



Avaliação Multidimensional (OARS)
do
Idoso na Cidade de Bragança

Catarina da Graça Carvalho Sobral

**Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a
obtenção do Grau de Mestre em Envelhecimento Ativo.**

Bragança, outubro de 2015



Avaliação Multidimensional (OARS)
do
Idoso na Cidade de Bragança

Catarina da Graça Carvalho Sobral

**Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a
obtenção do Grau de Mestre em Envelhecimento Ativo.**

Orientador: Prof. Doutor Fernando Augusto Pereira

Bragança, outubro de 2015

Dedicatória pessoal

Ao meu Pai....

À memória do meu Querido Pai, Álvaro Joaquim Sobral. O Homem Bom, que tanto me instruiu sobre a vida, com o seu completo e profundo amor, que de mim fez a mulher, que abertamente assumo ser. Obrigada Pai...

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Fernando Augusto Pereira pela orientação deste projeto, pelo apoio científico, incentivo e inteligência das orientações, incansável na remoção de obstáculos e interesse manifestado durante este percurso; pela experiência única de aprendizagem que me tem proporcionado ao longo destes meses, através dos seus ensinamentos; pela grande oportunidade que me propôs ao participar neste Projeto. Obrigada por não desistir de mim.

À Professora Doutora Maria José Almendra Rodrigues Gomes o meu sincero agradecimento pelo constante acolhimento e disponibilidade.

À Professora Doutora Cristina Maria Teixeira pelo rigor da Formação Revisão Sistemática da Bibliografia; pelo cuidado colocado na análise dos dados e na sua informatização, disponibilidade e empenho sempre demonstrados.

Às Professoras Doutoradas Emília Magalhães e Carina Rodrigues, por incentivar a não desistir.

A todos os idosos, familiares e pessoas que voluntariamente participaram nesta investigação, confiando-me a sua intimidade e permitindo que esta fosse transformada em dados, resultados e conhecimento.

Aos bibliotecários Dra. Olinda Assunção e Sr. Ricardo Martins responsáveis pela biblioteca da Escola Superior da Saúde por seu interesse e dedicação.

À Dona Susana Machado da reprografia e Dona São Miranda pela simpatia e carinho sempre presentes.

Às minhas queridas Professoras, Prof. Helena, Prof. Gina e Prof. Olga, pelo apoio e flexibilidade que me deram ao longo deste processo.

Aos meus amigos Domingos Gomes e principalmente Catarina Domingues, Tiago Martins pelo incentivo e apoio que dedicaram.

À minha família. Em particular aos que me estão mais próximos: ao meu querido Pai que infelizmente já faleceu vítima de cancro que tantas vezes me perguntou “Já terminaste a Tese...?” uma eterna saudade, à minha mãe Maria da Graça Sobral a preciosa ajuda, força que sempre me transmitiu, ao meu irmão Alexandre Sobral “Tens que acabar isso...dê por onde der...”, à minha Madrinha Helena Teixeira, que tanto entusiasmo “Meu amor...Tens que enfrentar os desafios os problemas nesta caminhada e realiza os teus sonhos...Força Meu Amor...” aos meus primos Manoel Sobral, Marília Lima, Fatinha Sobral e Nita Sobral por estarem ao meu lado e principalmente Agustín Sobral e Telmo Carriço o vosso apoio foi fundamental. Obrigada por me acompanharem nesta caminhada.

E especialmente aos meus queridos filhos Fábio Lucas e a “Minha Batatinha Doce” Gaby, um profundo sentido agradecimento pelo apoio incondicional, muita paciência, carinho e amor. São o meu porto seguro a minha base emocional, que possibilitaram a encorajarem-me e ajudaram-me nesta Grande Aventura.

A todos um grande Bem-haja!

Resumo

O avanço da ciência e dos progressos sociais que caracterizam esta época originam uma maior esperança de vida na população idosa, o que significa um envelhecimento da sociedade. Neste sentido o fenómeno do envelhecimento humano tem despertado o nosso interesse como também a nível de investigadores das ciências sociais e da saúde.

Só a saúde não permite conhecer e compreender as mudanças que estão advir ao nível pessoal e social das necessidades dos idosos. Há que abrir caminhos para novos modelos e também a uma nova realidade do seu processo e desenvolvimento de vida. Os recursos familiares e sociais de que dispõem na sua comunidade podem ser fatores promotores de qualidade de vida.

O nosso estudo tem um carácter de avaliação multidimensional dos idosos do concelho de Bragança, com recurso a uma amostra de 77 participantes, estratificada por sexo e grupo etário. É um estudo transversal, quantitativo descritivo e correlacional, reunindo dados e objetivos em avaliar o nível funcional em cinco áreas: saúde física e mental, situação económica e social desempenho das atividades de vida diária e principalmente identificar perfis de risco dos idosos relativamente aos aspetos avaliados.

Os resultados obtidos, de uma forma geral, estão em conformidade com os resultados de outros estudos nacionais e internacionais sobre a condição dos idosos residentes na comunidade. A evidência da análise mais pormenorizada dos perfis funcionais nas cinco dimensões do instrumento de avaliação multidimensional OARS revela que na saúde física são mais comuns os problemas cardíacos, hipertensão, diabetes, problemas circulatórios dos membros e ainda oncológicos. No entanto é ao nível da saúde mental dos idosos que os resultados revelam a principal causa de fragilidade dos idosos designadamente perdas cognitivas e depressão. Por isso, decidimos desenvolver um projeto designado “Jardins da memória e das emoções” (Projeto JME).

Palavras-chave: Avaliação Multidimensional do Idosos; Capacidade funcional; Saúde; Envelhecimento.

Abstract

With the scientific and social progress that characterize this time, it therefore originates an increased life expectancy in the elderly, which means then aging society. In this regard the human aging phenomenon has arisen our interest as well as of the social sciences and health researchers.

The Health alone does not allow to know and understand the personal and social changes in the elderly needs. It is necessary to pave the way for new models and also to a new reality of life process and development. Family and social resources available in the community may be promoting factors of quality of life.

Our study has a multidimensional assessment of the elderly in the municipality of Bragança, using a sample of 77 participants, stratified by sex and age group. This is a cross-sectional, quantitative descriptive and correlational study, gathering data and objectives assessing the functional level in five areas: physical and mental health, economic and social performance of daily activities and mainly to identify risk profiles of the elderly in relation to the assessed aspects.

The results, in general, are in accordance with those of other national and international studies on the elderly condition living in the community. The evidence of detailed analysis of functional profiles in the five dimensions of multidimensional assessment tool OARS reveals that in physical health are more common heart problems, hypertension, diabetes, circulatory problems and even oncological. However, it is at mental health level of the elderly that results reveal the main cause of fragility of the elderly in particular cognitive loss and depression. Thus we decided to develop a project called "Gardens of memory and emotions" (GME Project).

Key words: Elderly multidimensional assessment; Functional capacity; Health; Aging.

Résumé

Avec l'avancée de la science et des progrès sociaux qui caractérisent cette époque, origine une augmentation de l'espérance de vie chez les personnes âgées qui signifie une société vieillissante. En ce sens, le phénomène du vieillissement humain a suscité notre intérêt ainsi que celui des chercheurs en sciences sociales et de la santé.

La santé seule ne permet pas de connaître et comprendre les changements des besoins des personnes âgées au niveau personnel et social. Il est nécessaire d'ouvrir la voie à de nouveaux modèles et aussi à une nouvelle réalité de processus et développement de vie. Les ressources familiales et sociales disponibles de la communauté peuvent être des facteurs promoteurs de la qualité de vie.

Notre étude présente un caractère d'évaluation multidimensionnel des personnes âgées dans la municipalité de Bragança, utilisant un échantillon de 77 participants, répartis par sexe et groupe d'âge. C'est une étude transversale, quantitative descriptive et corrélative, regroupant des données et objectifs évaluant le niveau fonctionnel dans cinq domaines: la santé physique et mentale, la performance économique et sociale des activités de la vie quotidienne et surtout identifier les profils de risque des personnes âgées par rapport aux aspects évalués .

Les résultats obtenus, en général, sont en conformité avec les résultats d'autres études nationales et internationales sur la condition des personnes âgées dans la communauté. L'évidence de l'analyse détaillée des profils fonctionnels dans les cinq dimensions de l'outil d'évaluation multidimensionnel OARS révèle qu'en matière de santé physique sont plus fréquents les problèmes cardiaques, l'hypertension, le diabète, les problèmes circulatoires des membres et même oncologiques. Cependant, c'est au niveau de la santé mentale des personnes âgées que les résultats révèlent les principales causes de la fragilité des personnes âgées, en particulier la perte cognitive et la dépression. Nous avons donc décidé de développer un projet intitulé "Jardins de la mémoire et des émotions» (Projet JME).

Mots clés: Evaluation multidimensionnelle des personnes âgées; Capacité fonctionnelle; Santé; Vieillesse.

Resumen

Con el avance de la ciencia y de los progresos sociales que caracterizan a ésta época, se ha originado una mayor esperanza de vida en la población de la tercera edad, que significa un envejecimiento de la sociedad. En éste sentido, el fenómeno del envejecimiento humano, ha despertado nuestro interés; como también el de los investigadores de las ciencias sociales y de la salud.

Sólo la salud, no permite conocer y comprender los cambios que se derivan a nivel personal y social de las necesidades de los ancianos. Hay que abrir caminos para nuevos modelos y también a una nueva realidad de su proceso y desenvolvimiento de vida. Los recursos familiares y sociales de los que disponen dentro de su comunidad, pueden ser factores promotores de su calidad de vida.

Nuestro estudio tiene un carácter de evaluación multidimensional de los ancianos del concejo de Bragança; basándonos en una muestra de 77 participantes estratificada por sexo y grupo etario. Es un estudio transversal, cuantitativo, descriptivo y correlativo; reuniendo datos y objetivos para evaluar el nivel funcional en cinco áreas: Salud física y mental, situación económica y social, desempeño de las actividades cotidianas y principalmente identificar los perfiles de riesgo entre los ancianos, relativamente a los aspectos evaluados.

Los resultados obtenidos, de forma general, están en conformidad con los resultados de otros estudios nacionales e internacionales, sobre la condición de los ancianos pertenecientes a la comunidad. La evidencia del análisis más detallada de los perfiles funcionales, dentro de las cinco dimensiones del instrumento de evaluación multidimensional OARS; revela que en el apartado de la salud física son muy comunes los problemas cardíacos, hipertensión, diabetes, problemas circulatorios y también problemas oncológicos. No obstante es en el nivel de salud mental de los ancianos donde los resultados revelan la principales causa de fragilidad, principalmente pérdidas cognitivas y depresión.

Por eso, decidimos desarrollar un proyecto designado “Jardines de la memoria y de las emociones” (Proyecto JME)

Palabras clave: Evaluación Multidimensional de los Ancianos; Capacidad funcional; Salud; Envejecimiento.

Lista de abreviaturas e siglas

AVD - Atividades de vida diária

EUA - Estado Unidos da América

JME - Projeto “Jardins da memória e das emoções”

OARS - Older Americans Resources and Services Program

OMS - Organização Mundial de/da Saúde

PIF - Pontuação de incapacidade funcional

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPSS_V20 – Statistical Package for the Social Science/Versão 20.0

SPES - Short Psychiatric Evaluation Schedule

TTM – Terras de Trás-os-Montes

UE - União Europeia

ULSN - Unidade Local de Saúde do Nordeste

WHO - World Health Organization

Índice Geral

Introdução	17
I Parte	19
Enquadramento Teórico	19
Capítulo 1	20
1.1. Processo de envelhecimento.....	20
1.2. Avaliação multidimensional do idoso	22
1.2.1. Recursos Sociais.....	23
1.2.2. Recursos Económicos	24
1.2.3. Saúde Mental e Física	25
1.2.4. Atividade de Vida Diária.....	27
1.2.5. Utilização de Serviços	28
1.3. Envelhecimento, idosos e fragilidade dos idosos.....	29
Capítulo 2 – Metodologia e objetivos do estudo	34
2.1. Definição dos Objetivos e formulação de hipóteses.....	34
2.2. População e amostra.....	34
2.3. Instrumento de recolha de dados e procedimento	35
2.4. Tratamento dos dados.....	35
2.5. Questionário OARS e operacionalização das variáveis	36
Capítulo 3 – Resultados.....	37
3.1. Caraterísticas demográficas da amostra	37
3.2. Recursos sociais	38
3.3. Recursos económicos	39
3.4. Saúde Mental.....	40
Tabela 5 -Saúde Mental	40
3.5. Saúde Física	41

3.6. Atividades de vida diária.....	42
3.7. Utilização dos serviços.....	45
3.7. Perfis funcionais dos idosos	46
Capítulo 4 – Discussão dos resultados e conclusões	49
4.1. Discussão dos resultados.....	49
4.2. Conclusões	52
III Parte	54
Projeto de Intervenção	54
Capítulo 5	55
Apresentação	55
Justificação.....	56
Objetivos específicos	57
Parcerias do Projeto.....	57
Grupo-alvo	57
Recursos	58
Avaliação.....	58
Atividades para 2016 e 2017	58
Atividade 1 - Atelier de Estimulação Cognitiva:	58
Atividade 2 - Atelier de Culinária:	59
Atividade 3 - Atelier de Dança:.....	60
Atividade 4 - Atelier de Expressão plástica:	60
Atividade 5 - Atelier de expressão e comunicação oral e corporal:	61
Cronograma das atividades do projeto	62
Estratégias de Comunicação e de Divulgação:.....	62

Referências Bibliográficas	63
ANEXOS	69
Anexo 1 - Questionário OARS – Older Americans Resources and Services Program	70
Anexo 2 - Consentimento informado	93
Anexo 3 - Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados e da Comissão de Ética da ULSNe.....	95
Anexo 4 - Classificação nas cinco áreas funcionais segundo a pontuação de incapacidade funcional.....	100
Anexo 5 - Quadro Sistema de 32 perfis funcionais.....	103

Índice de Tabelas

TABELA 1- PRINCIPAIS INDICADORES DEMOGRÁFICOS COM IMPACTO NO APOIO AOS IDOSOS	30
TABELA 2 - CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA NAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS POR GRUPO ETÁRIO E SEXO.	37
TABELA 3 - CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS SOCIAIS	38
TABELA 4 - RECURSOS ECONÓMICOS	39
TABELA 5 -SAÚDE MENTAL	40
TABELA 6 - SAÚDE FÍSICA	41
TABELA 7 - ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA - INSTRUMENTAIS.....	43
TABELA 8 - ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA - FÍSICA	44
TABELA 9 - UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	45
TABELA 10 - PERFIS FUNCIONAIS DOS IDOSOS.....	47
TABELA 11 - TIPOS E FREQUÊNCIA DOS PERFIS FUNCIONAIS DOS IDOSOS	47
TABELA 12 -RELAÇÃO ENTRE O GÉNERO, EXTRATO ETÁRIO, SITUAÇÃO CONJUGAL E NÍVEL DE HABILITAÇÕES NO NÍVEL DE INCAPACIDADE DOS IDOSOS.....	48

*«Envelhecer é como escalar uma grande montanha; enquanto se sobe,
as forças diminuem, mas o olhar é mais livre, a vista mais ampla e serena.»*

INGMAR BERGMAN

Introdução

Pensar o envelhecimento como um processo de viver tem desencadeado em mim um particular interesse. Envelhecer com saúde, autonomia e independência, por mais tempo possível, constitui hoje um desafio à responsabilidade individual e coletiva.

O envelhecimento não é um problema, mas sim uma parte natural do ciclo de vida, o que envolve uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social. Envolve ainda uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o ajustamento às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada, designadamente a importância da saúde, a inserção e participação sociais, os aspetos económicos e a disponibilidade de serviços de apoio em resposta às incapacidades que vão surgindo.

Envelhecer é uma etapa da vida com novos conhecimentos de vida, experiências e factos vividos e partilhados. No envelhecimento evidenciamos os factos, onde se incluem a avaliação e prevenção precoce e a promoção da saúde física, psicológica, social, familiar e biológica.

A necessidade de aprender sobre o envelhecimento está implícita em todas as profissões e são cada vez mais as abordagens criativas e mais intervenções no sentido de estabelecer alianças com a família e entidades de apoio para garantir a qualidade dos cuidados nos sistemas de saúde e a disponibilidade de atividades proactivas para os idosos. É fundamental em cada idoso o desejo de envelhecer com saúde e de uma forma ativa.

O nosso estudo centra-se numa abordagem de avaliação multidimensional dos idosos reunindo dados alusivos a: saúde física e mental, situação económica e social desempenho das atividades de vida diária. Só a saúde não permite conhecer e compreender a adaptação e as necessidades dos idosos a esta nova realidade do seu processo e desenvolvimento de vida. Os recursos familiares e sociais de que dispõem na sua comunidade podem ser fatores promotores de qualidade de vida.

O presente estudo encontra-se dividido em três partes distintas. A primeira é referente ao **Enquadramento Teórico** onde abordamos o processo de envelhecimento, abordamos os aspetos da avaliação multidimensional do idoso e, por fim, os aspetos da demografia e a síntese de estudos sobre a condição dos idosos do ponto de vista multidimensional.

A segunda parte reporta-se ao **Estudo Empírico**, que começa com a metodologia do estudo, onde discriminamos os objetivos e o tipo do estudo, a população da amostra, os instrumentos de colheita de dados utilizados, os procedimentos para a recolha de dados, a apresentação dos resultados e a discussão destes e conclusões do estudo.

A terceira parte é exclusivamente dedicada à apresentação do **Projeto de Intervenção**.

O estudo teve como principais objetivos os seguintes:

- Avaliar o nível funcional em cinco áreas (recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades de vida diária) na população idosa abrangida pelo Centro de Saúde Santa Maria-Bragança;
- Identificar perfis de risco dos idosos relativamente aos aspetos avaliados.
- Relacionar esses perfis de risco com as variáveis de natureza sociodemográfica.

I Parte

Enquadramento Teórico

Capítulo 1

1.1. Processo de envelhecimento

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos nossos grandes desafios. Para Bourg (1998), citado por Azeredo (2011) o envelhecimento é a consequência de vários fatores produzidos no suceder da vida, bem como o efeito de uma política integral de luta por melhores condições de vida. Além dos decursos biológicos e psicológicos, o envelhecimento é um procedimento cultural e social. Contudo o envelhecimento não é só avaliado pelo número de anos nem pelo número de idosos que abrangem uma maior longevidade, mas também pelas transformações de atitudes, mentalidades que resultam nas afinidades que se estabelece nos grupos etários e a suas condições de vida (Osório & Pinto, 2007).

Envelhecer implica dificuldades e necessidades específicas a que é preciso atender, mas também reservas e potencialidades que importa explorar e maximizar. Qualquer visão que negue quer as perdas inevitáveis que o envelhecimento acarreta, quer as possibilidades de ganhos e satisfação que comporta, é potencialmente prejudicial, por não fazer justiça ao carácter multifacetado e heterogêneo da realidade (Baltes & Carstensen, 1996).

Ao entrarmos no século XXI, o envelhecimento global fez um aumentar as causas sociais e económicas em todo o mundo. Acerca do envelhecimento surgem questões a nível da política da saúde, o papel da família e, principalmente, o peso que representa para o sistema de segurança social. Devido à imensa heterogeneidade entre os idosos origina a necessidade da existência de modelos assistenciais diversos (Fonseca, 2004).

Pessoas idosas ativas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias.

A problemática do envelhecimento ativo foi inaugurada pela definição avançada pela World Health Organization (WHO), em 2002, em que se pode ler: “O envelhecimento ativo é o processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança tendo em vista o incremento da qualidade de vida das pessoas idosas” (WHO,2002). Esta definição é

lapidar, mas, se tomada em consideração apenas nos seus exatos termos, é vaga e conducente a equívocos ao nível das práticas. Texto da OMS acrescenta todavia detalhes importantes que devem ser considerados, designadamente a ideia de que “ o envelhecimento ativo deve potenciar o bem-estar físico, social e mental das pessoas ao longo de todo ciclo de vida, assim como a sua participação na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, enquanto lhe são providenciados proteção, segurança e cuidados adequados” (Pereira, 2012, p. 207).

O envelhecimento ativo depende de uma diversidade de fatores que envolvem indivíduos e famílias. O envelhecimento depende da interação de uma multiplicidade de determinantes, tanto individuais como ambientais (a nível físico, social, económico, etc.). A intervenção deverá atentar ao conjunto desses fatores e à forma como se traduzem em termos da “congruência entre o idoso e o ambiente, otimizando a adaptação” (Paúl, 2005: 39).

No entanto, como refere Carvalho (1989) há referências a autores bem mais antigos que já atribuíam uma grande importância ao envelhecimento ativo. É o caso de Alexandre Fleming, o descobridor da penicilina e Nobel da Medicina aos sessenta e quatro anos, dizia que “é preciso ter 20 anos até ao último suspiro”, essa forma de juventude conservada, que o sustentou até aos setenta e quatro anos; é também o caso de Cícero, que deixara escrito: “ninguém é suficiente velho que não possa viver mais um ano”. É esse “mais um ano”, que o médico procura dar ao homem, fazendo-lhe ver que é na maturidade que se começa a preparar a velhice, não deixando que os ponteiros dos relógios biológicos, se adiantem desordenadamente e no sentido dos ponteiros da senilidade. Mas antes, serem o pêndulo certo que regule os anos de vida saudável, útil e vigorosa, demarcando bem, que as diferentes partes do ser humano envelhecem a ritmos diferentes (Carvalho, 1989).

Na perspetiva de Robert (1994), as mudanças que ocorrem durante o processo de envelhecimento são sentidas de forma particular por cada um. As adaptações podem acontecer de forma adequada, saudável ou patológica. Tudo depende da história anterior, da saúde física /mental, do bem-estar social, económico e da vivência atual da sua vida.

1.2. Avaliação multidimensional do idoso

A avaliação multidisciplinar é essencial para a adequada prestação de cuidados de saúde na população em geral, e nos idosos em particular, nomeadamente naqueles mais vulneráveis. De acordo com Sirena (2002), a avaliação multidimensional para o cuidado do idoso é, primordialmente, o esforço sistemático de organizar o grande número de informações advindas do processo investigativo, com a intenção de manejar apropriadamente um idoso com seus complexos e interativos problemas. A avaliação multidimensional, define-se como um método de diagnóstico multidimensional, frequentemente interdisciplinar, preocupa-se em detetar problemas psicossociais e funcionais da pessoa idosa, com a finalidade de incrementar um plano de tratamento e acompanhamento a longo prazo; este método concentra-se nos problemas da população idosa, que realça o estado funcional e a qualidade de vida (Netto & Brito, 2001).

A avaliação multidimensional dá possibilidade de dimensionar e caracterizar a gravidade de uma determinada área e permitir uma reorganização dos recursos a empregar. Como em qualquer investigação, o propósito final deste tipo de avaliação é mudar atitudes ou comportamentos.

A capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autónoma é um dos conceitos dados à capacidade funcional. Do ponto de vista da Saúde Pública, a capacidade funcional surge como novo conceito de saúde, mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso. Os fatores mais associados com capacidade funcional estão relacionados com a presença de algumas doenças, deficiências, como também fatores demográficos, socioeconómicos, culturais e psicossociais (Rosa et al., 2003).

O instrumento usado neste estudo o questionário OARS avalia seis áreas que dizem respeito à vida do idoso: recursos sociais, recursos económicos, saúde mental e física, atividades de vida diária e utilização dos serviços.

1.2.1. Recursos Sociais

A importância das relações entre a vida em família e a qualidade de vida dos seus elementos torna-se pertinente, na atualidade, na melhoria das condições de vida na sociedade. Com o avançar da idade aumenta a fragilidade dos idosos e o aparecimento das diversas patologias, crônicas e degenerativas promovendo assim uma dependência de ordem física, mental e social. As alterações ao nível da estrutura das relações familiares contribuem também para o agravamento do problema social dos idosos; a cooperação/responsabilidade natural entre gerações é uma espécie de seguro de vida nas gerações próximas, estando assim comprometidas por transformações sociais que se vão desencadeando ao longo do tempo (Fernandes, 1997).

Uma das necessidades básicas humanas é criar um contato social; o funcionamento social está associado com a longevidade, saúde física e mental, o funcionamento cognitivo saudável, satisfação com a vida (Fernández-Ballesteros, 2009). O apoio social constitui-se como conceito multidimensional que se refere aos recursos materiais e psicológicos através dos quais as pessoas têm acesso através das suas redes sociais. Devido ao risco acrescido de vulnerabilidade social que caracteriza os mais velhos, o apoio social tem sido considerado um fator associado ao estado mental e físico (Ribeiro et al., 2012). A subsistência de um projeto de vida, uma vida social e cultural ativa, alimentação adequada, e vigilância periódica dos fatores de risco de certas patologias físicas e psicológicas, são medidas que ajudam a retardar o aparecimento de perturbações ao nível de saúde no idoso (Pires, 1994).

Os recursos sociais têm uma importância decisiva para o bem-estar dos idosos ao longo da sua vida. As pessoas sentem-se mais satisfeitas com as suas vidas são mais saudáveis e concretizadas com as suas relações. Além disso, há pouca evidência para apoiar a ideia de uma relação entre apoio social, redes sociais e saúde diferente para os idosos como para outros grupos etários. Nas sociedades ocidentais atuais, prevê-se famílias com mais idosos, mais idosos com doenças dentro da saúde mental e mais gastos económicos, com

necessidades de mais serviços de saúde, mais reformados, mais lares de idosos e menos receitas nos subsídios de estado.

Martínez e Marroquín (2005) definem apoio social, ou recurso social, como transações interpessoais que implicam ajuda, afeto ou afirmação. Por sua vez, inspirada em vários autores, Martins (2005) assinala que o apoio social assume-se como um processo promotor de assistência e ajuda através de fatores de suporte que facilitam e asseguram a sobrevivência dos seres humanos; trata-se portanto de um conceito interativo referente a transações entre os indivíduos, no sentido de promover o bem-estar físico e psicológico.

Nesta perspetiva, o idoso vive socialmente a velhice consoante o ambiente em que se encontra inserido. Se é respeitado, querido, integrado na sua família e útil, não perde a sua autoconfiança, usufruindo assim a sua reforma em pleno e aproveitando o seu tempo. Se for ao contrário, se se sente marginalizado, indesejado e a funcionar como um peso, o seu tempo é vivido de uma forma penalizante e favorecedora de todos os sentimentos negativos.

1.2.2. Recursos Económicos

A garantia de recursos económicos é uma preocupação central dos idosos, de modo a garantir uma vida saudável e com qualidade possível. A entrada na reforma é assinalada por vários autores como um momento de particular importância. Com o afastamento da vida ativa e a entrada na reforma, diminui os seus rendimentos, levando assim a um extrato social mais baixo ou até mesmo à pobreza extrema (Costa, 1999). Segundo Ussel (2001), a entrada na reforma tem consequências negativas, para os idosos, a separação do grupo de amigos do trabalho, a perda do estatuto económico, a desvinculação social.

O endividamento das famílias dos idosos é uma problemática atual, agravado pela crise. O aumento dos idosos requer mais recursos para os cuidados de saúde a nível na prevenção, tratamento e reabilitação; isto traduz-se numa grande sobrecarga para a sociedade, obrigando a dar respostas às necessidades pessoais e sociais deste grupo populacional. Aliás como refere Ferreira (2014) a própria Constituição da República

Portuguesa – Artigo 72.º assinala que as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social. Perante a questão económica a saúde do idoso torna-se uma vulnerabilidade social, pois a situação económica das famílias dos idosos retrata a realidade de muitos, dado que muitos idosos possuem uma única reforma e, ainda assim, auxiliam ou financiam as despesas da família.

1.2.3. Saúde Mental e Física

A saúde mental ocupa um lugar chave no processo de envelhecimento no contexto dado que interfere com inúmeros fatores e âmbito pessoal e ambiental. Silva (2005) considera que a compreensão da saúde mental no idoso, terá de atender ao percurso realizado pelo indivíduo ao longo da vida, e do envelhecimento, e terá de ser entendida como um processo de ordem física, psicológica e social, em que múltiplos fatores intervêm.

O conceito de “saúde mental” é amplo, e nem sempre é fácil a sua definição, ou a identificação daquilo que a determina. No entanto, da mesma forma que a “saúde” não é apenas a ausência de doença, também a saúde mental é mais do que apenas a ausência de perturbação mental. Neste sentido, tem sido cada vez mais entendida “como o produto de múltiplas e complexas interações, que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais” (OMS, 2001). A saúde mental influencia de forma determinante o bem-estar e a qualidade de vida do idoso e é essencial para este ultrapassar as exigências da vida. A vulnerabilidade dos idosos às perturbações mentais justifica a investigação das manifestações psicopatológicas, para orientar as intervenções em saúde mental de forma a associar qualidade aos anos vividos (Motta & Aguiar, 2007).

Ser idoso significa viver ou adaptar-se com mais ou menos saúde mental e enfrentar os desafios específicos das várias fases da vida (Silva, 2005). A saúde mental nos idosos terá muito peso na sua qualidade e satisfação com a vida. No entanto a saúde mental do idoso é influenciada devido aos fatores pessoais e ambientais. No que diz respeito à saúde mental, a depressão afeta maioritariamente os idosos com enfermidades crónicas,

nomeadamente demência, cardiovascular, hipertensão, diminuição da capacidade física e instrumental na realização das atividades diárias, aumento da mortalidade (Alexopoulos, 2005). Identificar a depressão nos idosos impõe uma avaliação rigorosa, uma vez que, a maioria dos idosos não mencionam distúrbios depressivos, a carência em participar em atividades, exibindo exclusivamente indícios somáticos como a fadiga, cefaleias e algias generalizadas, que podem ser confundidas com doenças físicas, ou uma apatia que pode ser interpretado como início de uma demência (Twedell, 2007).

Relativamente à saúde física, no processo de envelhecimento saudável, a atividade física regular concede aos idosos efeitos fisiológicos, psicológicos, sociais e os benefícios de um estilo de vida fisicamente ativo ao longo da vida. A saúde física no idoso está na contingência de multiplicidade de fatores como ter capacidade fisiológica para realizar com normalidade as suas atividades diárias de maneira segura, sem que haja uma fadiga. A saúde física dos idosos torna-se importante, na medida em que é a partir dela que é possível encontrar meios de precaver ou retardar o princípio de fragilidades físicas que vão sucedendo. As transformações de ordem física determinam, nas palavras de Silva (2005), um desafio para a pessoa que envelhece, exigindo uma nova silhueta, menos robusto e capaz, diferente da juventude. Muitas vezes, é no olhar do outro que o indivíduo vai tomando consciência do seu envelhecimento. É evidente que não se podem destacar exclusivamente nas alterações físicas, mas em todas as que sucedem ao longo do processo de envelhecimento. Aceitar na íntegra é um fator fundamental e um bom preditor do bem-estar em idosos (Ranzjin & Luszcz, 1999). De acordo com Silva (2005), outro desafio surge quando a deterioração física se acentua e se verifica uma razoável perda de autonomia instrumental ou funcional, ficando o idoso mais ou menos dependente no que se refere a cuidados de manutenção. Esta dependência que, a maioria das vezes é vivida no seio da família restrita, exige uma redefinição das relações havidas anteriormente, até ser possível encontrar um equilíbrio satisfatório que permita o bem-estar.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1946) citado por Berger (1995), saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na

ausência de doença ou enfermidade. A definição de saúde alterou-se nas últimas décadas, ter saúde não significa ausência de doença. Mas sim um desenvolvimento pessoal, bem-estar com capacidade de trabalho e felicidade pessoal. A saúde física relaciona-se com a categoria das atividades gerais, utilizando uma avaliação da manutenção das atividades de vida diária na atual percepção de qualidade de vida, pois envolve aspetos multidimensionais que englobam as percepções das pessoas sobre o significado das suas vidas (Paschoal, 2002). A promoção da saúde do idoso deve ser estimulada em todos os ambientes sociais, tanto nos serviços de saúde como na família, promovendo assim a autonomia do idoso.

1.2.4. Atividade de Vida Diária

Define-se atividade de vida diária como todas as atividades necessárias para a autonomia e autocuidado que exige do dia-a-dia, independente da etapa de vida e do nível de independência funcional. A autonomia funcional tem como objetivo a definição do nível de bem-estar com o qual os idosos pensam, sentem, atuam, ou se comportam em harmonia com o seu meio envolvente (WHO, 2002). A avaliação da capacidade funcional/autonomia funcional ou competência funcional inclui a avaliação das capacidades do idoso em realizar as várias atividades de vida diária, as atividades instrumentais de vida diária e atividades relacionadas com a mobilidade (WHO, 2002). “As alterações e défices causados pela diminuição na cognição implicam diminuição e/ou perdas nas capacidades funcionais interferindo de forma significativa na realização das denominadas atividades de vida diária, ocorrendo assim um declínio funcional” (Rodrigues, 2007: p. 155).

A dificuldade no desempenho de algumas atividades da vida diária surge inicialmente nas atividades de vida diária instrumentais, tais como: o uso de telefone, limpeza da casa, uso de transportes, lidar com finanças, fazer compras. As perdas das atividades de vida diária físicas surgem na maioria das vezes posteriormente às perdas das instrumentais, sendo estas atividades as que se relacionam com os cuidados pessoais básicos e que são fundamentais para garantir independência, tais como: cuidados de higiene pessoal, vestir-

se, despir-se e alimentar-se (Oliveira, 2006). São necessidades para satisfazer o autocuidado e as exigências do dia-a-dia, apesar de serem comuns a todos os idosos, cada um desempenha-as de forma diferente e individual dependendo da etapa de vida e do nível de independência funcional. Definidas como “tarefas de desempenho ocupacional que a pessoa realiza todos os dias para preparar ou como adjunto das tarefas de seu papel” (Trombly, 1989, p. 458), com carácter funcional, validam a autonomia do indivíduo, na satisfação das necessidades humanas básicas.

A falta da atividade diária do idoso origina complicações essenciais para a família, comunidade, para o sistema de saúde e principalmente para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade proporciona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos. Envelhecer e manter a funcionalidade significa menos problemas para o idoso/sociedade. Os problemas só inicia quando surgem as incapacidades (Alves et al., 2007).

1.2.5. Utilização de Serviços

A necessidade da utilização de serviços hoje em dia na vida de um idoso é de grande importância, nomeadamente o uso dos serviços de saúde contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida. A utilização de serviços reflete sobre a necessidade do idoso em reivindicar apoio no seu ambiente envolvente. A necessidade imediata à utilização de serviços, deve ser entendida à perceção do idoso, a avaliação dos profissionais de saúde, ajudando desta forma a ambos, com dados subjetivos e objetivos do estado de saúde e das suas alterações (Marques, 2013). “A saúde dos idosos e as suas necessidades de cuidados estão a tornar-se, na atualidade, um assunto de importância crescente, isto elevará as necessidades de cuidados de saúde e a conseqüente utilização de serviços” (Rodrigues, 2007, p.144).

É de extrema importância a implementação de serviços de auxílio multidisciplinar, desde a assistência social, reabilitação, nutrição até à saúde mental com o objetivo de promover a estabilidade, autonomia e bem-estar aos idosos, em particular àqueles que devido a causas adversas, alheias à sua vontade, se encontram mais debilitados e subordinados aos

recursos sócio económicos (Dixon, Richard & Rollins, 2003). A população idosa é grande usuária dos serviços de saúde, principalmente os serviços públicos, devido ao aumento da prevalência de doenças crónicas não transmissíveis e incapacidades físicas (Lima-Costa, 2003). A utilização dos serviços, principalmente os da saúde é um procedimento complexo resultante de outros fatores, tais como: variações geográficas, socioeconómicas, necessidades individuais, qualidade de vida, nível de conhecimento sobre saúde, associados ao perfil de morbilidade são determinantes na utilização de serviços de saúde e em sua frequência (Fernandes, 2009).

Segundo Quintal, Lourenço e Ferreira (2012) a população idosa caracteriza-se por uma elevada prevalência de indivíduos dependentes no que diz respeito às suas atividades básicas diárias, sendo assim extremamente relevante o acesso a cuidados preventivos de modo a evitar, ou adiar o mais possível, o aparecimento de determinadas condições mais, ou menos, incapacitantes. A auto percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde, dos idosos, aparece fortemente associada à utilização de cuidados preventivos (Gallegos-Carrillo et al., 2008).

1.3. Envelhecimento, idosos e fragilidade dos idosos

Portugal e a maioria dos países da União Europeia enfrentam hoje um acentuado envelhecimento demográfico. O quadro 1 resume os indicadores gerais relativos ao envelhecimento demográfico respetivamente na UE28, Portugal e Alto Trás-os-Montes (ATM) (Prodata, 2014). Em todos os níveis territoriais apresentados os indicadores demográficos revelam o envelhecimento populacional. O envelhecimento é mais intenso em Portugal do que na UE28 e é mais intenso ainda em TTM. Segundo as projeções demográficas do Eurostat este cenário de envelhecimento agravar-se-á nas próximas décadas.

Tabela 1- Principais Indicadores demográficos com impacto no apoio aos idosos

Indicadores demográficos (2014)	UE28	Portugal	Alto Trás-os-Montes
Índice de envelhecimento	117,70	138,60	266,0
Índice de longevidade	27,70	49,0	55,4
Índice de dependência de idosos	27,80	30,70	46,2
Índice de dependência de jovens	23,60	22,1	17,4
Índice de dependência total	51,50	52,80	63,6
Índice sintético de fecundidade	1,55	1,21	1,08
Saldo total	113303	-52479	-2590*
Saldo natural	161399	-22423	-1826*
Saldo migratório	951904	-30056	-764*

Fonte: Prodata; *Ano 2013

Estes factos levantam várias necessidades de reorganização dos sistemas de apoio aos idosos em Portugal (Pereira, 2014) o que, por sua vez, para as decisões serem efetivas, precisa de se basear em informação rigorosa sobre a situação de saúde, social e económica dos idosos. A avaliação multidimensional dos idosos é um instrumento privilegiado para esse fim. Alguns estudos desta natureza estão disponíveis quer em Portugal quer noutros países (Fontes, Botelho, & Fernandes, 2009; R. J J Gobbens & van Assen, 2014; Robbert J J Gobbens, Luijckx, & van Assen, 2013; Pereira et al., 2015; Rodrigues et al., 2014; Santangelo et al., 2011, 2012; Vicente & Santos, 2013), entre outros.

O estudo de Rodrigues et al. (2014), com 1153 idosos, salvaguardando que o estudo incide apenas sobre os muito idosos, isto é, indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos, mostra que: (1) quanto à saúde física quase metade (45,6%) dos idosos apresenta limitação grave ou total; (2) relativamente à saúde mental 40,3% apresenta limitação pequena ou moderada e 16% apresenta limitações de saúde mental grave ou total; (3) quanto à autonomia para as atividades de vida diária dos idosos cerca de 1/4 apresenta limitação moderada e o restante 1/4 vive com limitações graves ou incapacidade total para a realização das suas atividades diárias de vida; (4) no que concerne aos recursos sociais 3/4 dos idosos vive acompanhado com familiares, sobretudo cônjuge e filhos, cerca de 1/4 vive sozinho; medidos pelo modelo da escala OARS, um pouco mais de 1/4 dos idosos apresenta limitações sociais ligeiras e 1/4 apresenta limitação moderada, grave

ou total; (5) quanto aos recursos económicos medidos pelo modelo OARS sensivelmente 2/3 dos idosos (66,9%) dizem ter limitações sendo que para 15,4% essa limitação é grave ou total. Ainda segundo este estudo a tendência geral em todos os indicadores é para a situação se agravar para o grupo etário mais idoso e para o género feminino.

Outro estudo com idosos com idade superior a 75 anos, internados em unidades da RNCCI sobre as vulnerabilidades antes do internamento (Fontes, Botelho & Fernandes, 2009), revela que: os mais velhos ($85 \geq$ anos) viviam mais isolados e tinham menores habilitações literárias apresentando mais limitações em utilizar escadas, no banho e na continência fecal e em todas as atividades instrumentais; quanto ao género, o mesmo estudo mostra que as mulheres apresentavam maior vulnerabilidade porque vivem sós e tem menor disponibilidade económica, enquanto os homens tinham piores resultados nas quedas e nos comportamentos de risco; o desempenho na locomoção e nas atividades básicas e instrumentais era semelhante entre os sexos.

Um outro estudo de avaliação multidimensional do idoso realizado no concelho de Alfândega da Fé (Pereira et al., 2015), envolvendo 208 idosos que vivem sós, evidencia nos seus resultados que: (1) para a maioria (80%) dos idosos os filhos são os seus familiares mais diretos e para sensivelmente metade dos idosos os filhos ou vivem na mesma freguesia ou no concelho (2) para 95% dos idosos a relação com as pessoas que vivem mais próximo de si é no mínimo boa e, em caso de necessidade de ajuda, 80% dos idosos recorre, normalmente aos vizinhos, amigos e filhos (2) a maioria (85%) auferem um rendimento entre a pensão social e o salário mínimo; (3) cerca de 39% dos idosos apresenta sintomas de depressão ligeira e cerca de 10% sintomas de depressão grave; cerca de 19% dos idosos apresenta demência ligeira e cerca de 6% apresenta demência grave; (4) cerca de 49% dos idosos apresenta pelo menos dependência ligeira; sensivelmente 50% dos idosos diz ter problemas de audição, 56% problemas de visão, cerca de 40% refere distúrbios do sono; os idosos da amostra tomam em média, diariamente, 4,74 medicamentos, isto é, podem ser considerados como polimedicados. Este estudo também demonstra que o género feminino se encontra em pior situação para os indicadores estudados.

A nível internacional um estudo de Santangelo et al. (2012) aponta também a prevalência elevada de doenças como hipertensão, diabetes, osteoporose e cardiopatias e ainda o declínio cognitivo e sintomatologia depressiva presente em cerca de metade dos idosos estudados. Outro estudo com idosos irlandeses (McGee et al., 2008) refere igualmente que são os mais idosos e as mulheres que apresentam maior vulnerabilidade.

II Parte

Estudo Empírico

Capítulo 2 – Metodologia e objetivos do estudo

O presente estudo de avaliação multidimensional dos idosos do concelho de Bragança é um estudo transversal, quantitativo descritivo e correlacional, com recurso a uma amostra probabilística estratificada por sexo e grupo etário.

2.1. Definição dos Objetivos e formulação de hipóteses

Foram definidos como principais objetivos de estudo os seguintes:

- Avaliar o nível funcional em cinco áreas (recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades de vida diária) na população idosa abrangida pelo Centro de Saúde Santa Maria-Bragança;
- Identificar perfis de risco dos idosos relativamente aos aspetos avaliados.
- Relacionar esses perfis de risco com as variáveis de natureza sociodemográfica.

Foram definidas como principais hipóteses as seguintes:

- O perfil de funcionalidade dos idosos é dependente do género do idoso.
- O perfil de funcionalidade dos idosos é dependente do grupo etário do idoso.
- O perfil de funcionalidade dos idosos é dependente do agregado familiar do idoso.
- O perfil de funcionalidade dos idosos é dependente do grau de habilitações do idoso.

2.2. População e amostra

Definimos como população alvo do estudo os utentes inscritos e residentes na área de abrangência do Centro de Saúde de Bragança. A partir da listagem dos utentes do Centro de Saúde de Bragança com idade igual ou superior a 65 anos inscritos no Centro de Saúde, foi retirada uma amostra aleatória e estratificada por género e idade de cerca de 77 idosos.

A seleção da amostra foi efetuada, em cada estrato, mediante seleção aleatória simples. Assim, a população alvo englobava 8094 indivíduos tendo sido obtida uma amostra de 77 participantes, correspondendo a 1 % da população.

2.3. Instrumento de recolha de dados e procedimento

Procedeu-se à recolha dos dados necessários à investigação através da versão portuguesa do questionário Older Americans Resources and Services Program – OARS (Anexo 1), validada por Manuel & Rodrigues (2008). A recolha de dados decorreu no período de julho de 2014 a janeiro de 2015.

Nesta investigação a recolha de dados foi efetuada através de entrevista, pela própria autora. A recolha dos dados quantitativos foi efetuada após contacto inicial com os utentes, com o intuito de explicar os objetivos da investigação e que forma assumirá a sua participação na mesma.

Os questionários serão feitos aos utentes individualmente, composto por avaliação multidimensional, uma folha de rosto introdutória (com garantia da manutenção do carácter confidencial e anónimo de todos os dados obtidos no âmbito da investigação) e um questionário sociodemográfico com o registo de dados pessoais pertinentes para a caracterização da amostra. Aos idosos foi explicada a finalidade do inquérito e solicitado o seu consentimento informado (anexo2).

A recolha de dados faz parte de um estudo mais alargado cuja realização está autorizada pela Comissão Nacional de Proteção de Dados e pela Comissão de Ética da ULSNE.

2.4. Tratamento dos dados.

Os dados foram tratados por recurso ao programa informático SPSS_V20. Os dados são apresentados estratificados por género e estrato etário. Dada a dimensão reduzida da amostra optou-se por não fazer o estudo da diferenciação estatística segundo o género e o estrato etário. Assim, optou-se por estudar a relação entre os perfis de risco e as variáveis sociodemográficas através da construção de um modelo de regressão linear logística binária. Mesmo esta opção é limitada pela dimensão reduzida da amostra, pelo que

deverá ser vista como tendo carácter exploratório, contudo os resultados da mesma estão em linha com os resultados de outros estudos semelhantes.

2.5. Questionário OARS e operacionalização das variáveis

O questionário OARS é um questionário bastante complexo e extenso (ver anexo 1). É composto no total por 91 questões em que apenas as 71 primeiras se aplicam ao idoso. No final do questionário, ao entrevistador, é reservado um conjunto de 20 questões (perguntas 72 a 91). As perguntas 87 a 91 permitem que o inquiridor avalie a situação do idoso (a designada PIF - Pontuação de Incapacidade Funcional) em relação às cinco componentes da avaliação multidimensional. Esta pontuação é atribuída através de uma escala de 1 até 6 pontos, em que 1 corresponde à situação em que os recursos são considerados muito bons e o 6 corresponde à situação em que os recursos são considerados como completamente insatisfatória (ver tabela no anexo 4). É com base nesta classificação que se constroem os 32 perfis funcionais, que correspondem a 32 combinações possíveis das cinco dimensões da escala, conforme figura do anexo 5. Uma explicação mais detalhada da operacionalização pode ser encontrada em Rodrigues et al (2014).

Finalmente, a variável dependente usada na regressão logística binária (Tabela 12) foi construída conforme o idoso apresentava, ou não, qualquer tipo de fragilidade em relação às cinco dimensões da escala multidimensional, ou seja: sem fragilidade/com fragilidade).

Capítulo 3 – Resultados

Na generalidade optou-se por apresentar os dados de forma estratificada por género e grupo etário, dado que estudos precedentes relevam a importância destas duas variáveis e também tendo em vista a operacionalização da intervenção.

3.1. Características demográficas da amostra

Na Tabela 2 estão apresentadas as características gerais da amostra. A amostra integra 35 homens e 42 mulheres. Verifica-se que a idade média da amostra foi de 76,17 anos \pm 8,441. Como se pode observar, cerca de 2/3 (67,5%) dos idosos tem companheiro, ter companhia é mais frequente nos homens do que nas mulheres. Cerca de 2/3 (68,5%) dos idosos ou não possuem qualquer instrução ou tem o ensino básico. A instrução secundária ou superior é mais frequente nos homens. Como era esperado os grupos etários superiores tendem a estar mais sozinhos, essencialmente devido à viuvez.

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

	Grupo etário						Género				Total	
	65-74		75-84		≥ 85		M		F			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Amostra por grupo etário e género	42	54,5	18	23,4	17	22,1	35	45,5	42	54,5	77	100,0
Estado civil												
Solteiro/viúvo/divorciado/separado	7	16,7	6	33,3	12	70,6	4	11,4	21	50,0	25	32,5
Casado/união de facto	35	83,3	12	66,7	5	29,4	31	88,6	21	50,0	52	67,5
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Habilitações literárias												
Sem instrução	0	0,0	5	27,8	5	29,4	3	8,6	7	17,1	10	13,2
Ensino básico	24	58,5	9	50,0	9	52,9	18	51,4	24	58,5	42	55,3
Secundário/médio/superior	17	41,5	4	22,2	3	17,6	14	40,0	10	24,4	24	31,6
Total	41	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	41	100,0	76	100,0

3.2. Recursos sociais

Relativamente à rede social de apoio (Tabela 3) realça-se que todos idosos tem alguém em que possa confiar. Nos vários grupos etários e género, mais da metade, ou seja, 74,0% disse quase nunca se sentem sozinhos. A quase totalidade (98,7%) afirmaram ter alguém que os ajude em caso de doença ou incapacidade. Quanto ao cuidador em cerca de 2/3 (67,5%) é o cônjuge, nos restantes é quase sempre outros parentes (filhos, netos irmãos).

Tabela 3 - Caracterização dos Recursos sociais

	Grupo etário						Género				Total	
	65-74		75-84		≥ 85		M		F			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tem alguém em quem possa confiar?												
Sim	42	100,0	18	100,0	16	100,0	34	100,0	42	100,0	76	100,0
Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	42	100,0	18	100,0	16	100,0	34	100,0	42	100,0	76	100,0
Sente-se sozinho?												
Muitas vezes	1	2,4	1	5,6	0	0,0	1	2,9	1	2,4	2	2,6
Algumas vezes	9	21,4	7	38,9	2	11,8	5	14,3	13	31,0	18	23,4
Quase nunca	32	76,2	10	55,6	15	88,2	29	82,9	28	66,7	57	74,0
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Vê os familiares e amigos tantas vezes quantas as gostaria?												
Sim	21	50,0	13	72,2	13	76,5	22	62,9	25	59,5	47	61,0
Não	21	50,0	5	27,8	4	23,5	13	37,1	17	40,5	30	39,0
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Há alguém que possa ajudá-lo em caso de doença ou incapacidade?												
Sim	41	97,6	18	100,0	17	100,0	35	100,0	41	97,6	76	98,7
Não	1	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,4	1	1,3
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Há sempre alguém que possa cuidar de si?												
Sempre que necessário	41	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	41	100,0	76	100,0
Por pouco tempo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Às vezes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	41	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	41	100,0	76	100,0
Quem são essas pessoas que o cuidam?												
Cônjuge	35	83,3	12	56,7	5	29,4	31	88,6	21	50,0	52	67,5
Outros	7	16,7	6	33,3	12	70,6	4	11,4	21	50,0	25	32,5
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0

3.3. Recursos económicos

Relativamente aos recursos económicos (Tabela 4) verifica-se que para a maioria os rendimentos são suficientes para os gastos e para fazer face a uma situação inesperada e dizem não necessitar de ajuda económica. O rendimento médio dos agregados familiares estudados é de 1098,04±862,429, este valor é bem mais elevado no grupo etário mais jovem (1377,23±983,127) do que no grupo intermédio (805,83±609,799) e mais velho (728,81±479,144).

A maioria também possui casa própria e paga a sua alimentação. Estas condições tendem a verificar-se independentemente do género e do grupo etário, todavia no grupo etário intermédio a situação de não suficiência dos recursos para fazer face a situações inesperadas é mais frequente (55,6%).

Tabela 4 - Recursos Económicos

	Grupo etário						Género				Total	
	65-74		75-84		≥ 85		M		F			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Proprietário da casa onde habita?												
Sim	37	88,1	3	72,2	11	64,7	30	85,7	31	63,8	61	79,2
Não	5	11,9	5	27,8	6	35,3	5	14,3	11	26,2	16	20,8
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Recursos são suficientes para fazer face a uma situação inesperada?												
Sim	30	71,4	8	44,4	17	100,0	27	77,1	28	66,7	55	71,4
Não	12	28,6	10	55,6	0	0,0	8	22,9	14	33,3	22	28,6
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	32	100,0	77	100,0
Os seus rendimentos são suficientes?												
Não	6	14,3	3	16,7	0	0,0	4	11,4	5	11,9	9	11,7
Sim, para os gastos	24	57,1	12	66,7	13	76,5	22	62,9	27	64,3	49	63,6
Sim	12	28,6	3	16,7	4	23,5	9	25,7	10	23,8	19	24,7
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Necessita de ajuda económica?												
Sim	10	23,8	9	50,0	0	0,0	6	17,1	13	31,0	19	24,7
Não	32	76,2	9	50,0	17	100,0	29	82,9	29	69,0	58	75,3
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Paga a sua alimentação ou tem ajuda regular para isso?												
Sim	42	100,0	17	94,4	17	100,0	35	100,0	41	97,6	76	98,7
Não	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	1	2,4	1	1,3
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0

3.4. Saúde Mental

Em relação à saúde mental (Tabela 5), a frequência com que fica preocupado sempre/quase sempre foi de 88,3% em ambos os géneros; quanto à satisfação com a vida em geral cerca de 59,2% considerem a sua vida interessante, embora os idosos do género masculino estejam mais satisfeitos. Relativamente à observação geral dos sintomas psiquiátricos medidos através do instrumento *Short Psychiatric Evaluation Schedule* (SPES) eles estão presente em 44,2% dos idosos estudados, sendo mais comuns nas mulheres sobretudo nos sintomas evidentes. O grupo etário intermédio é o mais afetado por esta sintomatologia (72,2%). A perceção do estado mental e a sua comparação com o mesmo estado há cinco anos atrás segue o mesmo padrão.

Tabela 5 -Saúde Mental

	Grupo etário						Género				Total	
	65-74		75-84		≥ 85		M		F			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Com que frequência fica preocupado?												
Sempre/Quase sempre	38	90,5	17	94,4	13	76,5	32	91,4	36	85,7	68	88,3
Algumas vezes	3	7,1	1	5,6	4	23,5	2	5,7	5	11,9	7	9,1
Nunca/Quase nunca	1	2,4	0	0,0	0	0,0	1	2,9	1	2,4	2	2,6
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Em geral, como acha a sua vida?												
Interessante	26	63,4	7	38,9	12	70,6	23	67,6	22	52,4	45	59,2
Monótona	13	31,7	6	33,3	5	29,4	10	29,4	14	33,3	24	31,6
Aborrecida	2	4,9	5	27,8	0	0,0	1	2,9	6	7,9	7	9,2
Total	41	100,0	18	100,0	17	100,0	34	100,0	42	100,0	76	100,0
Como descreveria em geral a sua satisfação com a vida?												
Boa	22	52,4	6	33,3	14	82,4	22	62,9	20	47,6	42	54,5
Regular	18	42,9	10	55,6	3	17,6	12	34,3	19	45,2	31	40,3
Má	2	4,8	2	11,1	0	0,0	1	2,9	3	7,1	4	5,2
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Sintomas psiquiátricos (SPES) ?												
Não significativos (0-3)	23	54,8	5	27,8	15	88,2	23	65,7	20	47,6	43	55,8
Leves (4-5)	8	19,0	6	33,3	1	5,9	7	20,0	8	19,0	15	19,5
Evidentes (6-10)	11	26,2	6	33,3	1	5,9	5	14,3	13	31,0	18	23,4
Severos (11-15)	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	1	2,4	1	1,3
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Perceção do estado mental/emocional?												
Muito Bom	6	14,3	0	0,0	5	29,4	5	14,3	6	14,3	11	14,3
Bom	17	40,5	6	33,3	11	64,7	18	51,4	16	38,1	34	44,2
Razoável	19	45,2	9	50,0	1	5,9	12	34,3	17	40,5	29	37,7
Mau	0	0,0	3	16,7	0	0,0	0	0,0	3	7,1	3	3,9
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Comparado com há 5 anos, como classifica o seu estado mental/emocional?												
Melhor	4	9,5	1	5,6	1	5,9	2	5,7	4	9,5	6	7,8
Igual	24	57,1	4	22,2	15	88,2	22	62,9	21	50,0	43	55,8
Pior	14	33,3	13	72,2	1	5,9	11	31,4	17	40,5	28	36,4
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0

3.5. Saúde Física

Os indicadores de saúde física são apresentados na (Tabela 6). Podemos visionar que a saúde física dos participantes a nível de patologias com maior número foram os problemas cardíacos 49,4%, hipertensão 41,6%, diabetes 28,6%, problemas circulatórios dos membros 20,8%, e ainda oncológicos 13,0%, verifica-se que problemas cardíacos têm maior manifestação no género masculino e nos mais idosos. As restantes patologias citadas afetam, cada uma, 9,1% de idosos.

Tabela 6 - Saúde Física

	Grupo etário						Género				Total	
	65-74		75-84		≥ 85		M		F			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Doenças ou debilidades mais frequentes.												
Problemas cardíacos	19	45,2	10	55,6	9	52,9	19	54,3	19	45,2	38	49,4
Hipertensão	20	47,6	13	72,2	12	70,6	21	60,0	24	57,1	32	41,6
Diabetes	14	33,3	2	11,1	6	35,3	13	37,1	9	21,4	22	28,6
Problemas circulatórios membros	5	11,9	6	33,3	5	29,4	7	20,0	9	21,4	16	20,8
Oncológicos	4	9,5	4	22,2	2	11,8	8	22,9	2	4,8	10	13,0
Sequelas de AVC	3	7,1	2	11,1	3	17,6	3	8,6	5	11,9	8	10,4
Colostrol	6	14,3	1	5,6	0	0,0	5	14,3	2	4,8	7	9,1
Úlceras	4	9,5	2	11,1	1	5,9	1	2,9	6	14,3	7	9,1
Rins	3	7,1	4	22,2	0	0,0	1	2,9	6	14,3	7	9,1
Atritis	5	11,9	2	11,1	0	0,0	2	5,7	5	11,9	7	9,1
Tem alguma incapacidade física?												
Não	37	88,1	13	81,3	15	88,2	32	94,1	33	80,5	65	86,7
Paralisia parcial	3	7,1	3	18,8	1	5,9	1	2,9	6	14,6	7	9,3
Paralisia total	2	4,8	0	0,0	1	5,9	1	2,9	2	4,9	3	4,0
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	34	100,0	41	100,0	75	100,0
Visão?												
Muito boa	1	2,4	0	0,0	2	11,8	3	8,6	0	0,0	3	3,9
Boa	19	45,2	11	61,0	6	35,3	14	40,0	22	52,4	36	46,8
Regular	20	47,6	6	33,3	8	47,1	17	48,6	17	40,5	34	44,2
Má	2	4,8	1	5,6	1	5,9	1	2,9	3	7,1	4	5,2
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	36	100,0	42	100,0	77	100,0
Audição?												
Muito boa	6	14,3	1	5,6	2	11,8	0	0,0	9	21,4	9	11,7
Boa	19	45,2	4	22,2	5	29,4	15	42,9	13	31,0	28	36,4
Regular	13	31,0	8	44,4	6	35,3	12	34,3	15	35,7	27	35,1
Má	4	9,5	5	27,8	4	23,5	8	22,9	5	11,9	13	16,9
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	36	100,0	42	100,0	77	100,0
Tem algum outro problema de saúde?												
Sim	8	19,0	1	5,6	0	0,0	0	11,4	5	11,9	9	11,7
Não	34	81,0	17	94,4	17	100,0	31	88,6	37	88,1	68	88,3
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	36	100,0	42	100,0	77	100,0
Neecessita de alguma ajuda técnica?												
Sim	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	1	2,4	1	1,0
Não	42	100,0	17	94,4	17	100,0	36	100,0	41	97,6	76	98,7
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	36	100,0	42	100,0	77	100,0
Praticava alguma atividade física?												
Sim	35	83,3	13	72,2	5	29,4	28	80,0	25	59,5	53	68,8
Não	7	16,7	5	27,8	12	70,6	7	20,0	17	40,5	24	31,2
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	36	100,0	42	100,0	77	100,0
Como avalia a sua saúde em geral?												
Muito Boa	1	2,4	0	0,0	0	0,0	1	2,9	0	0,0	1	1,3
Boa	13	31,0	1	5,6	11	64,7	13	37,1	12	28,6	25	32,5
Razoável	26	61,9	14	67,8	6	35,3	20	57,1	26	61,9	46	59,7
Má	2	4,8	3	16,7	0	0,0	1	2,9	4	9,5	5	6,5
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	36	100,0	42	100,0	77	100,0
Comparado com há 5 anos, como classifica hoje a sua saúde?												
Melhor	2	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,9	2	2,7
Igual	19	47,5	5	27,8	15	88,2	22	64,7	17	41,5	39	52,0
Pior	19	47,5	13	72,2	2	11,8	12	35,3	22	57,7	34	45,3
Total	40	100,0	18	100,0	17	100,0	34	100,0	41	100,0	75	100,0
De que modo os problemas de saúde interferem na sua vida?												
Nada	15	37,5	1	5,6	6	35,3	12	35,3	10	24,4	22	29,3
Um pouco	22	55,0	11	61,1	10	58,8	22	64,7	21	51,2	43	57,3
Muito	3	7,5	6	33,3	1	5,9	0	0,0	10	24,4	10	13,3
Total	40	100,0	18	100,0	17	100,0	34	100,0	41	100,0	75	100,0

Quanto à incapacidade física, em ambos grupos etários, verifica-se que a maioria não tem incapacidade física 86,7%. A percentagem de idosos com paralisia parcial é de 9,3%, sendo o do género feminino com maior incidência. A paralisia total é de 4,0%.

Relativamente à visão a maior parte dos idosos refere ter “boa” visão 46,8% e regular 44,2%. A percepção da visão parece ser ligeiramente pior curiosamente no grupo etário 75- 84 anos.

Já na avaliação da audição praticamente não há diferenças entre a “boa” 36,4% e regular 35,1%.

Relativamente à necessidade de ajuda técnica, a maioria dos idosos dizem não necessitar de ajuda (98,7%).

Na prática da atividade física, salienta-se que a maior parte pratica atividade física 68,8%, sendo a percentagem maior no género masculino nos vários grupos etários. Ao nível da avaliação geral da sua saúde a sua maioria dos idosos diz possuir uma saúde “razoável” 59,7%, porém uma parte deles afirmam que nestes últimos cinco anos é igual 52,0%, e que piorou 45,3%. Quanto aos problemas de saúde que interferem na sua vida, constata-se que interfere um pouco 57,3%, na grande maioria no género masculino e nos vários grupos etários.

3.6. Atividades de vida diária

Os indicadores das atividade instrumentais de vida diária encontram-se expostos na (Tabela 7.) Como se pode verificar a maioria dos idosos da amostra é independente (85,7%), verificando-se que os maiores níveis de dependência moderada ou total afetam mais as mulheres e o grupo etário intermédio. Quanto aos tipos de atividades aquelas em que há maior dependência é para a capacidade de usar transportes e preparar as refeições; nestas últimas os homens revelam maior dependência.

Tabela 7 - Atividade de Vida diária - Instrumentais¹

	Grupo etário						Género				Total	
	65-74		75-84		≥ 85		M		F			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
É capaz de usar o telefone?												
Sim	42	100,0	16	88,9	11	64,7	31	88,6	38	90,5	69	89,6
Não	0	0,0	2	11,1	6	35,3	4	11,4	4	9,5	8	10,4
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
É capaz de usar transportes?												
Sim	33	78,6	11	61,1	7	41,2	29	82,9	22	52,4	51	66,2
Não	9	21,4	7	38,9	10	58,8	6	17,1	20	47,6	26	33,8
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
É capaz de ir às compras?												
Sim	40	95,2	11	61,1	10	58,8	29	82,9	32	76,2	61	79,2
Não	2	4,8	7	38,9	7	41,2	6	17,1	10	23,8	16	20,8
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	37	100,0
É capaz de preparar as suas refeições?												
Sim	39	92,9	13	62,2	9	52,9	26	74,3	35	83,3	61	79,2
Não	3	7,1	5	27,8	9	47,1	9	25,7	7	16,7	16	20,8
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
É capaz de fazer as tarefas de casa?												
Sim	35	83,3	13	72,2	5	29,4	24	68,6	29	69,0	53	68,8
Não	7	16,7	5	27,8	12	70,6	11	31,4	13	31,0	24	31,2
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
É capaz de tomar os seus medicamentos?												
Sim	41	97,6	14	77,8	11	64,7	31	88,6	35	83,3	66	85,7
Não	1	2,4	4	22,2	6	35,3	4	11,4	7	16,7	11	14,3
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
É capaz de lidar com o dinheiro?												
Sim	41	97,6	14	67,8	13	76,5	33	94,3	35	83,3	68	88,3
Não	1	2,4	4	22,2	4	23,5	2	5,7	7	16,7	9	11,7
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Total AVD												
Independente	41	97,6	14	77,8	11	64,7	31	88,6	35	83,3	66	85,7
Dependência Moderada	1	2,4	2	11,1	4	23,5	3	8,6	4	9,5	7	9,1
Dependente	0	0,0	2	11,1	2	11,8	1	2,9	3	7,1	4	5,2

Os indicadores de atividade física de vida diária encontram-se expostas na (Tabela 8.) Como se pode verificar a maioria dos idosos da amostra é independente (94,8%), verificando-se que os maiores níveis de dependência moderada ou total afetam mais o

¹ Dado que a escala usada no OARS é ligeiramente diferente da escala original de Lawton & Brody definimos os seguintes pontos de corte: 7 a 11 Independente; 12 a 16 Dependência Moderada; 17 a 21 Dependente.

grupo etário intermédio. Quanto aos tipos de atividades aquela em que há maior dependência é para tomar o duche.

Tabela 8 - Atividade de Vida Diária - Física²

	Grupo etário						Género				Total	
	65-74		75-84		≥ 85		M		F			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
É capaz de comer sem ajuda?												
Sim	42	100,0	42	100,0	15	88,2	34	97,1	39	92,9	73	94,8
Não	0	1,0	0	1,0	2	11,8	1	2,9	3	7,1	4	5,2
Total	42	100,0	42	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
É capaz de vestir-se e despir-se sozinho?												
Sim	42	100,0	14	77,8	14	82,4	33	94,3	37	88,1	70	90,9
Não	0	1,0	4	22,2	3	17,6	2	5,7	5	11,9	7	9,1
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
É capaz de cuidar da sua aparência?												
Sim	42	100,0	42	100,0	16	94,1	35	100,0	39	92,9	74	96,1
Não	0	1,0	0	1,0	1	5,9	0	0,0	3	7,1	3	3,9
Total	42	100,0	42	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	67	100,0
É capaz de andar sem ajuda?												
Sim	41	97,6	14	77,8	12	70,6	32	91,4	35	83,3	67	87,0
Não	1	2,4	4	22,2	5	29,4	3	8,6	7	16,7	10	13,0
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
É capaz de levantar-se e deitar-se na cama?												
Sim	42	100,0	16	88,9	14	82,4	34	97,1	38	90,5	72	93,5
Não	0	1,0	2	11,1	3	17,6	1	2,9	4	9,5	5	6,5
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
É capaz de tomar banho ou duche?												
Sim	41	97,6	13	72,2	10	58,8	29	82,9	35	83,3	64	83,1
Não	1	2,4	5	27,8	7	41,2	6	17,1	7	16,7	13	16,9
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
É capaz de controlar os esfínteres?												
Sim	42	95,2	18	100,0	17	100,0	34	97,1	41	97,6	75	97,4
Não	2	4,8	0	0,0	0	0,0	1	2,9	1	2,4	2	2,6
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	41	100,0	77	100,0
Total AVD Físico												
Independente	42	100,0	16	88,9	15	88,2	34	97,1	39	92,9	73	94,8
Dependência Moderada	0	0,0	2	11,1	1	5,9	1	2,9	2	4,8	3	3,9
Dependente	0	0,0	0	0,0	1	5,9	0	0,0	1	2,4	1	1,3

² Dado que a escala usada no OARS é ligeiramente diferente da escala original de Katz e da escala de Barthel, definimos os seguintes pontos de corte: 6 a 9 Independente; 10 a 14 Dependência Moderada; 15 a 18 Dependente.

3.7. Utilização dos serviços

No que respeita à utilização dos serviços (Tabela 9), quanto à participação em atividades de natureza social/recreativa, desportiva e educacional verifica-se uma baixa adesão, respetivamente: 26,0%, 9,1% e 5,2%.

Tabela 9 - Utilização dos Serviços

	Grupo etário						Género				Total	
	65-74		75-84		≥ 85		M		F			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Participou em alguma atividade social/recreativa?												
Sim	11	26,2	6	33,3	3	17,6	14	40,0	6	14,3	20	26,0
Não	31	73,8	12	66,7	14	82,4	21	60,0	36	85,7	57	74,0
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Participou em algum programa de exercício físico ou desporto?												
Sim	3	7,1	2	11,1	2	11,8	5	14,3	2	4,8	7	9,1
Não	39	92,9	16	88,9	15	88,2	30	85,7	40	95,2	70	90,9
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Participou em alguma atividade educacional?												
Sim	2	4,8	2	11,1	0	0,0	2	5,7	2	4,8	4	5,2
Não	40	95,2	16	88,9	17	100,0	33	94,3	40	95,2	73	94,8
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Recebeu algum tipo de orientação ou tratamento para problemas pessoais/emocionais?												
Sim	0	0,0	4	22,2	0	0,0	2	5,7	2	4,8	4	5,2
Não	42	100,0	14	77,8	17	100,0	33	94,3	40	95,2	73	94,8
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Recebeu algum tipo de cuidados pessoais?												
Sim	2	4,8	6	33,3	7	41,2	6	17,1	9	21,4	15	19,5
Não	40	95,2	12	66,7	10	58,8	29	82,9	33	78,6	62	80,5
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Recebeu algum tipo de cuidados de enfermagem?												
Sim	5	11,9	3	16,7	0	0,0	4	11,4	4	9,5	8	10,4
Não	37	88,1	15	83,3	17	100,0	31	88,6	38	90,5	69	89,6
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Fez algum tratamento de fisioterapia?												
Sim	1	2,4	1	5,6	2	11,8	1	2,9	3	7,1	4	5,2
Não	41	97,6	17	94,4	15	88,2	34	97,1	39	92,9	73	94,8
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Houve algum período em que alguém teve cuidado de si as 24 horas do dia?												
Sim	3	7,1	5	27,8	4	23,5	3	8,6	9	21,4	12	15,6
Não	39	92,9	13	72,2	13	76,5	32	91,4	33	78,6	65	84,4
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Houve algum período em que alguém teve de fazer por si as suas tarefas d												
Sim	29	69,0	15	83,3	14	82,4	30	85,7	28	66,7	58	75,3
Não	13	31,0	3	16,7	3	17,6	5	14,3	14	33,3	19	24,7
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Houve algum período em que alguém teve de fazer por si as refeições ou teve de comer fora?												
Sim	17	40,5	10	55,6	8	47,1	22	62,9	13	31,0	35	45,5
Não	25	59,5	8	44,4	9	52,9	13	37,1	29	69,0	42	54,5
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Alguém, profissional de saúde ou de trabalho social avaliou a sua condição geral?												
Sim	6	14,3	2	11,1	8	47,1	8	22,9	8	19,0	16	20,8
Não	36	85,7	16	88,9	9	52,9	27	77,1	34	81,0	61	79,2
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0

Quanto às diversas formas de cuidados/tratamentos/ajudas recebidos verifica-se igualmente níveis baixos de utilização exceto no caso de ajuda para a realização de tarefas domésticas e refeições, respetivamente: 75,3% e 45,5%, verificando-se que são os homens e o grupo etário intermédio que recebem mais ajuda.

Por fim, à questão se alguém, profissional de saúde ou de trabalho social, avaliou a condição geral do idoso, observa-se que isto só se verificou para 20,8% dos idosos.

3.7. Perfis funcionais dos idosos

Os resultados referentes aos perfis funcionais dos idosos (pontuação de incapacidade funcional - PIF) apresentam-se nas Tabelas 10 e 11. Esta classificação na escala PIF de 1 a 6 é atribuída pelo entrevistador face às informações contidas nas respostas do entrevistado. No nosso estudo, relativamente à PIF estabelecemos os pontos de corte entre a condição de funcionalidade satisfatória e não-satisfatória (que permitiu a construção da tabela 10) entre os níveis 3 e 4 da escala e não entre os níveis 4 e 5 como adotado no estudo de Coimbra, isto implica que na comparação dos resultados do nosso estudo com os resultados de Coimbra, o nosso critério para considerar a condição de funcionalidade não-satisfatória é menos apertado.

Tabela 10 - Perfis Funcionais dos Idosos

	Grupo etário						Género				Total	
	65-74		75-84		≥ 85		M		F			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Recursos sociais												
Satisfatório	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Não satisfatório	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Recursos económicos												
Satisfatório	41	97,6	11	61,1	17	100,0	35	100,0	34	81,0	69	89,6
Não satisfatório	1	2,4	7	38,9	0	0,0	0	0,0	8	19,0	8	10,4
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Saúde mental												
Satisfatório	34	81,0	12	66,7	16	94,1	32	91,4	30	71,4	62	80,5
Não satisfatório	8	19,0	6	33,3	1	5,9	3	8,6	12	28,6	15	19,5
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Saúde física												
Satisfatório	38	90,5	13	62,2	17	100,0	35	100,0	33	78,6	68	88,3
Não satisfatório	4	9,5	5	27,8	0	0,0	0	0,0	9	21,4	9	11,7
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Desempenho das atividades de vida diária												
Satisfatório	42	100,0	15	83,3	14	82,4	34	97,1	37	88,1	71	92,2
Não satisfatório	0	0,0	3	16,7	3	17,6	1	2,9	5	11,9	6	7,8
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0
Existência de fragilidades dos idosos												
Não	31	73,8	10	55,6	13	76,5	31	88,6	23	54,8	54	70,1
Sim	11	26,2	8	44,4	4	23,5	4	11,4	19	45,2	23	29,9
Total	42	100,0	18	100,0	17	100,0	35	100,0	42	100,0	77	100,0

Tabela 11 - Tipos e Frequência dos Perfis Funcionais dos Idosos

Perfis Funcionais	Tipo de incapacidade					n	%
	Social	Económica	Mental	Física	AVD		
Perfil 1						54	70,1
Perfil 4			X			7	9,1
Perfil 27		X	X	X		4	5,2
Perfil 3		X				3	3,9
Perfil 6					X	3	3,9
Perfil 5				X		2	2,6
Perfil 11			X	X		2	2,6
Perfil 14		X	X			1	1,3
Perfil 17			X	X	X	1	1,3
Total						77	100,0

De uma forma geral o perfil de funcionalidade dos idosos do nosso estudo é francamente satisfatório. A saúde mental é a área onde se verificam mais situações de incapacidade

(19,5% dos idosos) sendo mais frequentes no género feminino e no grupo etário intermédio.

Quanto a existência de incapacidades (indicador geral) dos idosos observa-se que quase um terço (31,2%) apresenta algum tipo de incapacidade, sendo mais evidente nas mulheres e no grupo etário intermédio. Complementarmente, na tabela 11, verifica-se que o perfil 4 é o mais presente seguido do perfil 27. Esta tabela também permite verificar a importância da saúde mental na incapacidade dos idosos, pois somadas as parcelas afeta cerca de 20% dos idosos.

Finalmente, estudamos o efeito das principais variáveis sociodemográficas na funcionalidade dos idosos. Para o efeito realizamos uma regressão linear logística binária em que a variável depende se apresenta dicotomizada em sem incapacidade *versus* com incapacidade (Tabela 12). Apesar das limitações impostas pela reduzida dimensão da amostra verifica-se que o género é a principal variável explicativa sendo que as mulheres tem cerca de cinco vezes mais possibilidades de apresentarem incapacidade do que os homens. O grupo etário intermédio, os idosos que vivem sós e os idosos sem instrução ou com instrução básica aparentam maior possibilidade de apresentar incapacidade por comparação aos grupos de referência respetivos.

Tabela 12 – Relação entre o género, extrato etário, situação conjugal e nível de habilitações no nível de incapacidade dos idosos.

Variáveis no modelo	Sig.	O.R.	95 % I.C.	
			Inferior	Superior
Género:				
Homem		Referência		
Mulher	0,014	5,334	1,409	20,199
Extrato etário:				
65-74 anos		Referência		
75-84 anos	0,489	1,696	0,38	7,563
> 85 anos	0,249	0,363	0,065	2,032
Situação conjugal				
Vive acompanhado		Referência		
Viver só	0,252	2,233	0,565	8,818
Habilitações:				
Secundário ou superior		Referência		
Sem Instrução	0,281	3,192	0,387	26,336
Básica	0,073	3,779	0,885	16,134

Capítulo 4 – Discussão dos resultados e conclusões

4.1. Discussão dos resultados

De uma forma geral os resultados do nosso estudo estão em linha com os resultados de outros estudos nacionais e internacionais sobre a condição dos idosos residentes na comunidade. Nesta discussão o estudo de Rodrigues et al. (2014) com idosos do concelho de Coimbra, que usou a mesma metodologia assumirá um papel de destaque. No entanto, importa dizer, que no nosso estudo, relativamente à pontuação da incapacidade funcional (escala PIF) estabelecemos a fronteira entre a condição de funcionalidade satisfatória e não-satisfatória (que permitiu a construção da tabela 8) entre os níveis 3 e 4 da escala e não entre os níveis 4 e 5 adotado no estudo de Coimbra; Esta classificação na escala PIF de 1 a 6 é atribuída pelo entrevistador face às informações contidas nas respostas do entrevistado.

Iniciando pelos recursos sociais verificamos que praticamente todos os idosos tem alguém que os ajude em caso de necessidade por doença ou incapacidade e que a maioria vive acompanhada. Este cenário no difere muito do estudo de Rodrigues et al. (2014), todavia, o indicador do modelo da escala OARS, evidencia uma situação algo distinta. De facto no nosso estudo os recursos sociais são sempre satisfatórios enquanto no estudo de Coimbra um pouco mais de 1/4 dos idosos apresenta limitações sociais ligeiras e 1/4 apresenta limitação moderada, grave ou total. É possível que esta situação possa resultar da condição de urbanidade dos idosos de Coimbra; esta explicação é sustentada com os resultados do estudo de Alfândega da Fé (Pereira et al., 2015) em que apesar de viverem sozinhos a maioria dos idosos diz ter uma boa rede de apoio social.

Quanto aos recursos económicos para a maioria os rendimentos são suficientes para o essencial. O rendimento médio dos agregados familiares estudados é superior no grupo etário mais jovem em comparação com o grupo intermédio e mais velho. Esta condição é facilitada pelo facto de a maioria possuir casa própria. Se avaliamos os recursos económicos medidos pelo modelo OARS (tabela 8) apenas uma minoria de cerca de 10%

se encontra na condição insatisfatória, sendo uma vez mais as mulheres e o grupo etário intermédio a estar em pior condição. Por comparação no estudo de Coimbra a situação é bem mais complexa, dado que sensivelmente 2/3 dos idosos (66,9%) dizem ter limitações sendo que para 15,4% essa limitação é grave ou total. Ainda segundo este estudo a tendência geral em todos os indicadores é para a situação se agravar para o grupo etário mais idoso e para o género feminino. O estudo de Alfândega não especifica valores financeiros mas a maioria dos idosos (85%) auferem um rendimento entre a pensão social e o salário mínimo. Talvez a pior situação dos idosos no estudo de Coimbra se deva ao custo de vida relativamente mais elevado e também a um maior nível de expectativa com as condições de vida. Os valores dos idosos de Alfândega são consistentes com os do nosso estudo se pensarmos que se trata de agregados familiares unipessoais.

Passando à saúde mental verificamos que uma parte considerável dos idosos (44,2%) apresenta sintomas de depressão geriátrica sendo mais comuns nas mulheres e no grupo etário intermédio; a perceção do estado mental e a sua comparação com o mesmo estado há cinco anos atrás segue o mesmo padrão. O estudo de Coimbra apresenta valores semelhantes em que 40,3% dos idosos apresenta limitação pequena ou moderada e 16% apresenta limitações de saúde mental grave ou total; e o estudo de Alfândega também está em linha com os precedentes: cerca de 39% dos idosos apresenta sintomas de depressão ligeira e cerca de 10% sintomas de depressão grave; cerca de 19% dos idosos apresenta demência ligeira e cerca de 6% apresenta demência grave. A nível internacional Santangelo et al. (2012) aponta também o declínio cognitivo e sintomatologia depressiva presente em cerca de metade dos idosos estudados.

No que respeita à saúde física dos idosos as patologias mais frequentes são os problemas cardíacos 49,4%, hipertensão 41,6%, diabetes 28,6%, problemas circulatórios dos membros 20,8%, e ainda oncológicos 13,0%, verifica-se que problemas cardíacos têm maior manifestação no género masculino mais idoso. Este quadro de patologias está em linha com os estudos de Coimbra e de Alfândega e a nível internacional com o estudo de Santangelo et al. (2012) que aponta a prevalência elevada de doenças como hipertensão, diabetes, osteoporose e cardiopatias.

A avaliação geral da sua saúde na sua maioria (59,7%) os idosos dizem possuir uma saúde “razoável”, porém uma parte deles afirmam que nestes últimos cinco anos é igual 52,0%, e que piorou 45,3%. Estes valores são mais desfavoráveis no estudo de Coimbra, respetivamente 26,9 e 67,5%.

Relativamente aos indicadores de atividade de vida diária a maioria dos idosos da amostra é independente verificando-se que os maiores níveis de dependência moderada ou total afetam mais as mulheres e o grupo etário intermédio. As atividades de usar transportes preparar as refeições e tomar o duche são as mais problemáticas. O estudo de Coimbra apresenta níveis de dependência mais elevados as atividades de vida diária dos idosos cerca de 1/4 apresenta limitação moderada e o restante 1/4 vive com limitações graves ou incapacidade total. O estudo de Fontes et al. (2009) aponta maiores limitações para os idosos mais velhos e maiores limitações na tarefa do duche.

Quanto à utilização dos serviços verifica-se uma baixa adesão participação em atividades de natureza social/recreativa, desportiva e educacional. Também se verifica uma baixa utilização de cuidados/tratamentos/ajudas e de avaliação da condição geral do idoso por profissional de saúde ou de trabalho social, algo que também poderá ser explicado, hipoteticamente, por algumas razões de natureza sociocultural ou de disponibilidade de acesso a este tipo de serviços.

Finalmente quanto aos perfis funcionais dos idosos, no seguimento dos resultados já apresentados destaca-se a importância das alterações de saúde mental como principal causa de incapacidade (ou de fragilidade) dos idosos. Os valores encontrados no nosso estudo estão em linha com os outros estudos referidos quer a nível nacional quer internacional. As razões hipotéticas poderão estar relacionadas com as dificuldades gerais da vida dos idosos e, no caso português, pela pouca eficácia do sistema de saúde e pela conhecida pouca valorização dada às patologias do foro mental sobretudo quando não têm uma expressão ainda muito grave.

4.2. Conclusões

“Acreditamos que aquela parte da saúde coletiva interessada nas comunidades deve aprofundar sua empatia com os outros. Converter-se em parceira, imaginar formas de diálogo democrático e atento, aprender a ver e ouvir, construir formas de compreensão das dimensões subjetivas, e aprender o duro e essencial ofício de questionar-se.”

Julio Wong Un (2002)

Ponderadas as limitações impostas pela reduzida dimensão da amostra podem ser extraídas as seguintes conclusões.

A população idosa abrangida pelo Centro de Saúde de Bragança, no geral, apresenta bons níveis de funcionalidade. Isto não quer dizer que não se verifiquem situações que merecem atenção particular. De facto a análise mais pormenorizada dos perfis funcionais nas cinco dimensões do instrumento de avaliação multidimensional OARS revelam as seguintes tendências. As alterações de saúde mental são o aspeto mais preocupante da situação dos idosos. Na saúde física são mais comuns os problemas cardíacos, hipertensão, diabetes, problemas circulatórios dos membros e ainda oncológicos. Os níveis de autonomia dos idosos para a realização das atividades de vida diária são no geral bons. Quanto aos recursos económicos eles são no geral satisfatórios permitindo uma vida modesta mas com acesso aos recursos essenciais, todavia é preciso fazer notar que esta situação pode ser explicada, em parte, por alguma conformidade em relação à vida. Por último os idosos revelam ter bons recursos sociais.

Num outro plano do instrumento de avaliação multidimensional de uma forma geral os idosos da amostra utilizam pouco os serviços disponíveis na comunidade. Este aspeto abre um campo de possibilidades para a intervenção comunitária. A pensar nisto elaboramos e propomos o Projeto “Jardins da Memória e das Emoções”, apresentado na III Parte deste trabalho.

Quanto às hipóteses que levantamos para o nosso estudo verifica-se que o perfil de funcionalidade dos idosos é dependente do género do idoso. As mulheres revelam piores indicadores em quase todos os parâmetros estudados, sobretudo ao nível da saúde mental; a exceção são os problemas do foro cardíaco que afetam mais os homens e alguns indicadores de atividade de vida diária como a realização das tarefas da lide da casa, algo que poderá ser explicado pelos padrões culturais.

Verifica-se também no que respeita às variáveis sociodemográficas grupo etário, agregado familiar e grau de habilitações, uma tendência para o grupo intermédio ser o grupo que apresenta maiores incapacidade e para o efeito protetor da existência de um companheiro/a e do maior nível de habilitações literárias. Estas tendências são confirmadas por outros estudos análogos. Estas limitações poderão ser ultrapassadas pelo aumento da dimensão da amostra.

III Parte

Projeto de Intervenção

Capítulo 5

Em fase dos resultados e conclusões do estudo que aponta como uma das principais causas de fragilidade dos idosos a alteração da saúde mental dos idosos, designadamente perdas cognitivas e depressão, decidimos desenvolver um projeto designado “Jardins da memória e das emoções” (Projeto JME).

Apresentação

O projeto JME é um espaço de encontro intergeracional onde os idosos do concelho de Bragança que apresentem alteração ligeira de saúde mental possam participar em atividades de estimulação cognitiva e emocional. A escolha da designação “Jardins” é porque estamos a pensar que as atividades tanto decorram em espaços fechados como em espaços ao ar livre.

O projeto JME tem como objetivo responder às necessidades dos idosos que constituem um risco de alteração ligeira de saúde mental, dada a instabilidade das suas condições económicas e a impossibilidade de acederem a bens e serviços considerados fundamentais e lembrando os seus direitos e a afirmação da sua imagem positiva na sociedade. É fundamental criar iniciativas que promovam o envelhecimento ativo, tendo em conta as suas necessidades ao nível bio-psico-social. Existe a necessidade de dar momentos de realização pessoal em que as atividades sejam heterogéneas, uma vez que cada idoso tem as suas características e é possuidor de uma história de vida.

A planificação de atividades permite na ocupação dos idosos e no seu envolvimento nas mesmas, para que haja prazer, entusiasmo pela participação. As atividades visam intensificar uma vida dinâmica, criativa, assim como a melhoria das relações e da comunicação com os outros, desenvolvendo a autonomia pessoal. Logo, as atividades que sejam promotoras em torno de:

- **Promoção da Saúde:** Através do desenvolvimento de iniciativas, contribuir para minimizar os efeitos negativos consequentes do processo de envelhecimento,

nomeadamente ao nível da mobilidade/autonomia; dos cuidados a ter com a saúde, a alimentação, entre outras.

- **Educação - Formação:** Ampliar os horizontes a nível do conhecimento e promover as capacidades cognitivas, influenciando de forma positiva na sua autoestima e progresso pessoal.
- **Actividades Ocupacionais:** Através da promoção de atividades ocupacionais, deseja-se potenciar as capacidades funcionais, físicas e cognitivas e em paralelo promover a interação com os outros, reforçando assim o convívio e os laços sociais. Promover assim uma nova dinâmica de articulação entre o convívio de crianças/jovens da comunidade, com o objetivo da transmissão do conhecimento, potenciando desta forma as relações intergeracionais.
- **Lazer:** Divulgar ocasiões de lazer e de conhecimento de locais de interesse histórico-cultural.

Justificação

Este projeto, vai de encontro às necessidades identificadas pelo estudo mas igualmente está em linha com a nossa formação superior inicial (Educação Social) e com os princípios do envelhecimento ativo e saudável.

Noutro plano, o projeto contribui para os objetivos do Plano Nacional de Saúde Mental-2013 (DGS,2013), no sentido de conhecer as situações de alteração da saúde mental e a implementação de ações que melhorem os cuidados de saúde prestados. Este plano reconhece uma elevada prevalência de doenças mentais em Portugal, acrescentando que uma percentagem importante das pessoas com doenças mentais graves permanece sem acesso a cuidados de saúde mental e muitos dos que têm acesso a cuidados de saúde mental continuam a não beneficiar dos modelos de intervenção (programas de tratamento e reabilitação psicossocial) hoje considerados essenciais. Em conformidade propõe o desenvolvimento de serviços na comunidade e a promoção de experiências-piloto (inspiradas na filosofia dos *stepped-care programs* e nos modelos de *task-shifting*) com o objetivo de garantir melhores cuidados de saúde mental, todavia sem que isso implique

acréscimos de recursos financeiros e de pessoal qualificado (sobretudo, neste caso específico, médicos psiquiatras e psicólogos).

Objetivos específicos

- Favorecer e compreender as funções cognitivas, expectativas e a motivação dos idosos. Trabalhar/potenciar as dimensões: Física, psíquica, intelectual, emocional, cultural, social de cada um.
- Harmonizar uma maior qualidade de vida, prevenção/cuidado no processo de envelhecimento, nomeadamente a saúde mental;
- Proporcionar um envelhecimento saudável e integrado;
- Promover atividades diversas em tempo e espaço movimentando a participação dos idosos, de forma a criar estratégias de reforço da autoestima;
- Favorecer a interação dos idosos com a família, fortificando desta forma os laços afetivos já que o seu meio familiar e social é a componente das suas vivências;
- Estimular um trabalho interativo com idosos e crianças.

Parcerias do Projeto

Câmara Municipal de Bragança; União das Freguesias de Sé, Santa Maria e Meixedo; Junta de Freguesia de Espinhosela; Junta de Freguesia de Rebordãos; Plataforma Paideia; Núcleo de Investigação e Intervenção do Idoso; Coral Brigantino; Clube Académico de Bragança e Universidade Sénior de Rotary Club de Bragança.

Grupo-alvo

Idosos do concelho de Bragança que apresentem alterações ligeiras da saúde mental ou risco de alteração. Projeto-piloto decorreria com um grupo de 20 idosos.

Recursos

Idosos, Técnicas de Educação Social, Familiares, Crianças.

Materiais de desperdício (materiais de desenho, materiais de pintura; materiais de modelagem, colas, tecidos, entre outros), materiais recicláveis, material audiovisual, livros/revistas/jornais;

Carrinhas, autocarro, materiais necessários à realização dos exercícios de educação física, todo o material intrínseco à preparação das atividades.

Espaços físicos: Polivalente; Auditório; Refeitório; Espaços exteriores;

Avaliação

- Número de atividades efetivamente desenvolvidas e nível de participação dos idosos.
- Avaliação semestral através do mini exame mental e da escala de felicidade com a vida.

Atividades para 2016 e 2017

O Plano de Actividades tem como objetivo principal dinamizar os idosos do concelho de Bragança que apresenta alterações ligeiras de saúde mental, sob a forma de diversas atividades durante dois anos e direcionadas para diferentes níveis de autonomia/dependência. O plano estuda parcerias de diversos níveis, de modo a ajustar as atividades às limitações dos idosos.

Atividade 1 - Atelier de Estimulação Cognitiva:

O objetivo dos jogos de estimulação cognitiva é aumentar a atividade cerebral, retardar os efeitos da perda de memória e da acuidade e velocidade preceptiva, e a reabilitação das funções executivas. Esta atividade será desenvolvida através dos Ateliers de Memória que compreendem: Operações Aritméticas Simples; Jogo das Diferenças e semelhanças;

Jogo do Labirinto; Jogo de Memória; Sopa de Letras; Puzzles; Damas; Exercícios de nomeação; Jogos de destreza manual; Exercício de memória recente, imediata, episódica e semântica; Exercício de orientação temporal, espacial e pessoal; Terapia de orientação para a realidade; Atividades de reminiscência. Comemorações das Estações do Ano (orientar o idoso no tempo, desenvolver a motricidade fina, a destreza manual, a criatividade e o espírito de improvisação dos idosos)

- **Material:** Papel, Caneta, Livros de Actividades, Puzzle, Damas, entre outros.
- **Recursos Humanos:** Educadora Social e idosos.
- **Destinatários:** Todos os idosos que queiram participar.
- **Dias/Duração:** 2 vezes por semana, durante 60 minutos cada sessão.
- **Resultados esperados:** partilha de conhecimentos, manutenção e melhoria das capacidades cognitivas.

Atividade 2 - Atelier de Culinária:

O objetivo deste ateliê é a partilha de conhecimentos de receitas da região, a confeção de diferentes produtos, estimulando a motricidade fina. Esta atividade será desenvolvida através da criação de um livro de receitas de cada comunidade ou região, (uma vez por semana é feito o levantamento de uma receita regional). Esta atividade será desenvolvida através de: execução de compotas e doces típicas da região; confeção de bolinhos secos, biscoitos e bolos; confeção de sumos e batidos naturais com fruta da época e da zona.

- **Material:** forno, fogão, material de cozinha, pegas, toalhas, aventais, toucas e luvas, diversos alimentos.
- **Recursos Humanos:** Educadora Social e idosos.
- **Destinatários:** Todos os idosos que queiram participar
- **Dias/Duração:** 2 vezes por mês, todo o dia, com duração de cerca de 120 minutos em cada sessão.

- **Resultados esperados:** partilha de conhecimentos, manutenção e melhoria das capacidades cognitivas, melhoria da qualidade de vida e da autonomia.

Atividade 3 - Atelier de Dança:

A dança é uma forma de entusiasmo que pode e deve ser desenvolvida com os mais idosos, uma vez que está associada a memórias e experiências essenciais na sua vida. Esta atividade será desenvolvida através de organização de festas, de bailes e de tardes de dança onde os idosos poderão praticar danças de salão, dança tradicional, dança de roda, que se possam exprimir livremente.

- **Material:** CD's de música popular, Leitor de CD, aparelhagem de som e microfones.
- **Recursos Humanos:** Educadora social, Animadora sociocultural, idosos, artistas.
Destinatários: idosos que queiram participar, familiares.
- **Dias/Duração:** Dias de festas de aniversário, festas populares, com a duração superior a 90 minutos.
- **Resultados esperados:** manutenção e melhoria das capacidades cognitivas, melhoria da qualidade de vida e da autonomia.

Atividade 4 - Atelier de Expressão plástica:

As atividades de expressão plástica possibilitam ao idoso expressar-se, desenvolver e despertar a imaginação, a criatividade através das várias formas de expressão, promover a motricidade fina, a precisão manual e a coordenação psico-motora. Ao executarem estas atividades desenvolvem o sentido crítico, manifestando as suas preferências e razões das ações, ao mesmo tempo que promove o desenvolvimento de qualidades grupais, ao nível da partilha, trabalho em equipa, confiança, sensibilidade, relações interpessoais, iniciativa, expressão e autocontrolo. Esta atividade concretiza-se através de: pintura;

costura, trabalhos em feltro, modelismo, colagens, trabalhos manuais, modelagem (utilizando materiais como barro, pasta de modelar) e vidro.

- **Material:** Lã, Algodão, tecido, Agulha, Papel, Canetas, lápis, pincéis, tela, tinta, barro, pratos/louça de vidro, pasta de modelar, missangas, objectos em madeira, materiais recicláveis.
- **Recursos Humanos:** Educadora Social, idosos, familiares.
- **Destinatários:** idosos que queiram participar, familiares.
- **Dias/Duração:** 3 vezes por semana, durante 120 minutos cada sessão (a ajustar de acordo com as necessidades/limitações dos idosos)
- **Resultados esperados:** aumento da autonomia e do grau de satisfação, mostra e/ou venda de trabalhos, partilha de conhecimentos.

Atividade 5 - Atelier de expressão e comunicação oral e corporal:

Esta atividade consiste em aulas de treino com o objetivo de manter as capacidades dos idosos letrados, estimulando a escrita e a leitura, a memória e a concentração através de: Pequenos ditados, sopa de letras, leitura de notícias e livros, contadores de histórias, poemas, histórias contadas, notícias comentadas). Esta atividade concretiza-se através de: Realização de um Jornal de Parede mensal relativo às notícias relacionadas com as atividades realizadas; Encenação de pequenos contos e histórias vocacionadas para diferentes grupos. Por exemplo às crianças na Biblioteca Municipal de Bragança.

- **Material:** Papel, material de escrita, quadro, livros de leitura, adereços e guarda-roupa sempre que necessário.
- **Recursos Humanos:** Educadora social, Animadora sociocultural, idosos.
- **Destinatários:** Idosos que queiram participar, crianças.
- **Dias/Duração:** 2 vezes por semana, durante 60 minutos em grupo. Diariamente exercícios e acompanhamento individualizado.

- **Resultados esperados:** Espera-se uma melhoria do grau de satisfação, aumento da confiança, manutenção e/ou melhoria das capacidades cognitivas.

Cronograma das atividades do projeto

Ações a desenvolver	2016	2017
Atividades 1 a 5 – Implementação do Projeto JME onde cidadãos de vários estratos etários (com especial incidência em idosos e crianças/jovens) possa interagir e desenvolver atividades de cariz sociocultural e educacional. Aponta-se como número de referência a participação de 20 idosos.	X	X
Atividade 6 (Avaliação)	6 meses	18 meses
Número de atividades efetivamente desenvolvidas e nível de participação dos idosos.	e 12 meses	e 24 meses
Os idosos que frequentarem este espaço serão alvo de uma avaliação inicial e consequente follow-up com periodicidade semestral através da aplicação do teste de mini exame mental e da escala de felicidade com a vida. Trata-se de uma intervenção-piloto que poderá ser replicada em outros locais numa fase posterior ao tempo do projeto.		

Estratégias de Comunicação e de Divulgação:

Os meios de divulgação são feitos através de cartazes e informação nos jornais locais.

Referências Bibliográficas

- Alexopoulos, (2005). Depressão de início tardio. In Carla Helena Augustin Schwanke (Coord), *Atualizações em geriatria e gerontologia IV: aspectos demográficos biopsicossociais e clínicos do envelhecimento*. Edipucrs.
- Alves, L. C.; Leimann, B. C. Q.; Vasconcelos, M. E. L.; Carvalho, M. S.; Vasconcelos, A. G. G.; Fonseca, T. C. O.; Lebrão, M. L.; Laurenti, R. (2007). A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8. (1924-1930).
- Azeredo, Z., (2011). *O idoso Como um Todo* (p.46) Viseu: Psicossoma.
- Baltes, M. M., e Carstensen, L. L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing and Society*, 16, (397-422).
- Berger, L. e Mailloux-Poirier, D. (1995). Pessoas idosas - uma abordagem global (M. A. Madeira, F. A. Silva, L. Abecasis & M. C. Rosa, Trad.). Lisboa: Lusodidacta.
- Carvalho, P. M. (1989). *A magia da idade: reflexão médico-sociológica sobre o envelhecimento*. Coimbra. Edição do autor.
- Costa, M. A. M., Agreda, J. J. S.; Ermida, J. G., Cordeiro, M. P. A. A., Ferreira de Almeida, M. L., Cabete, D. G.; Veríssimo, M. T., Grácio, E. I. T., Cruz, A. G.; Lopes, J. M. S. (1999). *O Idoso – Problemas e Realidades*. Coleção Sinais Vitais, n. 10. Ed. Formasau, Formação e Saúde Lda.
- Dixon, C. G., Richard, M., & Rollins, C. (2003). Contemporary issues facing aging Americans: implications for rehabilitation and mental health counseling. *Journal of Rehabilitation*, 69 (2), (5-12).

- Direção Geral de Saúde (DGS) (2013). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. <http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo - Contribuciones de la Psicología*, Ed. Pirámide.
- Fernandes, L. C., Bertoli, A. D., Barros, A. J. D. (2009). Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, 43 (4), (595-603).
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade*, Ed. Celta, Oeiras.
- Ferreira, M. G. M. (2014). Proteção Geral das Pessoas Idosas. Direção-Geral da Segurança Social (DGSS).
- Fontes, A. P., Botelho, M. A., Fernandes, A. A. (2009). *A funcionalidade dos mais idosos (≥ 75 anos): conceitos, perfis e oportunidades de um grupo heterogêneo*, (91-107).
- Fonseca, A. M. (2004). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Manuais Universitários 35 Lisboa, Climepsi Editores.
- Gallegos–Carrillo, K., García–Peña, C., Durán–Muñoz, C., Mudgal, J., Durán–Arenas, L., Salmerón–Castro, J. (2008). Health care utilization and health–related quality of life perception in older adults: a study of the Mexican Social Security Institute. *Salud Publica Mex.* 50, (207– 17).
- Gobbens, R. J. J., Luijckx, K. G., & van Assen, M. a L. M. (2013). Explaining quality of life of older people in the Netherlands using a multidimensional assessment of frailty. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 22 (8), (2051–61).
- Gobbens, R. J. J., & van Assen, M. a L. M. (2014). The prediction of quality of life by physical, psychological and social components of frailty in community-dwelling older people. *Quality of Life Research*, (2289-2300).

- Lima-Costa, M. F., Barreto, S.M., Giatti, L. (2003). Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*. 2003;19 (3), (735-43).
- Marques, R. M. (2013). *Influência do Perfil Funcional e da Autoavaliação do idoso na Saúde Mental e Emocional*. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. **IPV - ESSV** .
- Martins, R. M. L. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Millenium*, 31, ISPV, (128-134).
- Martínez Rodríguez e Gómez Marroquín, I. (2005, p. 433) - «El ocio y la intervención con Personas Mayores», in Pinazo Hernandis, S. e Sánchez Martínez, M. (2005) - *Gerontología actualización, Innovación y Propuestas*. Madrid. Pearson Prentice Hall.
- McGee, H. M., O'Hanlon, A., Barker, M., Hickey, A., Montgomery, A., Conroy, R., & O'Neill, D. (2008). Vulnerable Older People in the Community: Relationship Between the Vulnerable Elders Survey and Health Service Use. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(1), (8–15).
- Motta, L.B., & Aguiar, A.C. (2007). Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (2), (363-372).
- Netto, M. P., Brito, F. C. (2001). *Urgências em Geriatria*, Ed. Atheneu.
- Oliveira, S. F. D. (2006). *Declínio cognitivo, funcionalidade e arranjos domiciliares entre os idosos do município de São Paulo*. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo
- OMS, Organização Mundial da Saúde (2001). *Relatório Mundial Saúde*. Genebra, Organização Mundial da Saúde.

- Osório, A. R., & Pinto, F. C. (2007). *As Pessoas Idosas – Contexto Social e Intervenção Educativa*, Ed. Horizontes Pedagógicas – Instituto Piaget.
- Paschoal, S. M. P. (2002). Qualidade de vida na velhice. In E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni, S. M. Rocha (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan. (79-84).
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano, em C. Paúl, A. M. Fonseca (coords.) (2005), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*, Lisboa, Climepsi, (21-41).
- Pereira, F. A. (2012). *Teoria e Prática da Gerontologia: um guia par cuidadores de idosos*. Viseu: Psicosoma.
- Pereira, F. A. (2014). Fatores de sustentabilidade e de insustentabilidade nos sistemas de apoio aos idosos no interior norte de Portugal. In *Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas* (197-206).
- Pereira, F. A., Nunes, B., Pereira, C., Azevedo, A., Raimundo, D., & Vieira, A. (2015). Estudo de Avaliação Multidimensional dos Idosos a Viver Sozinhos no Concelho de Alfândega da Fé. In *La Sociedade Galega de Xerontología e Xeriatria* (Ed.), *XXVII Congresso Internacional de Geriatria e Gerontología*. Ourense. (1-9).
- Pires, L. (1994). Idosos: Modos de vida e condições de vulnerabilidade. Em Maria Cidália Paiva e Maria Isabel Matos (Coord.) *Atas do Congresso: Envelhecer: Os desafios do Séc. XXI*; Porto. (57-69).
- Manuel, R., & Rodrigues, C. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos, *23*(1), 109–115.
- Ranzjin, R., & Luszcz, M (1999). Acceptance: A Key to well-being in older adults?. *Australian Psychologist*, *34* (2), 94-98.
- Robert, L. (1994). *O envelhecimento*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Rodrigues, R. M. C., Silva, S. M. D. T. da, Crespo, S. S. da S., Ribeiro, C. F. da S., Pereira, F. A., Martin, J. I. G., Silva, L. F. P. (2014). *Os muito idosos: estudo do envelhecimento em Coimbra. Perfis funcionais e intervenção*. (UICISA-ESEC, Eds.). Coimbra.
- Rodrigues, R. M. C. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. Dissertação de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M. J., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15 (1), 217–234.
- Rosa, T.E.C., Benício, M. H. A., Latorre, M. R. D. O., Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista Saúde Pública*, v.37, n.1, (40-8).
- Santangelo, A., Albani, S., Beretta, M., Cappello, A., Mamazza, G., Pavano, S., Maugeri, D. (2011). Aging and environmental factors: An estimation of the health state of the elderly population residing in industrialized vs. rural areas. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(2), (181–184).
- Santangelo, A., Testai, M., Castelli, R., Albani, S., Cappello, A., Primavera, G., Maugeri, D. (2012). Studies on health in elderly observation centers (abbreviated from Italian: COSA): A multidimensional evaluation (MDE) of an elderly population frequenting a diurnal center in Catania. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(2), (380-384).
- Silva, M. E. D. (2005). Saúde mental e idade avançada: uma perspetiva abrangente. In A. M. Fonseca & C. Paúl (Eds.) *Envelhecer em Portugal* Lisboa: Climepsi Editores. (137-156).

- Sirena, S. A. (2002). *Avaliação Multidimensional Do Idoso: Uma Abordagem Avaliação Em Atenção Primária À Saúde*. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Trombly, Catherine (1989) *Terapia ocupacional para a disfunção física*. 2ª ed. São Paulo: Editora Santos.
- Twedell, D. (2007). Depression in the elderly. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 38 (1), (14-15).
- Un, J. A. W. (2002). *Visões de comunidade na Saúde: Comunidade, interexistência e Experiência Poética*. Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro
- Ussel, J. I. (2001). *La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociales.
- Vicente, F. R. e Santos, S. M. A. (2013). Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. *Texto e Contexto Enfermagem*, 22 (2), (370–378).
- World Health Organization (WHO) (2002). *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva: WHO.

Mestrado em Envelhecimento Ativo

Avaliação multidimensional (OARS) do idoso na cidade de Bragança

ANEXOS

Mestrado em Envelhecimento Ativo

Avaliação multidimensional (OARS) do idoso na cidade de Bragança

Anexo 1 - Questionário OARS – Older Americans Resources and Services Program



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL MULTIDIMENSIONAL PARA IDOSOS (OARS)

Código da entrevista _____

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

Local da entrevista _____

1. Sexo do/a idoso/a

- Masculino
 Feminino

2. Número de filhas e filhos vivos

_____ Filhas _____ Filhos

3. Idade _____ anos (*não perguntar*)

4. Que estudos completou?

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

5. Questões preliminares

Faça as perguntas 1 a 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 1 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; *tolerância de 1 erro*)

____ 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).



38017

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 _____



38017

RECURSOS ECONÓMICOS

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

15. A sua actividade actual é:

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

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

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

17. O seu cônjuge trabalha ou alguma vez trabalhou?

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

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

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

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

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

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

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

_____ pessoas

20. A casa em que vive é propriedade sua?

- Sim
- Não (----> P 20b)
- NS/NR

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

_____€

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

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



38017

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? ___ por dia
- Trazem-lhe as refeições a casa já preparadas
- Quantas? ___ por dia

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



38017

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?

- Muito bom
- Bom
- Razoável
- Mau
- NS/NR

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

- Melhor
- Igual
- Pior
- NS/NR



38017

SAÚDE FÍSICA

37. Quantas vezes foi visto/a por um 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 epilética
- 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?



38017

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 _____



38017

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

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

50a. Especificar quais?

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

Especificar _____

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

- Sim
- Não
- NS/NR

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

- Sim
- Não
- NS/NR

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

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

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

- Melhor
- Igual
- Pior
- NS/NR

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

- Nada
- Um pouco
- Muito
- NS/NR

ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA - AVD

Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre as suas actividades da vida diária, coisas que todos necessitamos de fazer como parte das nossas vidas diárias. Gostaria de saber se consegue ou conseguiria fazer estas actividades sem qualquer ajuda, com alguma ajuda, 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 a 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 sozinho/a*)
- Com alguma ajuda (*pode preparar algumas coisas, mas não todas as refeições*)
- É incapaz de preparar qualquer refeição
- NS/NR



38017

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 mais 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 (*gere o dinheiro do dia-a-dia, mas necessita ajuda para passar cheques e pagar facturas*)
- É incapaz de gerir o seu dinheiro
- NS/NR

AVD FÍSICO

63. É capaz de comer...

- Sem ajuda (*é capaz de comer sozinho/a*)
- Com alguma ajuda (*necessita ajuda para cortar a comida, por exemplo*)
- 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 para 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: _____



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/a 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, Câmara Municipal etc.?

- Sim
- Não (----> P 71-2c)
- NS/NR

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

___ vezes por mês

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/a 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 alguma viagem deste tipo nos últimos seis meses ou espera fazer nos próximos seis meses?

- Sim
- Não
- NS/NR



38017

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 pela Junta de Freguesia, Câmara Municipal ou por outra instituição?

- Sim
- Não (----> P 71-5c)
- NS/NR

71-5a. Quantas vezes, por semana, participou 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/a 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



38017

71-7d. Acha que necessita tratamento ou que o/a 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/a 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/a, ajuda-lo/a a comer, ir à casa de banho, etc.?

- Menos de ½ hora por dia
- De 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 (*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



38017

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

71-11b. Em média, quantas vezes por semana o/a 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



38017

SERVIÇOS DE MONITORIZAÇÃO

71-13. (Se o/a idoso/a ainda está a receber supervisão contínua perguntar só 71-13c. Pessoas que necessitam de supervisão contínua, ou que 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 de alguém que regularmente, pelo menos cinco vezes por semana, por telefone ou pessoalmente, procure saber como se encontra? (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, teve ajuda de alguém regularmente, a fazer as tarefas domésticas, tais como limpar a casa, lavar a roupa, etc.? Quer dizer, o seu cônjuge ou outra pessoa teve que as fazer porque você não era capaz?

- Sim
- Não (----> P 71-15d)
- NS/NR

71-15a. Quem o/a ajudou a fazer 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, teve que ter ajuda para fazer essas tarefas domésticas?

_____ horas



38017

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 é capaz de o fazer?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, LEGAIS E DE PROTECÇÃO

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

- 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



SERVIÇOS DE COORDENAÇÃO, INFORMAÇÃO E APOIO

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

- Sim
- Não (----> P 71-19c)
- NS/NR

71-19a. Quem foi essa pessoa?

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

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

- Sim
- Não
- NS/NR

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

- Sim
- Não
- NS/NR

72. Este questionário foi realizado ao/à:

- Idoso/a
- Informante. Relação: _____
- Ambos

ESTA ENTREVISTA TERMINOU. MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.



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

73. Duração da entrevista: _____ minutos

74. A informação objectiva foi obtida do/a:

- Idoso/a
- Familiar
- Outro. Especificar _____

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

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

76. As perguntas subjectivas são:

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

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

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

RECURSOS SOCIAIS

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

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

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

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



38017

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



38017

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/a
- NS/NR

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RECURSOS SOCIAIS

87. Classifique os recursos sociais actuais do/a idoso/a, avaliando-os na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve as circunstâncias actuais do/a idoso/a. 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, e pelo menos uma pessoa cuidaria dele/a indefinidamente.
- Recursos sociais bons.** As suas relações sociais são moderadamente satisfatórias e adequadas, e pelo menos uma pessoa cuidaria dele/a 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 e escassas, mas pelo menos uma pessoa cuidaria dele/a 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 e escassas, e só dispõe de ajuda por um período curto de tempo;
ou
As relações sociais são, pelo menos, ajustadas e satisfatórias, mas a ajuda só é possível de vez em quando.
- Recursos sociais fortemente insatisfatórios.** As relações são insatisfatórias, de pobre qualidade e escassas, e a ajuda só é 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 e escassas, e a ajuda não está sequer disponível de vez em quando.



38017

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RECURSOS ECONÓMICOS

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

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

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

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

89. Classifique o funcionamento actual do/a idoso/a, avaliando-o na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve o funcionamento actual do/a idoso/a. 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.



38017

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE SAÚDE FÍSICA

90. Classifique o funcionamento físico actual do/a idoso/a, avaliando-o na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve o funcionamento actual do/a idoso/a. 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 do/a idoso/a, avaliando-o na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve o desempenho actual do/a idoso/a. 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.



Anexo 2 - Consentimento informado



Consentimento Informado

Este inquérito faz parte do estudo de avaliação multidimensional dos idosos a viver na comunidade no distrito de Bragança, inserido no projeto «Be Home Be Happy». Tem como objetivo recolher dados de natureza social, económica e de saúde relativa aos idosos. É por isso fundamental a sua colaboração.

O estudo é coordenado pelo Núcleo de Investigação do Idoso (NIII) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (ESSa-IPB), e está autorizado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados e pela Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Nordeste. Os inquéritos são aplicados por estudantes de Mestrado e Doutoramento da ESSa-IPB e outros colaboradores do NIII.

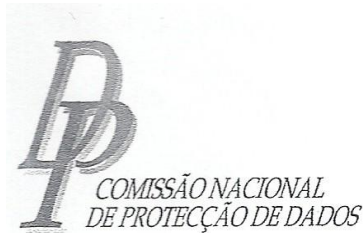
Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações serão recolhidas através de um inquérito em papel. Qualquer informação será confidencial e a sua identidade resguardada. A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se a qualquer momento ou pode mesmo recusar-se a participar sem que isso tenha consequências para si.

Depois de ouvir as informações acima referidas, declaro que aceito participar nesta investigação.

Assinatura e data

NIII – Núcleo de Investigação e Intervenção do Idoso
Escola Superior de Saúde de Bragança
Av. D. Afonso V, Sala de Projetos, 5300 – 121 Bragança - Portugal

***Anexo 3 - Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados e da
Comissão de Ética da ULSNe***



AUTORIZAÇÃO N.º 8269 /2013

I. Do Pedido

O Instituto Politécnico de Bragança notificou à CNPD um tratamento de dados pessoais com a finalidade de elaborar um estudo observacional sobre a qualidade de vida dos idosos.

Serão incluídos no estudo 10% dos utentes idosos, inscritos nos Centros de Saúde do distrito de Bragança, selecionados aleatoriamente e os seus cuidadores.

A participação no estudo consiste na recolha de variáveis sociodemográficas e clínicas do processo clínico dos utentes e na resposta a uma entrevista.

Os enfermeiros assistentes, investigadores no estudo, solicitarão o consentimento informado dos participantes no estudo, que será conservado pelo investigador principal na Escola Superior de Saúde de Bragança, em lugar de acesso reservado.

Os dados serão recolhidos num caderno de recolha de dados em formato papel pelos enfermeiros das Unidades Locais de Saúde – Nordeste e pelos docentes da Escola Superior de Saúde de Bragança.

No “caderno de recolha de dados” não há identificação nominal do titular, sendo aposto um código de participante. A chave desta codificação só será conhecida do enfermeiro assistente e do investigador principal da unidade de saúde.

Os destinatários serão ainda informados sobre a natureza facultativa da sua participação e será garantida confidencialidade no tratamento.

II. Da Análise

A CNPD já se pronunciou na sua Deliberação n.º 227/2007 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios orientadores para o correto



cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro (Lei de Protecção de Dados – LPD), bem como as condições gerais aplicáveis ao tratamento de dados pessoais para esta finalidade.

No caso em apreço, a notificação enquadra-se no âmbito tipificado por aquela Deliberação.

O fundamento de legitimidade para o tratamento de dados notificado é o consentimento dos titulares dos dados.

A informação tratada é recolhida de forma lícita (cfr. alínea a) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD), para finalidades determinadas, explícitas e legítimas (cfr. alínea b) do mesmo artigo) e não é excessiva. Contudo, o valor dos rendimentos, da renda/empréstimo e da avaliação da casa deverão ser perguntados por escalões.

A recolha de dados de terceiros, como por exemplo dos cuidadores, carece do consentimento prévio daqueles.

Alerta-se o responsável pelo tratamento para a necessidade de inclusão do direito de acesso e de oposição no texto do consentimento informado, observando os termos do disposto nos artigos n.º 10.º, 11.º, e 12.º da LPD.

III. Da Conclusão

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, n.º1 do artigo 27.º, alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e artigo 30.º da LPD, com as condições e limites fixados na referida Deliberação n.º 227/2007, que se dão aqui por reproduzidos e que fundamentam esta decisão, autoriza-se o tratamento de dados supra referido, para a elaboração do presente estudo.

Termos do tratamento:

Responsável pelo tratamento: Instituto Politécnico de Bragança



Finalidade: Estudo observacional sobre a qualidade de vida dos idosos.

Categoria de Dados pessoais tratados:

- do utente – código de participante, dados sociodemográficos (idade, género, n.º de filhos), recursos sociais, recursos económicos (por escalões), saúde mental e física (doenças, medicação, incapacidades), atividades básicas de vida diária, utilização de serviços de apoio disponíveis e estado nutricional;
- do cuidador informal – sobrecarga, dificuldades e autoeficácia do cuidador informal.

Entidades a quem podem ser comunicados: Não há.

Formas de exercício do direito de acesso e retificação: Junto do enfermeiro assistente.

Interconexões de tratamentos: Não há.

Transferências de dados para países terceiros: Não há.

Prazo de conservação: Os dados pessoais devem ser destruídos um mês após o fim do estudo.

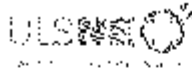
Dos termos e condições fixados na Deliberação n.º 227/ 2007 e na presente Autorização decorrem obrigações que o responsável deve cumprir. Deve, igualmente, dar conhecimento dessas condições a todos os intervenientes no circuito de informação.

Lisboa, 19 de novembro de 2013

Ana Roque (Relatora), Luís Barroso, Carlos Campos Lobo, Helena Delgado António, Vasco Almeida, Luís Paiva de Andrade

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Filipa Calvão', is written over a horizontal line.

Filipa Calvão (Presidente)



Tranquilamente, para a sra. o
Prof: Fernando Barata.
17/02/2014
fina lina

Fxma Senhora
Directora da Escola Superior de Saude de
Bragança
Prof.ª Dr. Helena Pimentel
Av. D. Afonso V
5300 - 121 Bragança

Sua Referência
Proc. 7.01.06

Sua Comunicação de
13 01 2014

Nossa Referência

Data
10-02-2014

ASSUNTO: Autorização para Recolha de Dados

Em resposta ao ofício enviado por Vª Ex.ª, informo que de acordo com o parecer da Comissão de Ética da ULSNE, foi autorizada a recolha de dados solicitada no âmbito do projeto "Be Home Be Happy – Observatório de Qualidade dos Idosos a Viver na Comunidade", através da aplicação do questionário nos Centros de Saúde da ULSNE aos idosos, desde que os visados não se importem de responder e que não haja interferência com o normal funcionamento da instituição.

Com os melhores cumprimentos,

A Responsável do
Serviço de Desenvolvimento e Formação



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
ESCOLA SUPERIOR DE SAUDE
BRAGANÇA
17/02/2014
7-01-06

Foi dado o p.e.
20/02/14
J. Silva

Anexo 4 - Classificação nas cinco áreas funcionais segundo a pontuação de incapacidade funcional

Anexo 5 - Quadro Sistema de 32 perfis funcionais

Quadro Sistema de 32 perfis funcionais

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

S - Área de recursos sociais

E - Área de recursos económicos

M- Área de saúde mental

F - Área de saúde física

A - Área de actividades de vida diária