement in Europe (2001-2007)**. Alemanha: Manheim Research Institute for the Economics of Aging, 2008.
- Cavanagh, S; Chadwick, K. Health needs assessment at a glance. **National Institute for Clinical Excellence**. [Em linha]. 2005 [Consult. 2 Jun. 2010]. Disponível em http://www.nice.org.uk/media/150/35/Health_Needs_Assessment_A_Practical_Guide.pdf
- Coster, G; Mays, N; Scott, C; Cumming, J. The impact of health needs assessment and prioritization on District Health Board planning in New Zealand. **International Journal of Health Planning and Management**. 2009. 24:276-289.
- Department of Health – National Health Service. **National service framework for older people**. [Em linha]. London, 2001 [Consult. 9 Aug. 2010]. Disponível em <http://www.doh.gov.uk/nsf/olderpeople.htm>
- Ferreira, PL; Rodrigues, R; Nogueira, D. **Avaliação multidimensional em idosos**. Coimbra: Mar da Palavra, 2006.
- Fillenbaum, GG. **Multidimensional Functional Assessment of Older Adults. The Duke Older Americans Resources and Services Procedures**. Hilldale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.
- Fortin, MF. **O processo de investigação: do conceito à realização**. Lisboa: Lusociência, 1999.
- Graciani, A; Banegas, J; López-Garcia, E; Rodríguez-Artalejo, F. Prevalence of disability and associated social and health-related factors among the elderly in Spain: a population based study. **Maturitas**. [Em linha]. 2004, 48: 381-392. [Consult. 26 Julho 2010]. Disponível em <http://www.elsevier.com/locate/maturitas>

- Harper, S. Addressing the implications of global ageing. **Journal of Population Research**. 2006, Vol. 23, N.º 2.
- Hooper, J; Longworth, P. Health needs assessment workbook. **National Health Service**. [Em linha]. London, 2002. [Consult. 5 Jun 2010]. Disponível em <http://www.hda-online.org.uk>
- Instituto Nacional de Estatística (INE) – **Censos 2001. Resultados preliminares. Região de Lisboa e Vale do Tejo**. [Em linha]. Lisboa, 2001. [Consult. 25 Jun. 2010]. Disponível em <http://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (INE) – **O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas**. [Em linha]. Lisboa, 2002. [Consult. 12 Jun. 2010]. Disponível em <http://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (INE) – **Envelhecimento da população agrava-se no futuro**. [Em linha]. Lisboa, 2003. [Consult. 25 Jun. 2010]. Disponível em <http://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). **Projeções de população residente em Portugal 2008-2060**. [Em linha]. Lisboa, 2009. [Consult. 25 Jun. 2010]. Disponível em <http://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (INE) – **Anuário Estatístico de Portugal 2008**. [Em linha]. Lisboa, 2009. [Consult. 29 Maio 2010]. Disponível em <http://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (INE) – **Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006**. [Em linha]. Lisboa, 2009. [Consult. 13 Maio 2010]. Disponível em <http://www.ine.pt>
- Jack, K; Holt M. Community profiling as part of a health needs assessment. **Nursing Standard**. 2008. 22, 18, 51-56.
- Jordan, J; Wright, J; Ayres, P; Hawkings, M; Thomson, R; Wilkinson, J; Williams, R. Health needs assessment and needs-led health service change: a survey of projects involving public health doctors. **J Health Serv Res Policy**. 2002. Vol. 7, N.º 2 Abril
- Justo, C; Dias, G; Nogueira, D.; Nogueira, F; Escoval, A; Jesuíno, JC. **Eu gostava de ir ver gente**. Lisboa: Campo da Comunicação, 2005.

- Karlsson, S. Edberg, AK; Hallberg, IR. Professional's and older person's assessment of functional ability, health complaints and received care and service. A descriptive study. **International Journal of Nursing Studies**. 2010.
- Lee, S; Ma, GX; Juon, H. Assessing the needs and guiding the future: findings from the health needs assessment in 13 Asian American communities of Maryland in the United States. **J Immigrant Minority Health**. Dezembro, 2009.
- Li, Y; Cao, J; Lin, H; Li, D; Wang, Y; He, J. Community health needs assessment with precede-proceed model: a mixed methods study. **BMC Health Services Research**. 2009. 9:181
- Marín, P. Reflexiones para considerar en una política pública de salud para las personas mayores. **Rev. Méd. Chile**. [Em linha]. 2007, 135: 392-398. [Consult. 3 Jan. 2010]. Disponível em http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_serial&pid=0034-9887&lng=en&nrm=iso
- McHorney, CA. Health status assessment methods for adults: past accomplishments and future challenges. **Annu. Rev. Public Health**. 1999. 20:309-335.
- Melamid, E; Brodbar, G. Matching needs and services: an assessment tool for community – based service systems. **Child Welfare**. 2003. Vol. LXXXII, 84. Julho/Agosto.
- Patiño, PE. **Valoracion multidimensional de la tercera edad en el municipio de Vigo**. Universidad de Santiago de Compostela. Dissertação de Doutoramento, 1994.
- Nogueira, DMS. **Avaliação funcional multidimensional de idosos: estudo de uma população idosa não institucionalizada: caracterização das incapacidades funcionais e utilização dos serviços**. Lisboa: ISCTE, 2003.
- Pickin, S; St. Leger, S. **Assessing Health Need using the Lyfe Cycle Framework**. Buckingham: Open University Press, 1997.
- Rechel, B; Doyle, Y; Grundy, E; Mckee, M. **How can health systems respond to population ageing?** [Em linha]. Denmark, 2009. [Consult. 29 Abril. 2009]. Disponível em <http://www.euro.who.int>

- Rodrigues, R. **Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços**. Coimbra: Mar da Palavra, 2009.

- Shrestha, L. Population Aging in Developing Countries. **Health Affairs**. [Em linha]. 2000, Vol. 19, N.º 3. [Consult. 25 Jun. 2010] Disponível em <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/19/3/204>

- Smith, SM; Long, J; Deady, J; O’Keeffe, F; Handy, D; O’Dowd, T. Adapting developing country epidemiological assessment techniques to improve the quality of health needs assessments in developed countries. **BMC Health Services Research**. 2005. 5,32.

- United Nations – **World Population Ageing 2009**. [Em linha]. 2009. [Consult. 13 Jan. 2010]. Disponível em: [http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009_Working Paper.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009_Working_Paper.pdf)

- United Nations – **World Population Ageing 1950-2050**. United Nations Publications, 2002.

- Walters, K; Iliffe, S; Tai, S; Orrell, M. Assessing needs from patient, carer and professional perspectives: the Camberwell Assessment of Need for Elderly people in primary care. **Age and Ageing**. [Em linha]. 2000, 29: 505-510. [Consult. 9 Aug. 2010]. Disponível em <http://ageing.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/29/6/505>

- World Health Organization – **Active Ageing. A Policy Framework..** [Em linha]. 2002. [Consult. 25 Jun. 2010]. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/en/>

- World Health Organization - **Ageing and life course**. [Em linha]. 2008. [Consult. 25 Jun. 2010]. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/en/>

ANEXO I

Fonte de dados dos factores que influenciam a saúde

Principais influências em saúde

	Ciclo de Vida								
	Fim gravidez a 1 ano	1 semana a 1 ano	[1, 4[anos	[5, 14[anos	[15, 24[anos	[25, 44[anos	[45, 64[anos	[65, 74[anos	Igual ou superior 75 anos
Mortalidade									
Baixo peso no nascimento	✓								
Prematuridade	✓								
Deformações congénitas	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Danos no parto	✓								
Síndrome de morte súbita		✓	✓						
Doenças respiratórias		✓	✓		✓		✓	✓	✓
Doenças do sistema nervoso		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Malnutrição / imaturidade fetal		✓							
Acidentes/violência		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Asfixia fetal		✓							
Infecções			✓		✓				
Doenças oncológicas			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Doenças circulatórias			✓		✓		✓	✓	✓
Distúrbios endocrinológicos, metabólicos, nutricionais e imunitários			✓		✓		✓	✓	
Doenças do aparelho digestivo			✓			✓			
Suicídio					✓	✓	✓	✓	✓
Doenças mentais					✓	✓			
Doenças cardíacas						✓	✓	✓	✓
Doenças genito-urinárias									✓
Morbilidade									
Icterícia neonatal	✓								
Prematuridade	✓								
Parto pélvico	✓								
Cesariana	✓								
Parto com fórceps	✓								
Stress fetal	✓								
Admissões hospitalares		✓	✓	✓					
Consultas médico de família		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Deformações congénitas		✓							
Infecções		✓							
Deficiências			✓	✓					✓
Saúde oral			✓	✓					
Comportamento									
Tabagismo				✓	✓				
Consumo de álcool				✓	✓				
Consumo de drogas				✓	✓				
Gravidez indesejada				✓					
Doenças sexualmente transmissíveis				✓	✓				

Fontes de informação em saúde

	Ciclo de Vida								
	Fim gravidez a 1 ano	1 semana a 1 ano	[1, 4[anos	[5, 14[anos	[15, 24[anos	[25, 44[anos	[45, 64[anos	[65, 74[anos	Igual ou superior 75 anos
Dados demográficos									
Nados vivos	✓								
Partos prematuros	✓								
Nados mortos	✓								
Número de indivíduos		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mortalidade									
Taxa mortalidade perinatal	✓								
Taxa mortalidade infantil		✓	✓						
Taxa de mortalidade				✓	✓	✓	✓	✓	✓
Suicídio					✓				
Morte por doença oncológica						✓	✓	✓	✓
Morbilidade									
Registos pré-natais	✓								
Registos visitas médicas	✓								
Acidentes/violência		✓	✓	✓	✓				
Infecções		✓	✓						
Deformações congénitas		✓		✓					
Doenças oncológicas				✓		✓	✓	✓	✓
Deficiências				✓			✓	✓	✓
Saúde mental				✓	✓				
Sem-abrigo				✓	✓				
Saúde oral						✓	✓	✓	✓
Doenças cardíacas							✓		✓
Menopausa							✓		
Morbilidade relacionada com actividade sexual e fecundidade						✓			

Modificadores da saúde

Ciclo de Vida									
	Fim gravidez a 1 ano	1 semana a 1 ano	[1, 4[anos	[5, 14[anos	[15, 24[anos	[25, 44[anos	[45, 64[anos	[65, 74[anos	Igual ou superior 75 anos
Sócio-económicos									
Classe social	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Taxa de desemprego	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Posse de carro	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Habitação social	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Número de pensionistas a receber subsídio									✓
Ambientais									
Riscos ambientais	✓				✓	✓	✓	✓	✓
Níveis de radiação	✓			✓					
Disponibilidade alimentos frescos	✓								
Qualidade ambiente domicílio		✓							
Áreas de entretenimento seguras			✓						
Poluentes atmosféricos				✓					✓
Poluentes aquáticos				✓					✓
Empregabilidade					✓				
Zona de habitação rural vs urbana					✓	✓	✓		✓
Rede transportes						✓	✓	✓	✓
Ambiente laboral						✓	✓	✓	✓
Étnicos									
Dados censitários	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Culturais									
Proporção de nascimentos fora do casamento	✓								
Idade da mãe	✓								
Análise antropológica e sociológica e análise aos consumidores		✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓

Modificadores da utilização dos serviços

		Ciclo de Vida								
		Fim gravidez a 1 ano	1 semana a 1 ano	[1, 4] anos	[5, 14] anos	[15, 24] anos	[25, 44] anos	[45, 64] anos	[65, 74] anos	Igual ou superior 75 anos
Sócio-económicos										
Distância/tempo chegada aos hospitais	✓									
Utilização dos serviços de urgência			✓	✓						
Utilização dos serviços de cuidados de saúde primários			✓	✓						
Baixo rendimento						✓			✓	✓
Ausência de viatura						✓	✓	✓	✓	✓
Ausência de serviços							✓	✓		✓
Ambientais										
Riscos ambientais	✓									
Acessibilidade			✓	✓	✓	✓	✓			✓
Étnicos										
Dados censitários	✓									
Formas alternativas comunicação			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Culturais										
Estudos antropológicos e sociológicos	✓		✓							
Avaliação da satisfação dos utilizadores	✓		✓							
Crença religiosa						✓	✓			

ANEXO II

Instrumento de colheita de dados



Draft

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL MULTIDIMENSIONAL PARA IDOSOS (OARS)

Código da entrevista _____

Data da entrevista _____ / _____ / _____ Data de nascimento _____ / _____ / _____
Dia Mês Ano Dia Mês Ano

Local da entrevista _____

1. Sexo do/a idoso/a

- Masculino
 Feminino

4. Que estudos completou?

- Não sabe ler nem escrever
 Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino
 Ensino básico primário
 Ensino básico preparatório
 Ensino secundário
 Ensino médio
 Ensino superior
 NS/NR

2. Número de filhos e filhas vivos

_____ Filhas _____ Filhos

3. Idade _____ anos (não perguntar)

5. Questões preliminares

Faça as perguntas 1 à 10 e anote todas as respostas. Só se pergunta a 4a se o idoso não possui telefone. Marque 'certo' ou 'errado' para cada uma das 10 perguntas.

Certo Errado

1. Em que data estamos? Dia, mês, ano ____ / ____ / ____ (tolerância de um dia)
 2. Que dia da semana é hoje?
 3. Como se chama esta localidade?
 4. Qual é o seu número de telefone?
 4a. Qual é o seu endereço? (só se não tem telefone)
 5. Quantos anos tem? _____
 6. Qual é a sua data de nascimento? Dia, mês, ano ____ / ____ / ____
 7. Como se chama o actual Presidente da República?
 8. Como se chamava o anterior Presidente da República?
 9. Qual o seu apelido ou nome de família?
 10. Subtraia 3 de 20. Agora subtraia mais três ...
(20-3=17; 17-3=14; 14-3=11; 11-3=8; 8-3=5; 5-3=2)

_____ Número de respostas erradas _____

_____ Número de respostas certas _____

SE O IDOSO TIVER ERRADO EM MAIS DE 3 PERGUNTAS, APLICAR ESTE QUESTIONÁRIO A UMA OUTRA PESSOA QUE O ACOMPANHE (INFORMANTE).



Draft

RECURSOS SOCIAIS

Agora, gostaríamos de fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua família e amigos.

6. Qual é o seu estado civil?

- Solteiro/a
- Casado/a ou em união de facto
- Viúvo/a
- Divorciado/a ou separado/a
- NS/NR

7. Quem vive consigo na sua casa?

(assinalar as várias respostas dadas)

- Vive sozinho/a
- Cônjuge
- Filhos/as
- Netos/as
- Pais ou sogros
- Irmãos ou cunhados
- Outros familiares
- Amigos
- Alguém com remuneração ou alojamento para cuidar de si *(sem ser familiar)*
- Outros. Especificar _____

8. Quantas pessoas conhece o suficiente para ir a casa delas visitá-las nas suas casas?

Nº _____ (99 se NS/NR)

9. A semana passada, quantas vezes telefonou ou recebeu chamadas de amigos, familiares ou outros? *(se não tem telefone mantém-se a pergunta)*

Nº _____ (99 se NS/NR)

10. A semana passada, quantas vezes passou algum tempo com alguém com quem não vive; quer dizer, foi vê-los ou eles vieram visitá-lo/a, ou saíram para fazer algo juntos?

Nº _____ (99 se NS/NR)

11. Tem alguém em quem possa confiar?

- Sim
- Não
- NS/NR

12. Sente-se sozinho/a?

- Muitas vezes/sempre
- Algumas vezes
- Quase nunca/nunca
- NS/NR

13. Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quanto gostaria?

- Sim
- Não
- NS/NR

14. Há alguém que possa ajudá-lo/a caso esteja doente ou incapacitado/a, por exemplo, o seu cônjuge, um familiar ou um amigo? *(refere-se a ajuda social, não económica)*

- Sim
- Não *(----> P 15)*
- NS/NR

14a. Há sempre alguém que possa cuidar de si?

- Sempre que necessário *(tanto tempo quanto necessário)*
- Por pouco tempo *(de poucas semanas a seis meses)*
- Às vezes *(levar ao médico, preparar uma refeição, etc...)*
- NS/NR

14b. Quem são essas pessoas?

(assinalar as várias respostas dadas)

- Cônjuge
- Irmão/ãs
- Filhos/as
- Netos/as
- Outro parente
- Amigo
- Outros. Especificar _____



RECURSOS ECONÓMICOS

Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua situação laboral.

15. A sua actividade actual é:

- Trabalha a tempo completo
- Trabalha a tempo parcial
- Reformado por idade
- Reformado por invalidez
- Desempregado à procura de trabalho
- Desempregado sem procurar trabalho
- Outros. Especificar _____

- Subsídio por assistência a terceira pessoa €
- Suplemento de pensão a grandes inválidos €
- Pensão social €
- Pensão de viuvez..... €
- Complemento social €
- Pensão de reforma social €
- Outras pensões provenientes de fundos profissionais €
- Pensão de alimentos (em caso de separados ou divorciados) €
- Pensão por filhos deficientes €
- Ajuda financeira regular por parte de membros da família (inclui contribuições regulares por parte dos filhos empregados) ... €
- Outros. Especificar €

16. Que tipo de trabalho teve a maior parte da sua vida?

- Nunca esteve empregado/a
- Doméstico/a
- Trabalhou por conta própria
- Trabalhou por conta de outrém
- NS/NR

17. O seu cônjuge trabalha ou alguma vez trabalhou?

- Sim
- Não (----> P 18)
- Não aplicável (----> P 18)
- NS/NR

17a. Que tipo de trabalho teve ou tem o seu cônjuge?

- Doméstico/a
- Trabalhou por conta própria
- Trabalhou por conta de outrém
- NS/NR

18. De onde provêm os seus rendimentos e os do seu cônjuge?

(assinalar as várias respostas dadas e as quantias)

- Do emprego ou negócio €
- Rendimentos de capital (investimentos, contas poupança, fundos de pensões) e rendas de património €
- Pensão de invalidez €
- Pensão de sobrevivência €
- Pensão de velhice €
- Pensão unificada €
- Complemento de pensão por cônjuge a cargo €
- Subsídio de acompanhante €

19. Quantas pessoas vivem desses rendimentos? (número de pessoas que dependem em pelo menos metade desses rendimentos)

_____ pessoas

20. A casa em que vive é propriedade sua?

- Sim
- Não (----> P 20b)
- NS/NR

20a. Em quanto está avaliada, aproximadamente, a sua casa?

_____ €

20b. Está a pagar renda, empréstimo ou hipoteca?

- Renda €
- Empréstimo ou hipoteca €
- Não, vive em casa cedida gratuitamente
- NS/NR



Draft

20c. Quem paga a renda, empréstimo ou hipoteca?

- Paga o total da renda, empréstimo ou hipoteca
- Recebe uma participação
- A casa não é sua mas não paga renda
- NS/NR

20d. Considera o local onde vive digno para si?

- Sim
- Não
- NS/NR

21. Acha que as suas propriedades e rendimentos são suficientes para fazer face a uma situação inesperada?

- Sim
- Não
- NS/NR

22. Os seus rendimentos são o suficiente?

- Não
- Sim, mas apenas chegam para os seus gastos
- Cobrem sem problemas os gastos
- NS/NR

23. Necessita de ajuda económica ou aumento, para além do que já recebe?

- Sim
- Não
- NS/NR

24. Paga a sua alimentação ou tem ajuda regular para isso?

- Paga (-----> P 25)
- Recebe ajuda
- NS/NR

24a. De quem?

- Família ou amigos
- Toma as refeições numa instituição governamental ou de beneficência
Quantas? ____
- Trazem-lhe as refeições a casa já preparadas
Quantas? ____

25. Acha que necessita de receber algum tipo de ajuda económica para a compra de comida?

- Sim
- Não
- NS/NR

26. Tem algum cartão de saúde?

- Sim. Qual? _____
- Não
- NS/NR

27. O que acha da sua situação económica, por comparação com a de outras pessoas da sua idade?

- Melhor
- Igual
- Pior
- NS/NR

28. Os rendimentos que tem cobrem as suas necessidades?

- Muito bem
- Razoavelmente
- Com dificuldade
- NS/NR

29. Normalmente tem dinheiro para comprar pequenos extras, quer dizer, pequenos caprichos?

- Sim
- Não
- NS/NR

30. Neste momento, acha que terá o suficiente para garantir o seu futuro?

- Sim
- Não
- NS/NR



SAÚDE MENTAL

Em continuação, gostaria de lhe fazer umas perguntas sobre o que sente em relação à sua vida.

31. Com que frequência se preocupa com as coisas em geral?

- Sempre/quase sempre
- Algumas vezes
- Nunca/quase nunca
- NS/NR

32. Em geral, o que acha da sua vida?

- Interessante
- Monótona
- Aborrecida
- NS/NR

33. Como descreveria, em geral, a sua satisfação com a vida?

- Boa
- Regular
- Má
- NS/NR

34. Por favor, responda 'sim' ou 'não' às perguntas seguintes. Não há respostas correctas ou incorrectas, apenas o que melhor se aplica a si. Embora algumas perguntas pareçam não se lhe aplicar tente responder 'sim' ou 'não' conforme lhe parecer mais correcto (assinalar 'sim' ou 'não' para cada uma).

1. Acorda fresco/a e descansado/a quase todas as manhãs?..... Sim Não
2. A sua vida está cheia de coisas que o/a mantêm interessado/a?..... Sim Não
3. Por vezes sentiu vontade de fugir de casa?..... Sim Não
4. Parece-lhe que ninguém o/a compreende?..... Sim Não
5. Teve períodos de dias, semanas ou meses em que não podia ocupar-se de nada porque não aguentava mais?..... Sim Não
6. O seu sono é irregular e inquieto?..... Sim Não
7. É feliz a maior parte do tempo?..... Sim Não
8. Pensa que se trama alguma coisa contra si?..... Sim Não
9. Por vezes sente que não serve para nada?..... Sim Não
10. Nos últimos anos sentiu-se bem a maior parte do tempo?..... Sim Não
11. Sente-se muitas vezes fraco/a?..... Sim Não
12. Tem dores de cabeça?..... Sim Não
13. Tem dificuldade em manter o equilíbrio quando caminha?..... Sim Não
14. Sente palpitações e falta de ar?..... Sim Não
15. Mesmo quando está com outras pessoas sente-se só a maior parte das vezes?... Sim Não

35. Como classifica, em geral, o seu estado mental ou emocional?

- Óptimo
- Bom
- Razoável
- Mau
- NS/NR

36. Comparando com há cinco anos, como classifica hoje o seu estado mental ou emocional?

- Melhor
- Igual
- Pior
- NS/NR



SAÚDE FÍSICA

37. Quantas vezes foi visto/a pelo médico nos últimos seis meses, sem estar internado/a num hospital? (*excluir os psiquiatras*)

____ vezes

38. Nos últimos seis meses, quantos dias esteve tão doente que foi incapaz de realizar as suas actividades do dia-a-dia, como ir trabalhar ou fazer as tarefas da casa?

____ dias

39. Quantos dias, nos últimos seis meses, esteve internado/a no hospital por problemas de saúde física?

____ dias

40. Quantos dias, nos últimos seis meses, esteve internado/a noutra instituição de saúde por problemas de saúde física?

____ dias

41. Acha que necessita de cuidados ou tratamentos médicos para além dos que recebe neste momento?

- Sim
- Não
- NS/NR

42. Poderia dizer-me, por favor, se no último mês lhe receitaram alguns dos seguintes medicamentos?

- Para a artrite
- Para a dor (distintos dos anteriores)
- Para a hipertensão arterial (tensão alta)
- Diuréticos
- Para a insuficiência cardíaca ou arritmias
- Nitroglicerina para a angina de peito
- Anticoagulantes
- Para melhorar a circulação
- Injecções de insulina para diabetes
- Comprimidos para a diabetes
- Para úlcera (sistema digestivo)
- Crise epiléptica
- Para a tiróide
- Corticosteróides
- Antibióticos
- Tranquilizantes ou medicamentos para os nervos
- Medicamentos para dormir (uma vez por semana ou mais)
- Medicamentos hormonais (incluindo a pílula)

43. Que outros medicamentos receitados tomou no último mês?



Draft

44. Tem alguma das seguintes doenças neste momento?

(Para cada resposta afirmativa perguntar: De que modo é que interfere nas suas actividades?)

- | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Artrite ou reumatismo | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Glaucoma | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Asma | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Enfisema ou bronquite crónica | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Tuberculose | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Hipertensão | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Problemas circulatórios dos membros | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Úlceras (sistema digestivo) | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Doença do fígado | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Doenças dos rins..... | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Outras doenças do sistema urinário | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Cancro ou leucemia | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Consequências de A.V.C. | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Doença de Parkinson | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Epilepsia | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Paralisia cerebral | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Esclerose múltipla | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Distrofia muscular | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Consequência da poliomelite | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Doença da tiróide ou outras glândulas | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Doenças da pele (úlceras/escaras, queimaduras...) | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Problemas da fala | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |

45. Tem alguma incapacidade física...

- Não
- Paralisia total
- Paralisia parcial
- Falta de membro/função
- Fractura óssea
- NS/NR

46. Como está a sua visão mesmo com óculos ou lentes de contacto?

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Mal
- Está cego
- NS/NR

47. Como está a sua audição? (sem ajuda)

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Mal
- Está surdo
- NS/NR

48. Neste momento, tem algum outro problema ou doença física que afectem seriamente a sua saúde?

- Sim. Especificar _____
- Não
- NS/NR

DISPOSITIVOS DE APOIO E PRÓTESES

49. Usa alguma das seguintes ajudas sempre ou quase sempre?

- Bengala ou tripé
- Muletas
- Cadeira de rodas
- Ortótese (membros inferiores)
- Ortótese (coluna)
- Membro artificial
- Prótese auricular
- Equipamento de colostomia
- Sonda vesical
- Diálise
- Outros (por ex. dentadura)

Especificar _____



Draft

50. Precisa de alguma ajuda deste tipo que actualmente não tenha?

- Sim (----> P 50a)
- Não (----> P 51)
- NS/NR

50a. Especificar quais?

- Bengala ou tripé
- Muletas
- Cadeira de rodas
- Ortótese (membros inferiores)
- Ortótese (coluna)
- Membro artificial
- Prótese auricular
- Equipamento de colostomia
- Sonda vesical
- Diálise
- Outros (por ex. dentadura)

Especificar _____

51. Tem algum problema de saúde por beber, ou o seu médico alguma vez lhe disse que deveria beber menos?

- Sim
- Não
- NS/NR

52. Pratica regularmente algum tipo de actividade física como cavar a terra, dar longas caminhadas ou praticar algum desporto cansativo?

- Sim
- Não
- NS/NR

53. Como avalia a sua saúde, em geral, neste momento?

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Má
- NS/NR

54. Comparado com há cinco anos como classifica hoje a sua saúde?

- Melhor
- Igual
- Pior
- NS/NR

55. De que modo é que os seus problemas de saúde interferem na sua vida?

- Nada
- Um pouco
- Muito
- NS/NR

ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA - AVD

Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre as suas actividades da vida diária, coisas que todos necessitamos de fazer como parte das nossas vidas diárias. Gostaria de saber se consegue ou conseguiria fazer estas actividades sem qualquer ajuda, com alguma ajuda para as fazer, ou se as não pode fazer.

AVD INSTRUMENTAL

56. É capaz de usar o telefone...

- Sem ajuda (*incluindo procurar números e marcar*)
- Com alguma ajuda (*pode responder a chamadas ou marcar números de emergência, mas necessita ajuda para outros números*)
- É incapaz de utilizar o telefone
- NS/NR

57. Pode ir até locais onde não é possível ir a pé...

- Sem ajuda (*conduz o seu carro, ou viaja sozinho em autocarro ou taxi*)
- Com alguma ajuda (*necessita que alguém o/a ajude ou o/a acompanhe quando viaja*)
- É incapaz de viajar (*a não ser que o faça em veículo especial como uma ambulância*)
- NS/NR

58. Pode ir fazer as compras de alimentos, roupa, etc.? (*assumindo que tem meio de transporte*)

- Sem ajuda (*encarrega-se de tudo o que necessita comprar*)
- Com alguma ajuda (*necessita que alguém o/a acompanhe quando vai às compras*)
- É incapaz de fazer qualquer tipo de compra
- NS/NR

59. É capaz de preparar as suas refeições...

- Sem ajuda (*planeia e prepara-as ele/a mesmo*)
- Com alguma ajuda (*pode preparar algumas coisas mas não todas as refeições*)
- É incapaz de preparar qualquer refeição
- NS/NR



Draft

60. É capaz de fazer as tarefas de casa...

- Sem ajuda (*pode limpar o chão, etc.*)
- Com alguma ajuda (*pode fazer trabalhos leves mas necessita ajuda para os pesados*)
- É incapaz de fazer qualquer trabalho doméstico
- NS/NR

61. É capaz de tomar os seus medicamentos...

- Sem ajuda (*a dose certa na hora certa*)
- Com alguma ajuda (*capaz de tomar os medicamentos se lhos prepararem e/ou se lhe recordarem que tem que os tomar*)
- É incapaz de tomar os seus medicamentos
- NS/NR

62. É capaz de lidar com o dinheiro...

- Sem ajuda (*passar cheques, pagar facturas, etc.*)
- Com alguma ajuda (*administra o dinheiro do dia-a-dia mas necessita ajuda para passar cheques e pagar facturas*)
- É incapaz de administrar o seu dinheiro
- NS/NR

AVD FÍSICO

63. É capaz de comer...

- Sem ajuda (*é capaz de comer sozinho*)
- Com alguma ajuda (*necessita ajuda para cortar a comida, etc.*)
- É incapaz de comer sozinho/a
- NS/NR

64. Pode vestir-se e despir-se sozinho/a...

- Sem ajuda (*é capaz de escolher a roupa, vestir-se e despir-se*)
- Com alguma ajuda
- É incapaz de vestir-se e despir-se sozinho/a
- NS/NR

65. Pode cuidar da sua aparência, por exemplo, pentear-se e (para homens) barbear-se...

- Sem ajuda
- Com alguma ajuda
- É capaz de cuidar da sua aparência
- NS/NR

66. Pode andar...

- Sem ajuda (*excepto de bengala*)
- Com ajuda (*de alguém ou com o uso de muletas ou aparelho de ajuda à marcha*)
- É incapaz de andar
- NS/NR

67. Pode levantar-se e deitar-se na cama...

- Sem ajuda (*de ninguém e sem qualquer dispositivo*)
- Com alguma ajuda (*de uma pessoa ou de um dispositivo*)
- Depende completamente de alguém que o/a levante
- NS/NR

68. Pode tomar banho ou duche ...

- Sem ajuda
- Com alguma ajuda (*necessita de ajuda para entrar ou sair da banheira ou utiliza suporte mecânico na banheira*)
- É incapaz de tomar banho sozinho/a
- NS/NR

69. Tem tido problemas em chegar à casa de banho a tempo?

- Não (----> P 70)
- Sim, mas agora não porque tenho sonda/colostomia (----> P70)
- Sim (----> P 69a)
- NS/NR

69a. Com que frequência se molha ou se suja (tanto de dia como de noite)?

- Uma ou duas vezes por semana
- Três vezes por semana ou mais
- NS/NR

70. Há alguém que o/a ajude em coisas tais como ir às compras, fazer as tarefas da casa, tomar banho, vestir-se ou sair de casa/passear?

- Sim (----> P 70a)
- Não (----> P 71)
- NS/NR

70a. Quem é a sua maior ajuda?

Nome: _____

Relação: _____

70b. Além desta, quem mais o/a ajuda?

Nome: _____

Relação: _____



Draft

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

71. Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas referentes ao tipo da ajuda que recebe, recebeu, ou da que necessita. Queremos saber não só da ajuda de organismos oficiais, mas também da ajuda da sua família ou de amigos.

TRANSPORTE

71-1. Quem o leva para ir às compras, visitar amigos, ir ao médico, etc.? (assinalar todas as respostas)

- Vai sozinho/a
- Familiar
- Amigo
- Transporte público (*autocarro, taxi, etc.*)
- Outro. Especificar _____

71-1a. Em média, quantas deslocações faz por semana, utilizando algum transporte?

___ deslocações por semana

71-1b. Acha que necessita de transporte mais vezes do que dispõe actualmente para visitas, saídas, etc.?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS SOCIAIS/RECREATIVOS

71-2. Nos últimos seis meses, participou em alguma actividade organizada por um grupo local, paróquia, Junta de Freguesia, etc.?

- Sim
- Não (----> P 71-2c)
- NS/NR

71-2a. Quantas vezes por semana participa nessas actividades?

___ vezes por semana

71-2b. Ainda participa nessas actividades ou grupos?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-2c. Acha que necessita de participar neste tipo de actividades?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS DE EMPREGO

71-3. Nos últimos seis meses, alguém o/a ajudou a procurar trabalho ou o aconselhou sobre como conseguir um emprego?

- Sim
- Não (----> P 71-3b)
- NS/NR

71-3a. Quem o/a ajudou?

- Familiar
- Amigo
- Organismo oficial

71-3b. Acha que necessita que alguém o/a ajude a encontrar um emprego?

- Sim
- Não
- NS/NR

VIAGENS

71-4. Durante os dois últimos anos, realizou alguma viagem organizada pela Junta de Freguesia, Câmara Municipal, outras instituições, ou programas dirigidos a idosos ou reformados?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-4a. Fez ou espera fazer alguma viagem deste tipo este ano?

- Sim
- Não
- NS/NR



Draft

71-4b. Acha que necessita de viajar?

- Sim
- Não
- NS/NR

DESPORTO

71-5. Nos últimos seis meses, participou em algum programa de exercício físico ou desporto organizado por alguma instituição, pela Junta de Freguesia, Câmara Municipal, etc.?

- Sim
- Não (----> P 71-5c)
- NS/NR

71-5a. Quantas vezes, por semana, participava nessas actividades?

_____ vezes

71-5b. Ainda participa nesses programas de desporto?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-5c. Acha que necessita fazer algum desporto ou exercício físico?

- Sim
- Não
- NS/NR

PREPARAÇÃO PARA AS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

71-6. Nos últimos seis meses, participou ou assistiu a algum curso de educação de adultos ou qualquer outro tipo de aprendizagem de habilidades pessoais como cuidar de si, ler, caminhar...? (excluir fisioterapia)

- Sim
- Não (----> P 71-6c)
- NS/NR

71-6a. Em média, a quantas sessões deste tipo assistiu nos últimos seis meses?

_____ sessões

71-6b. Actualmente ainda assiste a essas sessões?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-6c. Acha que necessita desta preparação para as suas actividades de vida diária?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

71-7. Nos últimos seis meses, recebeu alguma orientação ou tratamento por problemas pessoais ou familiares, ou por problemas de nervos ou emocionais?

- Sim
- Não (----> P 71-7d)
- NS/NR

71-7a. Nos últimos seis meses, esteve hospitalizado alguma vez por problemas de nervos ou emocionais?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-7b. Nos últimos seis meses, quantas consultas ou sessões teve com médicos, psiquiatras, ou outras pessoas que orientam neste tipo de problemas? (sem estar internado no hospital)

Nº _____

71-7c. Ainda está a receber essa ajuda?

- Sim
- Não
- NS/NR



Draft

71-7d. Acha que necessita tratamento ou que o aconselhem por problemas pessoais ou familiares, ou por problemas de nervos ou emocionais?

- Sim
- Não
- NS/NR

MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

71-8. Nos últimos seis meses, tem tomado algum medicamento receitado para os nervos (tais como calmantes) ou para a depressão?

- Sim
- Não (----> P 71-8b)
- NS/NR

71-8a. Ainda o está a tomar?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-8b. Acha que necessita tomar esse tipo de medicação?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS DE CUIDADOS PESSOAIS

71-9. Nos últimos seis meses, teve alguém que o ajudou nos seus cuidados pessoais diários, por exemplo para tomar banho ou vestir-se, dar-lhe de comer, ou noutros cuidados? (excluir os recebidos no hospital)

- Sim
- Não (----> P 71-9d)
- NS/NR

71-9a. Quem o/a ajudou nesses cuidados?

- Familiar (*não pago*)
- Um amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-9b. Em média, quanto tempo por dia levou essa pessoa a dar-lhe banho, vesti-lo, ajuda-lo a comer, ir à casa de banho, etc.?

- Menos de ½ hora por dia
- ½ hora a 1½ hora por dia
- Mais de 1½ hora por dia
- NS/NR

71-9c. Ainda está a receber essa ajuda?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-9d. Acha que necessita de ajuda para tomar banho, vestir-se, comer, ir à casa de banho, etc.?

- Sim
- Não
- NS/NR

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

71-10. Durante os últimos seis meses, alguém lhe prestou cuidados de enfermagem? Por outras palavras, fizeram-lhe tratamentos ou administraram-lhe medicamentos receitados por um médico? (excluir cuidados de enfermagem prestados no hospital)

- Sim
- Não (----> P 71-10e)
- NS/NR

71-10a. Quem o/a ajudou nesses cuidados?

- Familiar ou amigo (*não pago*)
- Enfermeiro (*não pago*)
- Outra pessoa paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-10b. Em média, quantas horas por dia tem recebido esse tipo de ajuda?

- Só ocasionalmente, não todos os dias
- Só para dar-lhe medicação oral
- Menos de ½ hora por dia
- De ½ hora a 1 hora por dia
- Mais de 1 hora por dia
- NS/NR



Draft

71-10c. Durante quanto tempo recebeu essa ajuda nos últimos seis meses?

- Menos de um mês
- De 1 a 3 meses
- Mais de 3 meses
- NS/NR

71-10d. Ainda recebe cuidados de enfermagem?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-10e. Acha que necessita de cuidados de enfermagem?

- Sim
- Não
- NS/NR

FISIOTERAPIA

71-11. Durante os últimos seis meses, tem feito fisioterapia?

- Sim
- Não (----> P 71-11d)
- NS/NR

71-11a. Quem lhe prestou esses cuidados ou o/a ajudou a realizá-los?

- Familiar ou amigo (*não pago*)
- Fisioterapeuta (*não pago*)
- Outra pessoa paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-11b. Em média, quantas vezes por semana o têm ajudado a fazer esses exercícios?

_____ vezes

71-11c. Ainda faz fisioterapia?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-11d. Acha que necessita de fisioterapia?

- Sim
- Não
- NS/NR

SUPERVISÃO CONTÍNUA

71-12. Durante os últimos seis meses, houve algum período de tempo em que alguém teve que estar consigo, tratando de si, as 24 horas do dia?

- Sim
- Não (----> P 71-12c)
- NS/NR

71-12a. Quem tratou de si ou o/a ajudou?

- Familiar (*não pago*)
- Amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-12b. Ainda tem que estar alguém junto de si as 24 horas?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-12c. Acha que necessita de ter alguém tratando de si as 24 horas?

- Sim
- Não
- NS/NR



Draft

SERVIÇOS DE MONITORIZAÇÃO

71-13. (Se o idoso ainda está a receber supervisão contínua perguntar só a 71-13c. Pessoas que necessitam de supervisão contínua, vivem em instituições ou com familiares presume-se que os recebem).

Durante os últimos seis meses, teve alguém que regularmente, pelo menos cinco vezes por semana, por telefone ou pessoalmente, procurou saber como se encontrava, para se certificar de que tudo estava bem?

- Sim
- Não (----> P 71-13c)
- NS/NR

71-13a. Quem o fez?

- Familiar (*não pago*)
- Amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-13b. E agora, há alguém que procura saber como se encontra, pelo menos cinco vezes por semana?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-13c. Acha que necessita dessa pessoa?
(*assinalar não se respondeu sim em 71-12c*)

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS DE REALOJAMENTO

71-14. Nos últimos seis meses, recebeu alguma ajuda para conseguir uma nova casa ou lugar onde viver, ou para tratar da mudança? (*inclui alojamento em instituições*)

- Sim
- Não (----> P 71-14c)
- NS/NR

71-14a. Quem o ajudou a fazê-lo?

- Familiar (*não pago*)
- Amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-14b. Já conseguiu a nova casa ou colocação em residência para idosos?

- Sim
- Está em lista de espera
- Não lha concederam
- NS/NR

71-14c. Acha que necessita de ajuda para conseguir um (outro) lugar para viver?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS DOMÉSTICOS

71-15. Nos últimos seis meses, tem tido alguém que o/a ajude, regularmente, a fazer as tarefas domésticas, tais como limpar a casa, lavar a roupa, etc.? Quer dizer, o seu cônjuge ou outra pessoa teve que as fazer porque você não era capaz?

- Sim
- Não (----> P 71-15d)
- NS/NR

71-15a. Quem o ajudava fazendo-lhe essas tarefas?

- Familiar (*não pago*)
- Amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-15b. Quantas horas, por semana, empregou para fazer essas tarefas domésticas?

___ horas



Draft

71-15c. Ainda tem alguém que lhe preste essa ajuda?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-15d. Acha que necessita de alguém que o/a ajude nas tarefas em casa?

- Sim
- Não
- NS/NR

PREPARAÇÃO DE REFEIÇÕES

71-16. Durante os últimos seis meses, alguém lhe tem preparado regularmente as refeições ou teve que comer fora de casa? Quer dizer, o seu cônjuge ou outra pessoa teve que cozinhar para si porque não é capaz de fazê-lo?

- Sim
- Não (----> P 71-16c)
- NS/NR

71-16a. Quem lhe preparou as refeições?

- Familiar (*não pago*)
- Um amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-16b. Tem alguém que lhe prepare as refeições?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-16c. Acha que necessita de alguém que lhe prepare regularmente as refeições porque não pode fazê-lo?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, LEGAIS E DE PROTECÇÃO

71-17. Durante os últimos seis meses, alguém o/a ajudou em termos legais, questões ligadas a negócios pessoais ou gestão do seu dinheiro, como por exemplo pagar as suas contas?

- Sim
- Não (----> P 71-17c)
- NS/NR

71-17a. Quem o/a ajudou?

- Familiar
- Amigo
- Alguém a quem paga por essa tarefa (*por ex. advogado*)
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-17b. Tem alguém que o/a ajuda nestas questões?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-17c. Acha que necessita que alguém o/a ajude nestas questões?

- Sim
- Não
- NS/NR

AVALIAÇÃO SISTEMÁTICA MULTIDIMENSIONAL

71-18. Durante os últimos seis meses alguém, como um médico ou assistente social, examinou e avaliou de forma completa o seu estado em geral, incluindo a sua saúde física e mental, e a sua situação social e económica?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-18a. Acha que necessita de alguém que examine e avalie o seu estado em geral?

- Sim
- Não
- NS/NR



Draft

SERVIÇOS DE COORDENAÇÃO, INFORMAÇÃO E APOIO

71-19. Durante os últimos seis meses, alguém viu se tinha o tipo de ajudas que necessitava? Por outras palavras, alguém lhe deu informação sobre os tipos de ajudas que poderia obter ou colocou-o/a em contacto com quem o/a poderia ajudar?

- Sim
- Não (----> P 71-19c)
- NS/NR

71-19a. Quem foi essa pessoa?

- Familiar
- Amigo
- Alguém de uma instituição social ou Segurança Social

71-19b. Há alguém que veja se tem o tipo de ajudas que necessita? Por outras palavras, há alguém que lhe dê informação sobre os tipos de ajudas que poderá obter ou colocá-lo/a em contacto com quem o/a ajude?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-19c. Acha que necessita de alguém que organize ou coordene os tipos de ajuda que necessita e o/a coloque em contacto com quem lhe possa dar essa ajuda?

- Sim
- Não
- NS/NR

72. Este questionário foi realizado ao/à

- Idoso/a
- Informante. Relação _____
- Ambos

ESTA ENTREVISTA TERMINOU. MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.



AS QUESTÕES SEGUINTE SÃ O DIRIGIDAS AO ENTREVISTADOR E DEVEM SER RESPONDIDAS IMEDIATAMENTE APÓS DEIXAR O LOCAL DA ENTREVISTA.

73. Duração da entrevista: _____ minutos

74. A informação objectiva foi obtida do/a:

- Idoso/a
- Familiar
- Outro. Especificar _____

75. As perguntas objectivas obtidas do/a idoso/a e/ou informante são...

- De total confiança
- De confiança na maioria dos casos
- De confiança só em alguns casos
- Não são confiáveis

76. As perguntas subjectivas são:

- De total confiança (----> P 77)
- De confiança na maioria dos casos (----> P 77)
- De confiança só em alguns casos (----> P 77)
- Não são confiáveis (----> P 77)
- Não se obtiveram (----> P 76a)

76a. Porque não respondeu o/a idoso/a às questões subjectivas?

- Afasia/disartria
- Surdez
- Demência
- Oligofrenia
- Demasiado doente
- Não colaborou
- Outro. Especificar _____

RECURSOS SOCIAIS

77. Das seguintes frases, qual descreve melhor a disponibilidade de ajuda que tem o/a idoso/a se estivesse doente ou incapacitado/a?

- Pelo menos uma pessoa estaria disponível para cuidar dele/a indefinidamente
(tanto tempo quanto necessário)
- Pelo menos uma pessoa estaria disponível para cuidar dele/a durante pouco tempo
(de poucas semanas a seis meses)
- A ajuda estaria disponível só de vez em quando
(como levá-lo/a ao médico, preparar-lhe refeições, etc.)
- Nenhuma *(excepto possível ajuda de emergência)*

78. Qual das seguintes frases descreve melhor as relações sociais do/a idoso/a?

- Muito satisfatórias, amplas
- Moderadamente satisfatórias, adequadas
- Não satisfatórias, de escassa qualidade, poucas



RECURSOS ECONÓMICOS

79. Na sua opinião, qual das seguintes frases descreve melhor os rendimentos do/a idoso/a?

- Amplos, folgados
- Satisfatórios
- Algo insuficientes
- Totalmente insuficientes
- Não tem qualquer tipo de rendimentos

80. Na sua opinião, o/a idoso/a tem economias?

- Sim
- Não (*ou são escassas*)

81. Na sua opinião, qual das seguintes frases descreve melhor o grau com que se cobrem as necessidades do/a idoso/a?

- Cobrem a alimentação, habitação, vestuário, cuidados de saúde e permitem-lhe pequenos luxos
- Cobrem a alimentação, habitação, vestuário, cuidados de saúde, mas não lhe permite pequenos luxos
- Não cobrem a alimentação, ou habitação, ou vestuário, ou cuidados de saúde e nem lhe permite pequenos luxos
- Não cobrem duas ou mais necessidades (*habitação, alimentação, vestuário, cuidados de saúde*) nem lhe permite pequenos luxos

SAÚDE MENTAL

82. Tem a impressão de que o/a idoso/a demonstra sentido, ou senso comum, ao fazer juízos e tomar decisões?

- Sim
- Não
- NS/NR

83. Tem a impressão de que o/a idoso/a é capaz de lidar ou fazer frente aos problemas graves que ocorrem na sua vida?

- Sim
- Não
- NS/NR

84. Tem a impressão de que o/a idoso/a acha a vida interessante e divertida?

- Sim
- Não
- NS/NR

85. Durante a entrevista o comportamento do/a idoso/a pareceu-lhe ser:

- Mentalmente alerta e estimulado/a
- Agradável e participativo/a
- Depressivo/a e/ou choroso/a
- Distraído/a ou letárgico/a
- Amedrontado/a, inquieto/a ou extremamente tenso/a
- Cheio/a de queixas físicas não realistas
- Desconfiado/a (mais do que razoável)
- Extravagante ou inapropriado/a em pensamento ou acção
- Excessivamente falador/a, muito alegre ou eufórico/a



SAÚDE FÍSICA

86. O/a idoso/a é obeso/a, mal nutrido/a ou emagrecido/a:

- Não
- Sim, é obeso/a
- Sim, está mal nutrido/a ou emagrecido
- NS/NR

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RECURSOS SOCIAIS

87. Classifique os recursos sociais actuais da pessoa, avaliando-os na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve as circunstâncias presentes da pessoa. As perguntas de recursos sociais são as 6-14 e 77-78.

- Recursos sociais muito bons.** As suas relações sociais são muito satisfatórias e amplas; pelo menos uma pessoa o/a cuidaria indefinidamente.
- Recursos sociais bons.** As suas relações sociais são moderadamente satisfatórias e adequadas e pelo menos uma pessoa o/a cuidaria indefinidamente; **ou** as relações sociais são muito satisfatórias e amplas e só teria disponível uma ajuda temporária.
- Recursos sociais ligeiramente insatisfatórios.** As suas relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; pelo menos uma pessoa o/a cuidaria indefinidamente; **ou** as relações sociais são moderadamente satisfatórias, adequadas e apenas disporia de ajuda por um período curto de tempo.
- Recursos sociais moderadamente insatisfatórios.** As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; só dispõe de ajuda por um período curto de tempo; **ou** as relações sociais são pelo menos ajustadas e satisfatórias, mas a ajuda só seria possível de vez em quando.
- Recursos sociais fortemente insatisfatórios.** As relações são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; e a ajuda só seria possível de vez em quando; **ou** as relações sociais são pelo menos satisfatórias ou adequadas, mas a ajuda não é sequer disponível de vez em quando.
- Recursos sociais totalmente insatisfatórios.** As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; e a ajuda não está sequer disponível de vez em quando.



ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RECURSOS ECONÓMICOS

88. Classifique os recursos económicos actuais da pessoa, avaliando-os na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve as circunstâncias presentes da pessoa. As perguntas de recursos económicos são as 15-30 e 79-81.

- Recursos económicos muito bons.** Os seus rendimentos são amplos; o/a idoso/a tem economias.
- Recursos económicos satisfatórios.** Rendimentos amplos; o/a idoso/a não tem economias; ou rendimentos suficientes; o sujeito tem economias.
- Recursos económicos ligeiramente insatisfatórios.** Rendimentos suficientes; o/a idoso/a não tem economias; ou rendimentos algo insuficientes; o/a idoso/a tem economias.
- Recursos económicos moderadamente insatisfatórios.** Rendimentos um pouco insuficientes; o/a idoso/a não tem economias.
- Recursos sociais fortemente insatisfatórios.** Rendimentos totalmente insuficientes; o/a idoso/a pode ter ou não ter economias.
- Recursos económicos totalmente insatisfatórios.** O/a idoso/a é indigente, sem rendimentos ou economias.

(Considera-se que os rendimentos são suficientes se cobrem todas as necessidades do/a idoso/a)

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

89. Classifique o funcionamento actual da pessoa, avaliando-o na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve o funcionamento presente da pessoa. As perguntas de saúde mental são as do questionário preliminar e as 31-36 e 82-85.

- Saúde mental muito boa.** Intellectualmente alerta, gozando claramente a vida. Controla com facilidade o quotidiano e os problemas graves da vida e não apresenta sintomas psiquiátricos.
- Saúde mental boa.** Controla tanto o quotidiano como os problemas graves da vida satisfatoriamente e intelectualmente está intacto/a e livre de sintomas psiquiátricos.
- Saúde mental ligeiramente insatisfatória.** Tem ligeiros sintomas psiquiátricos e/ou ligeiro deterioro intelectual. Controla o quotidiano mas não satisfatoriamente os problemas graves da sua vida.
- Saúde mental moderadamente insatisfatória.** Tem sintomas psiquiátricos definidos e/ou um moderado deterioro intelectual. Controla o quotidiano e é capaz de tomar decisões com senso comum, mas incapaz de lidar com os problemas graves da sua vida.
- Saúde mental fortemente insatisfatória.** Tem sintomas psiquiátricos graves e/ou um grave deterioro intelectual que interfere com os juízos e decisões do quotidiano.
- Saúde mental totalmente insatisfatória.** Manifestamente psicótico ou completamente deteriorado intelectualmente. Requer supervisão periódica ou constante devido ao seu comportamento claramente anormal ou potencialmente nocivo.



ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE SAÚDE FÍSICA

90. Classifique o funcionamento físico actual da pessoa, avaliando-o na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve o funcionamento presente da pessoa. As perguntas de saúde física são as 37-55 e 86.

- Saúde física muito boa.** Ocupa-se de actividades físicas vigorosas regularmente ou pelo menos de vez em quando.
- Saúde física boa.** Insignificantes doenças ou incapacidades. Apenas requer cuidados médicos de rotina como avaliação (*check up*) anual.
- Saúde física ligeiramente insatisfatória.** Tem uma ou mais doenças que podem beneficiar de tratamento médico ou de medidas correctivas.
- Saúde física moderadamente insatisfatória.** Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são dolorosas ou requerem considerável tratamento médico.
- Saúde física fortemente insatisfatória.** Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são fortemente dolorosas ou ameaçam a sua vida ou requerem amplo tratamento médico.
- Saúde física totalmente insatisfatória.** Acamado/a e requer permanente assistência médica ou cuidados de enfermagem para manter as funções vitais do organismo.

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DO DESEMPENHO DAS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)

91. Classifique o funcionamento actual das Actividades da Vida Diária da pessoa, avaliando-o na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve o desempenho presente da pessoa. As perguntas das Actividades da Vida Diária são as 56-70.

- Capacidade para as AVD muito boa.** Pode realizar todas as actividades da vida diária sem ajuda e com facilidade.
- Capacidade para as AVD boa.** Pode realizar todas as actividades da vida diária sem ajuda.
- Capacidade para as AVD ligeiramente insatisfatória.** Só não realiza de uma a três AVD. Requer alguma ajuda para realizar uma a três AVD, mas não necessariamente todos os dias. Pode passar um dia sem ajuda. É capaz de preparar as suas próprias refeições.
- Capacidade para as AVD moderadamente insatisfatória.** Requer assistência regular em pelo menos quatro AVD mas pode passar um dia sem ajuda; ou requer ajuda regular para a preparação das refeições.
- Capacidade para as AVD fortemente insatisfatória.** Necessita ajuda diária mas não necessariamente o dia inteiro ou à noite, com muitas AVD.
- Capacidade para as AVD completamente insatisfatória.** Necessita ajuda durante todo o dia e/ou à noite para realizar as AVD.