

Violência, abuso, negligência e condição de saúde dos idosos

RELATÓRIO FINAL



Equipa de Investigação:

Manuel José Lopes - Coordenador
Ana Escoval
Felismina Mendes
Dulce Pereira
Carla Pereira
César Fonseca
Catarina Carvalho

Évora
2012

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

Violência, abuso, negligência e condição de saúde dos idosos: Relatório Final

COORDENAÇÃO TÉCNICA E CIENTÍFICA

MANUEL LOPES - Professor Doutor, Universidade de Évora

COORDENAÇÃO ADJUNTA

ANA ESCOVAL - Professora Doutora, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade de Lisboa

DULCE PEREIRA - Professora Doutora, Universidade de Évora

FELISMINA MENDES - Professora Doutora, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Universidade de Évora

INVESTIGADORES EM PROGRAMA DE DOUTORAMENTO

CARLA PEREIRA - Doutoranda em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública

CATARINA CARVALHO - Doutoranda em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública

CÉSAR FONSECA - Doutorando em Enfermagem, Universidade de Lisboa

COLABORAÇÃO NA RECOLHA DE DADOS

- Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Alentejo (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE)
- Agrupamento de Centros de Saúde de São Mamede (Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE)
- Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo Central I
- Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo Central II

FINANCIAMENTO

Direção Geral da Saúde (Alto Comissário da Saúde) - Portugal

INSTITUIÇÕES DE ACOLHIMENTO

- Alto-Comissário da Saúde
- Universidade de Évora
- Centro de Investigação e Tecnologias da Saúde - Universidade de Évora
- Administração Regional de Saúde do Alentejo

CITAÇÃO

Lopes, M.; Escoval, A.; Mendes, F.; Pereira, D.; Pereira, C.; Carvalho, P.; Fonseca, C. (2012). *Violência, abuso, negligência e condição de saúde dos idosos: Relatório Final*. Direção Geral da Saúde, Universidade de Évora, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.



ÍNDICE

SUMÁRIO EXECUTIVO.....	12
INTRODUÇÃO	17
ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	21
ENVELHECIMENTO E DEMOGRAFIA	21
<i>População Mundial.....</i>	<i>21</i>
<i>População da Europa.....</i>	<i>24</i>
<i>População de Portugal.....</i>	<i>25</i>
<i>Indicadores de Saúde.....</i>	<i>29</i>
TEORIAS DO ENVELHECIMENTO	33
<i>Teorias Biológicas do Envelhecimento.....</i>	<i>33</i>
<i>Teorias Psicológicas do Envelhecimento.....</i>	<i>35</i>
<i>Teorias Sociológicas do Envelhecimento.....</i>	<i>38</i>
UMA PERSPECTIVA DA FUNCIONALIDADE HUMANA	39
<i>Conceito de Funcionalidade.....</i>	<i>39</i>
<i>Classificação Internacional da Funcionalidade.....</i>	<i>40</i>
A CIF e o envelhecimento.....	42
Classificação da funcionalidade dos idosos tendo por referência a CIF	43
A Saúde Oral nos Idosos.....	44
A Saúde Oral e a Funcionalidade	45
ENVELHECIMENTO E VIOLÊNCIA	46
PLANO DE INVESTIGAÇÃO E MÉTODOS.....	50
DELIMITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	50
<i>Problemas de investigação</i>	<i>50</i>
<i>Questão orientadora.....</i>	<i>51</i>
<i>Objectivos.....</i>	<i>51</i>
PERTINÊNCIA DO ESTUDO.....	51
METODOLOGIA.....	52
<i>Tipo de Estudo</i>	<i>52</i>
<i>População e amostra</i>	<i>52</i>
DESCRIÇÃO DAS FASES E RESULTADOS.....	54
QUESTÕES ÉTICAS.....	56
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	58
DADOS DE NATUREZA GERAL	58
CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-BIOGRÁFICA	59
CARACTERIZAÇÃO DA FUNCIONALIDADE	72
<i>Funções do Corpo</i>	<i>72</i>
Funções Mentais	72
Funções Mentais Globais	72
Funções mentais específicas.....	78
Funções sensoriais e de dor.....	82
Funções auditivas e vestibulares	82
Dor	84
Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório.....	85
Funções e sensações adicionais dos aparelhos cardiovascular e respiratório	85
Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino	86
Funções relacionadas com o aparelho digestivo.....	86
Funções Genitourinárias e Reprodutivas.....	87
Funções Urinárias.....	87

Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento	87
Funções das articulações e dos ossos.....	87
Funções musculares	95
ESTRUTURAS DO CORPO	98
<i>Estruturas Relacionadas com a Voz e a Fala.....</i>	<i>98</i>
Estruturas da Boca.....	98
<i>Estruturas Relacionadas com o Movimento.....</i>	<i>99</i>
Estruturas do Membro Superior Direito e Esquerdo.....	99
Estrutura do Membro Inferior Direito	99
Estruturas do Membro Inferior Esquerdo.....	101
ATIVIDADES DE PARTICIPAÇÃO	103
<i>Aprendizagem e Aplicação de Conhecimentos.....</i>	<i>103</i>
Aprendizagem Básica	103
Aplicação do conhecimento	104
<i>Tarefas e Exigências Gerais</i>	<i>110</i>
<i>Comunicação.....</i>	<i>111</i>
Comunicar e receber mensagens	111
Comunicar e Produzir Mensagens	113
Conversação e utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação	115
<i>Mobilidade.....</i>	<i>116</i>
Mudar e Manter a Posição do Corpo.....	116
Andar e Deslocar-se	118
<i>Autocuidados.....</i>	<i>122</i>
<i>Vida comunitária, social e cívica.....</i>	<i>131</i>
FATORES AMBIENTAIS.....	136
<i>Produtos e Tecnologias.....</i>	<i>136</i>
<i>Apoio e Relacionamentos.....</i>	<i>137</i>
CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA SOBRE OS IDOSOS NO ALENTEJO	146
DISCUSSÃO DOS DADOS	153
CONCLUSÃO	170
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	179

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - *INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO POPULACIONAL: MUNDO, 1950-2060*23

TABELA 2 - *INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO POPULACIONAL: EUROPA, 1950-2060*25

TABELA 3 - *INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO POPULACIONAL: PORTUGAL, 1950-2060*26

TABELA 4 - *POPULAÇÃO: ALENTEJO, 2011*27

TABELA 5 - *REGIÃO DO ALENTEJO DIFERENÇA DE POPULAÇÃO (2001 A 2010)*28

TABELA 6 - *POPULAÇÃO RESIDENTE POR TIPO DE DOENÇA CRÓNICA EXISTENTE, SEXO E GRUPO ETÁRIO (CONTINUAÇÃO) - PORTUGAL 2005/2006*32

TABELA 7 - *DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE COM 1 OU MAIS ANOS DE IDADE E COM INCAPACIDADE TEMPORÁRIA NAS DUAS SEMANAS ANTERIORES À ENTREVISTA, POR NÚMERO DE DIAS DE PERMANÊNCIA NA CAMA (%), SEXO E GRUPO ETÁRIO, NUTS I, 2005/2006*33

TABELA 8 - *METODOLOGIAS E MÉTODOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO UTILIZADOS EM CADA OBJECTIVO ESPECÍFICO*52

TABELA 9 - *AMOSTRAS DEFINIDAS PARA OS DIFERENTES OBJECTIVOS ESPECÍFICOS E SEUS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO*53

TABELA 10 - *PROCEDIMENTOS E RESULTADOS DEFINIDOS POR CADA OBJECTIVO ESPECIFICO*54

TABELA 11 - *DIMENSÕES, VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS DE REFERÊNCIA PARA A CONSTRUÇÃO DOS INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS*55

TABELA 12 - *POSSÍVEIS QUESTÕES ÉTICAS E PROCEDIMENTOS ADOPTADOS*56

TABELA 13 - *DIMENSÃO DA AMOSTRA E CARACTERIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ÉTICOS*58

TABELA 14 - *DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PROJETADA E DA AMOSTRA REAL POR GRUPOS ETÁRIOS E SEXO*...59

TABELA 15 - *DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO SEXO E À IDADE*60

TABELA 16 - *CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AO ESTADO CIVIL E SEXO*60

TABELA 17 - *TRATAMENTO ESTATÍSTICO DESCRITIVO DA VARIÁVEL PESO (KG)*61

TABELA 18 - *TRATAMENTO ESTATÍSTICO DESCRITIVO DA VARIÁVEL ESTATURA (CM)*62

TABELA 19 - *TRATAMENTO ESTATÍSTICO DESCRITIVO DA VARIÁVEL IMC*63

TABELA 20 - *ESTRATIFICAÇÃO DO IMC EM FUNÇÃO DA IDADE*64

TABELA 21 - *DISTRIBUIÇÃO DA VARIÁVEL NÍVEL DE ESCOLARIDADE EM FUNÇÃO DO SEXO*65

TABELA 22 - *DISTRIBUIÇÃO DO NÍVEL DE ESCOLARIDADE EM FUNÇÃO DA IDADE*66

TABELA 23 - *DISTRIBUIÇÃO DA VARIÁVEL “TER FILHOS” EM FUNÇÃO DA IDADE*67

TABELA 24 - *TABULAÇÃO CRUZADA DAS VARIÁVEIS “IDADE” E “COM QUEM RESIDE”*67

TABELA 25 - *DISTRIBUIÇÃO DA VARIÁVEL “DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADE REMUNERADA” EM FUNÇÃO DA IDADE*68

TABELA 26 - *DISTRIBUIÇÃO DA VARIÁVEL “BENEFICIÁRIO DE CSI” EM FUNÇÃO DA IDADE*68

TABELA 27 - *DISTRIBUIÇÃO DA VARIÁVEL “CONHECIMENTO DO CHEQUE DENTISTA” EM FUNÇÃO DA IDADE*69

TABELA 28 - *DISTRIBUIÇÃO DA VARIÁVEL “CONSULTA AO MÉDICO DENTISTA” EM FUNÇÃO DA IDADE*... 70

TABELA 29 - *DISTRIBUIÇÃO DA VARIÁVEL “SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES DE ALIMENTAÇÃO” EM FUNÇÃO DA IDADE*70

TABELA 30 - *DISTRIBUIÇÃO DA VARIÁVEL “SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES DE HABITAÇÃO” EM FUNÇÃO DA IDADE*71

TABELA 31 - *DISTRIBUIÇÃO DA VARIÁVEL “SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES DE HABITAÇÃO” EM FUNÇÃO DA IDADE*71

TABELA 32 - *FUNÇÕES DO CORPO INCLUÍDAS NESTE ESTUDO*72

TABELA 33 - *DISTRIBUIÇÃO DAS FUNÇÕES DE CONSCIÊNCIA EM FUNÇÃO DA IDADE*73

TABELA 36 - *DISTRIBUIÇÃO DAS FUNÇÕES DE CONSCIÊNCIA, COM AS CLASSES DE RESPOSTA AGRUPAS, EM FUNÇÃO DA IDADE*73

TABELA 35 - *DISTRIBUIÇÃO DAS FUNÇÕES DE ORIENTAÇÃO EM FUNÇÃO DA IDADE*75

TABELA 36 - *DISTRIBUIÇÃO DAS FUNÇÕES DO SONO EM FUNÇÃO DA IDADE*76

TABELA 37 - *DISTRIBUIÇÃO DAS FUNÇÕES DO SONO, COM AS CLASSES DE RESPOSTA AGRUPADAS, EM FUNÇÃO DA IDADE*76

TABELA 38 - *DISTRIBUIÇÃO DAS FUNÇÕES DA MEMÓRIA, COM AS CLASSES DE RESPOSTA AGRUPAS, EM FUNÇÃO DA IDADE*77

TABELA 39 - <i>DISTRIBUIÇÃO DAS FUNÇÕES DE ATENÇÃO EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	78
TABELA 40 - <i>DISTRIBUIÇÃO DAS FUNÇÕES DE ATENÇÃO, COM AS CLASSES DE RESPOSTA AGRUPADAS, EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	79
TABELA 41 - <i>DISTRIBUIÇÃO DAS FUNÇÕES COGNITIVAS DE NÍVEL SUPERIOR EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	81
TABELA 42 - <i>DISTRIBUIÇÃO DAS FUNÇÕES AUDITIVAS EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	82
TABELA 43 - <i>DISTRIBUIÇÃO DA SENSÇÃO DE DOR EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	84
TABELA 44 - <i>DISTRIBUIÇÃO DAS ALTERAÇÕES ÀS FUNÇÕES DE DEFECÇÃO (DICOTOMIZADAS) EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	86
TABELA 45 - <i>TRATAMENTO ESTATÍSTICO DESCRITIVO DOS VALORES RELATIVOS ÀS FUNÇÕES MICCIONAIS</i>	87
TABELA 46 - <i>DISTRIBUIÇÃO DAS SITUAÇÕES ESPECIAIS RELATIVAS ÀS FUNÇÕES MICCIONAIS EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	87
TABELA 47 - <i>DISTRIBUIÇÃO DAS FUNÇÕES DE MOBILIDADE DAS ARTICULAÇÕES EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	88
TABELA 48 - <i>DISTRIBUIÇÃO DA MOBILIDADE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	88
TABELA 49 - <i>DISTRIBUIÇÃO DA MOBILIDADE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	90
TABELA 50 - <i>DISTRIBUIÇÃO DA MOBILIDADE DO TRONCO EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	91
TABELA 51 - <i>DISTRIBUIÇÃO DA MOBILIDADE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	92
TABELA 52 - <i>DISTRIBUIÇÃO DA MOBILIDADE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	94
TABELA 53 - <i>DISTRIBUIÇÃO DAS FUNÇÕES DE FORÇA MUSCULAR EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	95
TABELA 54 - <i>DISTRIBUIÇÃO DAS FUNÇÕES DO TÓNUS MUSCULAR EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	96
TABELA 55 - <i>DISTRIBUIÇÃO DA FUNCIONALIDADE DA DENTIÇÃO EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	98
TABELA 56 - <i>DISTRIBUIÇÃO DAS ESTRUTURAS DO MSD E MSE EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	99
TABELA 57 - <i>DISTRIBUIÇÃO DAS ESTRUTURAS DO MID EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	99
TABELA 58 - <i>DISTRIBUIÇÃO DAS ESTRUTURAS DO MID, COM AS CLASSES DE RESPOSTA AGRUPADAS, EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	100
TABELA 59 - <i>DISTRIBUIÇÃO DAS ESTRUTURAS DO MIE EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	101
TABELA 60 - <i>DISTRIBUIÇÃO DA CAPACIDADE DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	104
TABELA 61 - <i>DISTRIBUIÇÃO DA CAPACIDADE DE CONCENTRAÇÃO EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	105
TABELA 62 - <i>DISTRIBUIÇÃO DA CAPACIDADE DE CONCENTRAÇÃO, COM CLASSES DE RESPOSTA AGRUPADAS, EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	105
TABELA 63 - <i>DISTRIBUIÇÃO DA CAPACIDADE DE LEITURA EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	106
TABELA 64 - <i>DISTRIBUIÇÃO DA CAPACIDADE DE ESCREVER EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	108
TABELA 65 - <i>DISTRIBUIÇÃO DA CAPACIDADE DE RESOLVER PROBLEMAS EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	109
TABELA 66 - <i>DISTRIBUIÇÃO DA CAPACIDADE DE DESENVOLVER A ROTINA DIÁRIA EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	110
TABELA 67 - <i>DISTRIBUIÇÃO DA CAPACIDADE DE COMPREENDER EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	112
TABELA 68 - <i>DISTRIBUIÇÃO DA CAPACIDADE DE COMPREENDER, COM CLASSES DE RESPOSTA AGRUPADAS, EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	112
TABELA 69 - <i>DISTRIBUIÇÃO DA CAPACIDADE DE FALAR EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	113
TABELA 70 - <i>DISTRIBUIÇÃO DA CAPACIDADE DE FALAR, COM CLASSES DE RESPOSTA AGRUPADAS, EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	114
TABELA 71 - <i>DISTRIBUIÇÃO DA CAPACIDADE DE CONVERSAR EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	115
TABELA 72 - <i>DISTRIBUIÇÃO DA CAPACIDADE DE CONVERSAR, COM CLASSES DE RESPOSTA GRUPADAS, EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	115
TABELA 73 - <i>CAPACIDADE DE MUDAR A POSIÇÃO BÁSICA DO CORPO EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	117
TABELA 74 - <i>DISTRIBUIÇÃO DA CAPACIDADE DE SUBIR E DESCER ESCADAS EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	119
TABELA 75 - <i>CAPACIDADE DE SE DESLOCAR DENTRO DE CASA EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	120
TABELA 76 - <i>DISTRIBUIÇÃO DA CAPACIDADE DE SE DESLOCAR FORA DE CASA EM FUNÇÃO DA IDADE</i> ..	121
TABELA 77 - <i>DISTRIBUIÇÃO DA CAPACIDADE DE SE LAVAR EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	123
TABELA 78 - <i>DISTRIBUIÇÃO DA CAPACIDADE DE CUIDAR DE PARTES DO CORPO EM FUNÇÃO DA IDADE</i> ..	124
TABELA 79 - <i>DISTRIBUIÇÃO DA CAPACIDADE DE ASSUMIR CUIDADOS RELACIONADOS COM O PROCESSO DE EXCREÇÃO EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	125
TABELA 80 - <i>DISTRIBUIÇÃO DA CAPACIDADE DE SE VESTIR EM FUNÇÃO DA IDADE</i>	127

TABELA 81 - DISTRIBUIÇÃO DA CAPACIDADE DE BEBER, COM CLASSES DE RESPOSTA AGRUPADAS, EM FUNÇÃO DA IDADE	130
TABELA 82 - DISTRIBUIÇÃO DA PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO EM FUNÇÃO DA IDADE.....	132
TABELA 83 - FREQUÊNCIA MÉDIA SEMANAL DE ATIVIDADE FÍSICA	133
TABELA 84 - DISTRIBUIÇÃO DA CONTINUIDADE DE FREQUÊNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA EM FUNÇÃO DA IDADE	134
TABELA 85 - RECONHECIMENTO DA NECESSIDADE DE PRATICAR DESPORTO EM FUNÇÃO DA IDADE.....	134
TABELA 86 - AJUDAS TÉCNICAS À COMUNICAÇÃO USADAS	137
TABELA 87 - CONTINUIDADE DA AJUDA DOS PRESTADORES DE CUIDADOS E/OU ASSISTENTES PESSOAIS	140
TABELA 88 - AUTO PERCEÇÃO DA NECESSIDADE DE AJUDA EM ALGUNS AUTOCUIDADOS.....	140
TABELA 89 - FREQUÊNCIA MÉDIA DE DESLOCAÇÃO EM TRANSPORTE DE SERVIÇO PÚBLICO	141
TABELA 90 - DISTRIBUIÇÃO DA NECESSIDADE DE TRANSPORTE FACE À SUA NECESSIDADE EM FUNÇÃO DA IDADE..	142
TABELA 91 - DISTRIBUIÇÃO DA NECESSIDADE AUTO-PERCEBIDA DE APOIO PSICOLÓGICO EM FUNÇÃO DA IDADE.....	144
TABELA 92 - DISTRIBUIÇÃO DA HOSPITALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA NO ÚLTIMO ANO EM FUNÇÃO DA IDADE	145
TABELA 93 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE CONSULTAS PSIQUIÁTRICAS NO ÚLTIMO ANO EM FUNÇÃO DA IDADE	145
TABELA 94 - ANÁLISE FACTORIAL DA VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA	147
TABELA 95 - ANÁLISE FACTORIAL DA VIOLÊNCIA FÍSICA	148
TABELA 96 - ANÁLISE FACTORIAL DAS LESÕES FÍSICAS.....	149
TABELA 97 - ANÁLISE FACTORIAL DA VIOLÊNCIA FINANCEIRA	150
TABELA 98 - ANÁLISE FACTORIAL DA VIOLÊNCIA SEXUAL	151

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - <i>ÍNDICE SINTÉTICO DE FECUNDIDADE E ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA: MUNDO, 1950-2050</i>	22
FIGURA 2 - AUTOAPRECIÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE - PERCENTAGEM DE ‘MAU’ OU ‘MUITO MAU’ (65 A 75 ANOS), POR REGIÃO (NUTS II DE 1999)	29
FIGURA 3 - <i>TABACO * - PERCENTAGEM DE INDIVÍDUOS QUE FUMA DIARIAMENTE (65 A 74 ANOS), POR REGIÃO (NUTS II DE 1999)</i>	30
FIGURA 4 - <i>ÁLCOOL * - PERCENTAGEM DE INDIVÍDUOS QUE NOS ÚLTIMOS 12 MESES BEBEU ALGUMA BEBIDA ALCOÓLICA (65 A 74 ANOS), POR REGIÃO (NUTS II DE 1999)</i>	30
FIGURA 5 - <i>PESO - PERCENTAGEM DE INDIVÍDUOS COM ÍNDICE DE MASSA CORPORAL ENTRE 27 E 29,9 (65 A 74 ANOS), POR REGIÃO (NUTS II DE 1999)</i>	31
FIGURA 6 - <i>OBESIDADE - PERCENTAGEM DE INDIVÍDUOS COM ÍNDICE DE MASSA CORPORAL IGUAL OU SUPERIOR A 30 (65 A 74 ANOS), POR REGIÃO</i>	31
FIGURA 7 - <i>INTERAÇÃO ENTRE OS COMPONENTES DA CIF</i>	41
FIGURA 8 - <i>PERFIL DE VIOLÊNCIA CONSIDERANDO AS CARACTERÍSTICAS DA VÍTIMA, DO AGRESSOR E DA PESSOA QUE REPORTA A SITUAÇÃO</i>	47
FIGURA 9 - <i>PREVALÊNCIA DE VIOLÊNCIA FÍSICA EM DIVERSOS PAÍSES EUROPEUS</i>	168

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO POPULACIONAL: NORTE DA EUROPA/SUL DA EUROPA, 1950-2060.....	25
GRÁFICO 2 - RÁCIOS DE DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS E DEPENDÊNCIA TOTAL: MUNDO, EUROPA, PORTUGAL, 1950-2060	26
GRÁFICO 3 - PESSOAS COM 65 A MAIS ANOS DE IDADE (%): ALENTEJO, 2011.....	27
GRÁFICO 4 - DIFERENÇA DE POPULAÇÃO - 65 E MAIS ANOS DE IDADE E 75 E MAIS ANOS DE IDADE (%): ALENTEJO, 2011	28
GRÁFICO 5 - QUEM RESPONDEU AO QUESTIONÁRIO?.....	59
GRÁFICO 6 - DIAGRAMAS DE EXTREMOS E QUARTIS RELATIVOS À VARIÁVEL PESO, POR SEXO.....	62
GRÁFICO 7 - CURVA DE DISTRIBUIÇÃO DA VARIÁVEL PESO (KG).....	62
GRÁFICO 8 - DIAGRAMAS DE EXTREMOS E QUARTIS RELATIVOS À VARIÁVEL ESTATURA POR SEXO	63
GRÁFICO 9 - CURVA DE DISTRIBUIÇÃO DA VARIÁVEL ESTATURA (CM)	63
GRÁFICO 10 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA EM FUNÇÃO DO IMC.....	64
GRÁFICO 11 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA PELOS CONCELHOS DE RESIDÊNCIA.....	64
GRÁFICO 14 - DISTRIBUIÇÃO DO NÍVEL DE ESCOLARIDADE EM FUNÇÃO DA IDADE	66
GRÁFICO 13 - DISTRIBUIÇÃO DA VARIÁVEL “CONHECIMENTO DO CHEQUE DENTISTA” EM FUNÇÃO DA IDADE.....	69
GRÁFICO 14 - EMOÇÕES POSITIVAS SENTIDAS.....	80
GRÁFICO 15 - EXPRESSÃO DE EMOÇÕES NEGATIVAS.....	80
GRÁFICO 16 - LOCALIZAÇÃO DAS DORES E DAS LESÕES CUTÂNEAS	85
GRÁFICO 17 - FUNÇÕES DE TOLERÂNCIA AO EXERCÍCIO.....	86
GRÁFICO 18 - CAPACIDADE DE ANDAR	118
GRÁFICO 19 - DISTRIBUIÇÃO DA CAPACIDADE DE COMER EM FUNÇÃO DA IDADE	128
GRÁFICO 20 - DISTRIBUIÇÃO DA CAPACIDADE DE COMER, COM CLASSES DE RESPOSTA AGRUPADAS, EM FUNÇÃO DA IDADE	128
GRÁFICO 21 - DISTRIBUIÇÃO DA CAPACIDADE DE BEBER EM FUNÇÃO DA IDADE.....	130
GRÁFICO 22 - PARTICIPAÇÃO E INTERESSE EM ATIVIDADES DE VIDA COMUNITÁRIA	132
GRÁFICO 23 - TIPOS DE AJUDAS TÉCNICAS USADAS.....	136
GRÁFICO 24 - DISTRIBUIÇÃO DA NECESSIDADE DE PRESTADORES DE CUIDADOS E/OU ASSISTENTES PESSOAIS EM FUNÇÃO DA IDADE.....	138
GRÁFICO 25 - DISTRIBUIÇÃO DOS PRESTADORES DE CUIDADOS E/OU ASSISTENTES PESSOAIS EM FUNÇÃO DA SUA AFILIAÇÃO E DA IDADE DOS IDOSOS	139
GRÁFICO 26 - AUTO-PERCEPÇÃO DOS CUIDADOS RECEBIDOS VERSUS NECESSIDADE DE CUIDADOS PRESTADOS POR PROFISSIONAIS	143
GRÁFICO 27 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS DIVERSAS FORMAS DE VIOLÊNCIA AO LONGO DA VIDA E AO LONGO DO ÚLTIMO ANO.....	146
GRÁFICO 28 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA NEGLIGÊNCIA PERCEBIDA.....	152
GRÁFICO 29 - NEGLIGÊNCIA PERCEBIDA EM DIFERENTES SITUAÇÕES.....	152

RESUMO

O envelhecimento, com as consequentes doenças crónicas não transmissíveis associadas e com o declínio da funcionalidade que lhe é inerente irão traduzir-se em fortes pressões sobre o sistema de segurança social e de saúde, contribuindo, inevitavelmente, para aumentar a despesa em cuidados sociais e de saúde e para a própria sustentabilidade financeira destes sistemas. A identificação de indicadores de saúde desta população poderá fornecer informação relevante para o desenho de políticas de saúde e sociais mais equitativas. Os indicadores de saúde analisados neste estudo foram, funcionalidade, violência e saúde oral.

No contexto nacional, é no Alentejo que se observa a taxa de envelhecimento mais elevadas do país. A População foi constituída pelos idosos residentes na região do Alentejo (excepto Lezíria). amostra aleatória, constituída por 903 idosos, estratificada por idade, sexo e local de residência, com nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 2,5%.

Objetivo geral: Caracterizar a funcionalidade e a prevalência de violência da população do Alentejo com idade superior a 65 anos. Objetivos específicos: a) Identificar os domínios e as categorias da CIF (códigos CIF) mais referidos para classificar a população com mais de 65 anos; b) Desenhar e validar o instrumento de registo das dimensões da funcionalidade; c) Sinalizar as limitações funcionais da população com idade superior a 65 anos; d) Sinalizar as formas de violência mais referidas pela população com idade superior a 65 anos; e) Caracterizar a saúde oral da população com idade superior a 65 anos residente no Alentejo.

Métodos: Para realizar este estudo foi necessário recorrer a metodologias qualitativas e quantitativas segundo a natureza do objetivo do estudo, Caracterizando-se o estudo como transversal, descritivo em base populacional. Como instrumento de recolha de dados desenhou-se um questionário aplicado com recursos a técnica de entrevista estruturada nas unidades funcionais dos agrupamentos de Centros de Saúde do Alentejo.

Resultados: Os resultados obtidos permitem afirmar que nas dimensões sócio biográfica 30,7% não saber ler nem escrever, (85,3%) da amostra tem filhos, 22,9% dos idosos vivem sozinhos, 86,4% não são beneficiários do complemento solidário. As necessidades de alimentação em 18,7%, de habitação em 19,2% e as de saúde em 26,0% não estão satisfeitas. Na dimensão da funcionalidade, as funções do corpo que apresentam melhores indicadores (+80% da amostra) são: consciência (92,9 %), funções de orientação (83,4%), funções do aparelho digestivo (97%), mobilidade articular (87%). Nas estrutura corporais analisadas os níveis de funcionalidade foram sempre inferiores a 80%. Nas atividades de participação verificam-se níveis de desempenho superiores a 80% nas seguintes atividades: receber mensagens (87%), deslocar-se dentro de casa sem dificuldade (86,8%), lavar-se (82,6%), realizar atividades relacionadas com o processo de excreção (92,2%), vestir, comer, beber (89%). Dos fatores ambientais analisados, não possível inferir quais os que mais influenciam as dimensões da funcionalidade analisadas.

As formas de violência com mais prevalência no último ano foram as seguintes: 30,0% dos idosos referem ter sido vítimas de violência psicológica, 7,0% referem ter sofrido violência financeira e 4,0%, violência física

Na dimensão da saúde oral apenas 9,3% da amostra é beneficiária do Complemento Solidário para idosos (CSI) tendo por isso direito ao Cheque Dentista. No entanto apenas 1% já o utilizou. 73,3% dos idosos não tem dentição funcional.

Palavras-Chave: Envelhecimento; Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Determinação das Necessidades de Cuidados de Saúde

SUMÁRIO EXECUTIVO

Dados Sócio-Biográficos

Relação de Masculinidade¹ de 76,0 a qual compara com 72,4 que é a relação de masculinidade da população portuguesa com 65 e mais anos (INE, 2011).

Índice de Massa Corporal - 29,2% dos idosos apresentam excesso de peso, e 11% apresentam baixo peso.

Nível de escolaridade - 30,7% declara não saber ler nem escrever, sendo que esta percentagem recai predominantemente sobre mulheres (21,5%) e sobre os grupos etários 75-84 anos e 85 e mais.

Rede familiar próxima - 14,4% não tem filhos. Cerca de 23% da população, principalmente pertencente ao grupo etário 75-84 anos, vive sozinha

Auto apreciação da condição financeira - 18,7% da amostra diz não ter as suas necessidades de alimentação satisfeitas; 19,2% diz não ter as de habitação; e 26% afirma não ter as de saúde.

Conhecimento/utilização de suporte social - 9,3% são beneficiários Complemento Solidário para Idosos, só 17,7% conhecem o cheque dentista e apenas 1,1% o utilizou, apesar de 9,3% ter direito direto e imediato a ele.

FUNCIONALIDADE

Funções do Corpo

Funções Mentais

Funções Mentais Globais

Funções de consciência e de orientação - a percentagem de pessoas idosas que se situa no nível acima do qual carecem de cuidado terapêutico é inferior a 6%. Apenas nas funções de orientação existe relação com a idade.

Funções do sono - cerca de ¼ da amostra refere um problema moderado intenso ou completo, embora sem qualquer relação com a idade

Funções Mentais Específicas

Funções de atenção - a percentagem de pessoas com problema moderado intenso ou completo é de cerca de 9%.

¹ Relação entre o número de homens e de mulheres numa dada população.

Funções de memória - a percentagem de pessoas com problema moderado intenso ou completo é um pouco superior a 25%.

Funções cognitivas de nível superior - a percentagem de pessoas com problema moderado intenso ou completo é de cerca de 45%.

Funções Sensoriais e de Dor

Funções auditivas - cerca de 15% dos idosos carecem de cuidados, com uma associação estatisticamente significativa com a idade;

Funções de dor - cerca de 58% da amostra inclui-se no grupo das pessoas que carecem de cuidados, as quais referem dor com especial incidência na coluna lombar, (33,9%), seguido do joelho direito com 15,5%, do joelho esquerdo com 14,6% e da região dorsal com 12,4%.

Funções do aparelho cardiovascular

Funções de tolerância ao exercício - Neste caso o grupo que merece cuidados especiais é constituído por 12,8% das pessoas (10,2% que diz conseguir andar apenas alguns metros sem ficar dispneico e 2,6% da amostra que refere que a dispneia os impede de sair de casa).

Funções do aparelho digestivo

Funções de defecação - 1,6% da amostra apresenta uma alteração com diminuição da frequência e 1,3% apresenta uma alteração com aumento da frequência.

Funções Genitourinárias

Funções miccionais - destacamos o grupo das pessoas que apresentam condições especiais nesta função e que correspondem a 3,8% do total da amostra. Destas, pouco mais de metade, 52,9%, usa fralda, 29,4% é incontinente e 17,6% está algaliado.

Funções neuromusculoesqueléticas

Funções de Mobilidade das Articulações - uma percentagem inferior a 4% apresenta problemas que carecem de cuidados terapêuticos na mobilidade das articulações dos membros superiores. Cerca de 10% apresentam problemas de mobilidade das articulações do tronco e uma percentagem muito semelhante de pessoas com problemas na mobilidade das articulações dos membros inferiores.

Funções Musculares - Força muscular - 13,4% das pessoas apresentam dificuldades que requerem cuidados terapêuticos.

Tónus muscular - 5,5% das pessoas apresentam dificuldades que requerem cuidados.

ESTRUTURAS DO CORPO

Estruturas relacionadas com voz e fala

Estruturas da boca - apenas 26,7% da amostra tem uma dentição funcional. Os restantes 73,3% não tem uma dentição funcional. Esta distribuição não tem qualquer relação significativa com a idade.

Estruturas relacionadas com o Movimento

Estruturas dos membros superiores e inferiores - Relativamente aos primeiros não foram percebidas quaisquer alterações. Todavia constata-se que um pouco mais de 4,0% das pessoas apresenta problemas que requerem cuidados terapêuticos nos membros inferiores.

ATIVIDADES DE PARTICIPAÇÃO

Aprendizagem e Aplicação de Conhecimentos

Aprendizagem Básica - avaliámos a aquisição de competências e constatámos que cerca de 15% das pessoas apresenta dificuldades que requerem cuidados terapêuticos.

Aplicação de Conhecimentos - avaliámos a concentração da atenção, ler, escrever e resolver problemas. Na **concentração da atenção** constatámos que cerca de 12% das pessoas apresenta dificuldades. Na **leitura** as dificuldades ultrapassam os 40% (40,9%) bem como na escrita (43,9%).

Resolução de problemas - verifica-se que existem dificuldades que carecem de ajuda em 31,5% das pessoas, com particular incidência, estatisticamente significativa, no grupo etário dos 75-84 anos.

Tarefas e Exigências Gerais

Rotina Diária - verificámos que cerca de 11% das pessoas apresenta dificuldades que requerem ajuda, também neste caso com particular incidência nos grupos etários com idades superiores a 75 anos, sendo esta associação estatisticamente significativa.

Comunicação

Capacidade de Comunicar e receber mensagens orais - 8,9% da amostra apresenta dificuldades que carecem de cuidados terapêuticos.

Capacidade de Comunicar e produzir mensagens avaliámos a capacidade de falar. Neste caso apenas 3,2% das pessoas apresenta dificuldades que carecem de ajuda.

Mudar e manter a posição do corpo

Mudar a posição básica do corpo - 8,2% da amostra apresenta dificuldades que requerem ajuda terapêutica. Estas dificuldades são particularmente frequentes em pessoas com idades superiores a 75 anos.

Mobilidade

Andar - 10,5% das pessoas apresenta dificuldades que requerem ajuda terapêutica.

Atividade deslocar-se - avaliámos a capacidade de subir e descer escadas onde constatámos dificuldades em 32,2% das pessoas. Por sua vez na atividade deslocar-se dentro de casa apenas 5,9% das pessoas referem dificuldades. Já na atividade deslocar-se fora de casa são referidas dificuldades por 9,6% das pessoas.

Autocuidados - atividade lavar-se, verifica-se uma dificuldade completa em 4,3% da amostra, sendo o grupo etário dos 85 ou mais anos o que apresenta uma maior frequência. Na atividade cuidar de partes do corpo são 14,1% das pessoas que apresentam dificuldades que requerem ajuda terapêutica, sendo estas dificuldades mais evidentes nos grupos com idades superiores a 85 anos. Nos cuidados relacionados com os processos de excreção apenas 4,3% referem dificuldades que carecem de cuidados terapêuticos. A percentagem de pessoas com dificuldades em vestir-se é de 7,5%, com particular incidências nas pessoas com idades superiores a 75 anos. Já na atividade comer apenas 4,8% referem dificuldades e na atividade beber apenas 3,0%. Em todas as atividades relacionadas com o autocuidado existe uma associação estatisticamente significativa com a idade.

Atividades relacionadas com a Vida comunitária, Social e Cívica - a maioria da amostra (61,8%), acha que não necessita de participar nesse tipo de atividades.

Atividade Recreação e lazer - constatámos que a grande maioria das pessoas (83,4%) diz não praticar exercício físico. Apenas 13,7% diz fazê-lo e estes pertencem preferencialmente aos grupos etários 65-74 anos e 75-84 anos. Em média fazem-no duas vezes por semana. De referir ainda que uma maioria de 69,2% diz não ter essa necessidade. Apenas 27,0% admite isso como necessidade.

FATORES AMBIENTAIS

Produtos e tecnologias avaliámos os Destinados a facilitar a mobilidade e transporte - 22,1% da amostra diz utilizar algum dispositivo para facilitar a mobilidade.

Produtos e tecnologias para comunicação - cerca de 4% dizem usar este tipo de tecnologias, nomeadamente prótese auricular. Isto apesar de 15% de pessoas necessitar de cuidados nas funções auditivas

Apoios e Relacionamentos - Prestadores de cuidados e assistentes pessoais - 19,4% das pessoas diz precisar de apoio nos cuidados pessoais diários. O grupo etário dos 75-84 anos e dos 85 ou mais anos são os que mais precisam de cuidados pessoais diários.

VIOLÊNCIA SOBRE IDOSOS

30,0% dos idosos referem ter sido vítimas de violência psicológica ao longo do último ano, enquanto que 7,0% referem ter sofrido violência financeira e 4,0%, violência física.

INTRODUÇÃO

Quando nos propusemos realizar este estudo, como sempre, tínhamos algumas certezas, mas prevaleciam as dúvidas, razão esta fundamental para o desenvolvimento do estudo. De entre as certezas destacamos:

- os evidentes sinais de envelhecimento demográfico em todo o mundo, mas particularmente no nosso país e por maioria de razão na região que escolhemos para desenvolver o estudo - o Alentejo;
- a ideia que se vai difundindo que envelhecer é mau e que nos espera uma catástrofe pelo facto de termos atingido o patamar de um considerável envelhecimento demográfico;
- a evidência que se vai acumulando que perspectivar a saúde dos idosos tendo apenas em consideração o somatório das suas doenças é redutor;
- a perspectiva catastrofista que este fenómeno conduzir-nos-á à falência do sistema de saúde e segurança social;
- a representação que se vai propagando de um certo ideal de juventude e uma evidente aversão aos sinais de velhice, com associação entre esta e doença, sofrimento e perda de faculdades;
- os sinais visíveis de que o fenómeno da violência sobre idosos é uma realidade que se assemelha a um icebergue.

Algumas destas certezas são factos imutáveis com os quais inexoravelmente temos que nos confrontar. Tal é o caso dos envelhecimento demográfico do país e da região.

Algumas outras, sendo problemas novos, exigem soluções novas, novas formas de os repensar. Tal é o caso da avaliação da saúde dos idosos, bem assim como dos sinais de violência sobre os mesmos. Sobre a avaliação da saúde dos idosos, são diversos os estudos que nos apresentam o problema na perspectiva da doença crónica. Referimos apenas dois. Marengoni et al., (2008), num estudo desenvolvido na Suécia determinaram a prevalência de doença crónica e multimorbilidade, tendo concluído que as doenças cardiovasculares e as mentais eram as doenças crónicas mais comuns entre os idosos. Concluíram ainda que 55% dos idosos apresentavam comorbilidade e que e que a idade avançada, o sexo feminino e baixos níveis de escolaridade estavam independentemente associados com mais de 50% de risco acrescido de comorbilidade. Por fim concluíram que a multimorbilidade era a imagem clínica mais comum entre os idosos.

Por sua vez Caughey et al., (2008), através de uma revisão sistemática concluíram que mais de metade dos idosos com artrite também tinham hipertensão, 20% doenças cardiovasculares, 14% diabetes e 12% um problema mental. Mais de 60% dos doentes com asma reportavam também artrite como comorbilidade, 20% tinham também doenças cardiovasculares e 16% diabetes.

Ou seja, a doença crónica tem uma elevada prevalência e predomina a multimorbilidade. Todavia as questões que se colocam são as seguintes: e como vivem os idosos com tanta doença cróni-

ca? Que capacidade têm de cuidar de si próprios? Em que dimensões da sua vida precisam de ajuda? Como é que as doenças crónicas interferem com a capacidade de cuidar de si próprio? Estas eram algumas das nossas dúvidas.

A tentativa de resposta a estas questões obrigou-nos a repensar o projeto inicial e a encarar a avaliação da funcionalidade como uma possível resposta. Com efeito e de acordo com Parahyba & Sil (2006), a avaliação da capacidade funcional vem-se tornando um instrumento particularmente útil para avaliar o estado de saúde dos idosos, porque muitos têm várias doenças simultaneamente que variam em severidade e provocam diferentes impactos na vida quotidiana. De acordo com aqueles autores, o desempenho funcional dos idosos, ou seja, a sua capacidade de vivenciar as atividades quotidianas sem a necessidade de auxílio, mostra-se mais significativa na vida dos mesmos do que a presença de doenças, sinais clínicos ou, até mesmo, questões biomecânicas.

A avaliação funcional dos idosos torna-se, assim, essencial para estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e os cuidados necessários.

Estas foram as razões pelas quais optámos por avaliar a funcionalidade dos idosos. Faltava decidir como o fazer. Neste caso a opção foi pela Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF). Esta opção prefigurou-se como a mais adequada dados os compromissos assumidos por Portugal perante a Organização Mundial de Saúde (OMS) no que concerne à adopção desta taxonomia, mas também dadas as imensas potencialidades que esta classificação nos proporciona, nomeadamente no que diz respeito à sistematização da avaliação com base numa classificação que permite comparabilidade internacional e que se articula com as restantes classificações em saúde da OMS. A decisão acerca da forma de avaliar os sinais de violência foi mais fácil. De facto, estando a decorrer um *survey* europeu com um instrumento consensualizado entre os diversos países, pareceu-nos que esse seria o caminho mais adequado. Também neste caso a preocupação da comparabilidade dos dados esteve presente.

Com base nestes pressupostos definimos como objetivo geral deste trabalho, caracterizar a funcionalidade e a prevalência de violência da população do Alentejo com idade superior a 65 anos.

Os objetivos específicos são os seguintes:

- Identificar os domínios e as categorias da CIF mais referidos para classificar a população com mais de 65 anos;
- Desenhar e validar o instrumento de registo das dimensões da funcionalidade;
- Sinalizar as limitações funcionais da população com idade superior a 65 anos;
- Caracterizar a saúde oral da população com idade superior a 65 anos residente no Alentejo;
- Sinalizar as formas de violência mais referidas pela população com idade superior a 65 anos.

Estas opções, estávamos convictos, permitir-nos-iam perceber a saúde dos idosos numa perspectiva diferente, ou seja, mais centrada nas capacidades que nas incapacidades, preocupada com o idoso inserido no seu contexto, com o que aí é capaz de fazer de forma autónoma e com as dimensões ou atividades para as quais precisa de ajuda. Estávamos também convictos que esta perspectiva seria uma mais-valia para os profissionais de saúde, bem assim como para os serviços de saúde. Para os primeiros porque conhecendo as capacidades e dificuldades dos seus idosos, mais facilmente focalizarão os seus cuidados naquilo que os preocupa. Para os segundos porque, conhecendo as necessidades de cuidados de uma população, ficarão com um instrumento de gestão em saúde que lhes permitirá alocar os recursos com outra base empírica.

Por último, estávamos convictos que desta forma poderíamos contribuir para esbater o estigma do envelhecimento, permitindo compreender que, apesar do aumento da idade, as pessoas continuam a ter capacidades e competências de diversa natureza, as quais precisam ser melhor aproveitadas.

Faltava ainda decidir como concretizar um projeto desta natureza. Das diversas decisões que foi necessário tomar, destacamos duas como das mais relevantes para o sucesso do projeto e as quais têm impacto futuro. A primeira teve a ver com a inserção de 3 projetos de doutoramento de diferentes áreas da saúde neste projeto maior. Tal significa que, encerrada esta fase do projeto inicial, os estudos destes 3 doutorandos continuarão, a partir destes dados, desenvolvendo os seus contributos para as respetivas áreas profissionais (i.e., fisioterapia, enfermagem e medicina dentária).

A segunda teve a ver com o facto de termos optado pela negociação com os diversos serviços de saúde da região no sentido de os dados serem recolhidos pelos profissionais de saúde. Esta opção colocou imensas dificuldades e gerou inclusive alguns atrasos no processo. Todavia estamos convictos que tal foi uma decisão acertada. Para esta convicção contribui o facto de se ter proporcionado formação específica em avaliação da funcionalidade dos idosos a todos os profissionais envolvidos, mas também o facto de alguns serviços/unidades de saúde terem percebido as vantagens desta avaliação e nos terem solicitado que os apoiássemos na continuidade de utilização deste instrumento.

Posto isto, falta enunciar um pressuposto que nos parece essencial ser previamente conhecido: para os investigadores envolvidos neste projeto, o envelhecimento ou de outro modo, o aumento da esperança de vida é uma conquista civilizacional de dimensão inqualificável. Só sociedades com elevado grau de desenvolvimento a todos os níveis conseguem proporcionar condições de vida que permitem às pessoas viver tantos anos. A questão que se nos coloca agora é, e conseguiremos nós reorganizar-nos para proporcionar qualidade ao acréscimo de longevidade que conseguimos? Esta é a pergunta central e talvez a mais importante. Percebemos em devida altura que as crianças deviam usufruir de determinadas condições para que pudessem ter um desenvolvimento harmonioso. Sendo a velhice uma fase de desenvolvimento como qualquer outra, já percebemos que condições precisamos de criar para proporcionar um desenvolvimento harmonioso às pesso-

as nesta etapa da vida.⁹ Portanto, sendo inquestionavelmente um marco civilizacional termos alcançado uma esperança de vida tão elevada, consideramos ser um marco civilizacional mais importante ainda que o mesmo seja atingido com qualidade e dignidade.

O relatório que agora se apresenta está organizado em duas partes distintas. A primeira constitui-se por um enquadramento conceptual que contextualiza a problemática do envelhecimento numa perspectiva demográfica, com especial enfoque na região no Alentejo. É feita ainda a identificação das principais teorias relacionados com o envelhecimento, divididas por três grandes grupos, teorias biológicas, psicológicas e sociológicas. O enquadramento contempla ainda a problemática da funcionalidade e a sua utilidade na avaliação do estado de saúde dos idosos. Por último faz-se o enquadramento conceptual da problemática da violência sobre idosos.

A segunda parte deste relatório é constituída por todas as dimensões empíricas, nomeadamente as questões metodológicas, a apresentação e a análise de dados. As questões metodológicas detalham as diversas metodologias usadas para cumprir cada um dos objetivos propostos. A apresentação dos dados está organizada tendo como referência a estrutura da Classificação Internacional da Funcionalidade, taxonomia que está na origem do instrumento usado na avaliação da funcionalidade dos idosos. Esta parte do relatório termina com um capítulo no qual se procede à discussão dos dados.

Estamos convictos que a dimensão dos dados com que nos vimos confrontados é imensa e que a natureza do instrumento de avaliação da funcionalidade que criámos exige mais tempo para analisar as possíveis relações entre múltiplas variáveis. Razões pelas quais não damos o trabalho por encerrado e nos comprometemos a continuar essa análise e a publicá-la sistematicamente em revistas da especialidade, tal como aliás temos vindo a fazer. De facto os resultados deste projeto foram já publicados na Revista Portuguesa de Saúde Pública (Contributo para a classificação da funcionalidade na população com mais de 65 anos, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade), e apresentados em quatro congressos internacionais (Ravello - Amalfi Coast Day Hospital (Day Surgery and Home HealthCare: Improvement from technological advancements, Ravello - Amalfi Coast - Italy Dec 15th - 17th 2011 - Livro Oficial de actas), em comunicação Online (Symposium on Burn Rehabilitation and Wound Healing in Conjunction with the Burn Rehabilitation Workshop, on 29th April - 1st May, 2012, in Chongqing, China) e no 11º Congresso Internacional de Representações Sociais e III Colóquio Luso-Brasileiro sobre Saúde Educação e Representações Sociais. Estão ainda previstas 4 publicações e várias apresentações, até ao fim do ano de 2012 e ao longo do ano de 2013.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A primeira questão que se coloca num trabalho desta natureza é a da definição de idoso. Considerando que o trabalho se desenvolveu em Portugal, o mais fácil é adoptar a norma que determina que se considera idosa toda a pessoa que tem 65 ou mais anos de idade. Com base neste critério, interessa começar por compreender de um ponto de vista demográfico, como se distribui o número de idosos pela mundo, pelo país e em particular pelo Alentejo.

Todavia, tal critério revela-se insuficiente uma vez que para uma mais adequada compreensão do fenómeno em estudo, precisamos de compreender o próprio processo de envelhecimento. Para a compreensão deste processo contribuem um conjunto diversificado de teorias, o que, só por si, demonstra a complexidade do mesmo. As diversas teorias podem ser agrupadas em Teorias Biológicas, Teorias Psicológicas e Teorias Sociológicas (Bengtson & Bonder, 2009).

Por último, apresentaremos uma perspectiva conceptual da problemática da violência sobre idosos.

Envelhecimento e Demografia

Falar acerca do envelhecimento demográfico começa a tornar-se um lugar comum. Porém, dada a dimensão do fenómeno e as suas implicações a todos os níveis, consideramos pertinente voltar ao assunto.

Envelhecer é bom ou mau?

Dado o modo como muitas vezes se fala do assunto, parece ser mau porque a sociedade parece valorizar o suposto vigor e força associado à juventude e desprezar a suposta decadência associada ao envelhecimento; porque parece haver uma associação entre o avanço da idade e a improdutividade, a dependência, as doenças, a solidão, o sofrimento

Ora o envelhecimento ou de outro modo, o aumento da esperança de vida é uma conquista civilizacional de dimensão inqualificável. Só sociedades com elevado grau de desenvolvimento a todos os níveis conseguem proporcionar condições de vida que permitem às pessoas viver tantos anos.

Assim, interessa compreender a dimensão demográfica do fenómeno, quer de um ponto de vista global, quer local.

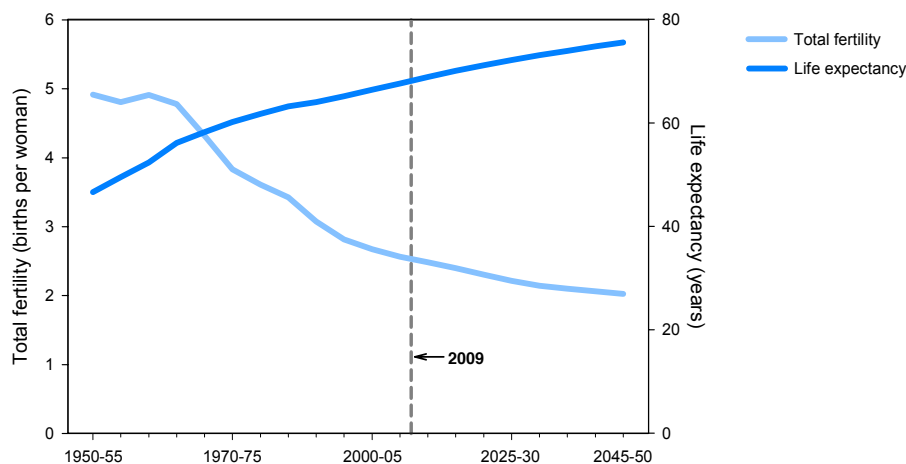
População Mundial

Segundo a Organização das Nações Unidas (2011), o envelhecimento populacional a nível mundial não tem precedentes na história da humanidade, sendo expectável que no século XXI o fenómeno se acelere. Por outro lado, este fenómeno tem características globais no sentido em que

afeta toda a sociedade a todos os níveis exigindo alterações sociais profundas. Por fim, aquela Organização considera que este será um fenómeno duradouro, ou seja, não é expectável que retornemos a um perfil demográfico jovem tal como conhecido pelos nossos antepassados.

Como explicação para este fenómeno são apresentadas um conjunto de razões, das quais destacamos a associação entre o aumento constante da esperança de vida à nascença², que se tem verificado ao longo dos últimos anos e a diminuição do índice sintético de fecundidade³ (ver figura 1). A estas razões podemos ainda acrescentar processos migratórios, os quais ajudam a compreender a dimensão do fenómeno em algumas regiões. A esperança de vida à nascença a nível mundial, passou de 47,7 anos em 1950 para 69,3 em 2010. O índice sintético de fecundidade, também a nível mundial, diminuiu, no período 1950 a 2010, 49,49%, em sentido idêntico a taxa bruta de natalidade⁴ diminuiu no mesmo período 47,15% (Tabela 1).

Figura 1 - Índice sintético de fecundidade e esperança de vida à nascença: Mundo, 1950-2050



Fonte: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division - **World Population Ageing 2009**, New York, 2009.

Assim sendo, qual a dimensão do fenómeno?

Segundo a UN (2011) a população mundial passou de 2.532.229 milhões em 1950, para 6.895.889 milhões em 2010, o que corresponde a um aumento de 2,87% ao ano. Nas regiões mais desenvolvidas⁵ o crescimento da população foi de 811.187 milhões de pessoas em 1950 para 1.288.962 em 2010, o que corresponde a um aumento de 0,98% ao ano (UN, 2011), consideravelmente menor que o anterior.

² O número médio de anos que um recém-nascido pode esperar viver, se submetido ao longo de sua vida às condições atuais de mortalidade (Eurostat).

³ Número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil (dos 15 aos 49 anos de idade), admitindo que as mulheres estariam submetidas às taxas de fecundidade observadas no momento.

⁴ Número de nascidos vivos, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

⁵ Compreendem a Europa, América do Norte, Austrália/Nova Zelândia e Japão (UN, 2011).

De acordo com as projeções das Nações Unidas, a população mundial, no período de 2010 a 2060 passará de 6.895.889 para 9.615.189 milhões de pessoas, o que corresponde a um aumento de 0,78% ao ano (UN, 2011).

No período de tempo 2015-2060, prevê-se que as pessoas com 65 e mais anos de idade aumentarão em 1.047.929 milhões, o que corresponde a um crescimento de 4,22% ao ano (UN, 2011a). A esperança de vida aos 65 anos⁶ aumentou no período temporal 1950 a 2010, 4,5 anos e a esperança de vida ao nascer aumentou 21,6 anos. Nas regiões mais desenvolvidas esse grupo populacional aumentará 124.643 milhões, o que corresponde a um crescimento anual de 1,58%.

Por sua vez, entre 2015 e 2060, as pessoas com 80 e mais anos de idade aumentarão em 365.497 milhões, o que corresponde a um crescimento de 6,59% ao ano (UN, 2011a). No mesmo período temporal, nas regiões mais desenvolvidas as pessoas com 80 e mais anos aumentarão 72.202 milhão, que traduz um crescimento anual de 2,72%. A média de idade⁷ no período temporal 1950-2060 aumentará 15,2 anos, o que traduz um aumento de mais de um ano por década (Tabela 1).

Tabela 1 - Indicadores de desenvolvimento populacional: Mundo, 1950-2060

ANO	1950	1980	2000	2010	2020	2060
População Total (milhares)	2 532 229	4 453 007	6 122 770	6 895 889	7 656 528	9 615 189
Média de idade (anos)	23,9	23,1	26,7	29,2	31,6	39,1
Rácio de dependência dos idosos	10,1	12,2	12,8	13,4	16,2	33,1
Rácio de dependência total	95,7	105,1	86,5	76	72,9	80,5
Esperança de vida ao nascer (anos)	47,7	62,1	66,4	69,3	71,4	77,5
Esperança de vida aos 65 anos (anos)	11,5	14,2	15,4	16	16,5	16,9
Taxa bruta de natalidade por 1.000 habitantes	36,9	27,7	20,9	19,2	17,1	13,2
Índice sintético de fecundidade (filhos por mulher)	4,95	3,59	2,62	2,45	2,33	2,11

Portanto, podemos afirmar que, de acordo com as projeções, no período de 2015-2060 e em comparação com o período de 1950-2010, se verificará uma diminuição do ritmo de crescimento da população mundial (de 2,94%/ano para 0,80%/ano). Todavia, o ritmo de crescimento das pessoas com 65 e mais anos no período de 2015-2060 será muito superior (4,22%/ano).

Os principais indicadores demográficos refletem estas alterações de forma inexorável. Assim, o *Rácio de Dependência dos Idosos*⁸ nas regiões mais desenvolvidas em 1950, era de 10,1. Em 2010 já era de 25,9 e estima-se que em 2060 será de 51,1 pessoas idosas por cada 100 pessoas em

⁶ Número médio de anos que uma pessoa com 65 anos pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento de referência.

⁷ Idade que divide a população em duas partes de tamanho igual.

⁸ Rácio de Dependência dos Idosos é a razão entre o número de pessoas idosas numa idade em que geralmente são economicamente inativas (ou seja, com 65 anos e mais), em comparação com o número de pessoas em idade de trabalhar (ou seja, 15-64 anos).

idade ativa (15-64 anos) (UN, 2011c). O *Rácio de Dependência total*⁹ é de enorme utilidade pois permite-nos compreender o nível de equilíbrio entre o grupo populacional considerado ativo (15-64 anos) e os grupos considerados dependentes desses (menos de 15 anos e 65 e mais). Percebemos que nas regiões mais desenvolvidas, em 1950 esse rácio era de 77,1. Todavia, este valor resultava essencialmente do contributo dos jovens (menos de 15 anos). Em 2010 esta proporção era de 62,5 pessoas e estima-se que em 2060 será de 94,9 pessoas (UN, 2011). Este previsível incremento do valor deste rácio fica-se a dever à conjugação de dois fatores: o declínio das taxas de fertilidade e consequente declínio de total de jovens e o incremento do total de idosos.

Segundo as UN (2011) observa-se desde 1960, uma diminuição gradual da população ao nível das regiões mais desenvolvidas do mundo, o declínio das taxas de fertilidade e o aumento gradual do número de pessoas com 65 e mais anos de idade vai ter repercussões ao nível económico, dos sistemas de saúde e de proteção social, pela consequente diminuição da força de trabalho (Yoon, 2009; Ingham, Chirijevskis e Carmichael, 2009).

População da Europa

Segundo a EC (2010) a população da Europa a 27¹⁰ (EU-27) representava 20% da população mundial em 1960, no entanto em 2005 apenas representava 11,2%, tendo ocorrido no mesmo período de tempo um crescimento da população noutras regiões como a África, Ásia e América Latina. Neste período temporal foram observadas alterações ao nível da percentagem dos vários grupos etários. As pessoas com menos de 15 anos diminuíram 10,8% e as pessoas com 65 e mais anos aumentaram 7% (EC, 2010). Entre 1998 e 2008, as pessoas com 80 e mais anos aumentaram em termos absolutos 35,1%. De acordo com os dados da EC (2010), em 2008 na EU-27 as pessoas com mais de 65 anos representam 17% da população total. Em 2060 serão 30% e a percentagem de pessoas com mais de 80 anos passará dos atuais 4,4% para 12,1%. Em 2060 na EU-27 teremos 14% de pessoas com menos de 15 anos e 30% de pessoas com 65 e mais anos de idade (EC, 2011).

No período temporal 1950-2010 o *Rácio de Dependência dos Idosos*, na EU-27 aumentou 11,4% (Tabela 2), muito acima do observado noutras regiões como na América do Norte (4%), Ásia (3%) e África (0%) (EC, 2011a). No mesmo período o *Rácio de Dependência Total* diminuiu 15,1%, prevendo-se que aumente 37,2% no período 2010-2060. Este aumento decorre essencialmente do peso do grupo etário das pessoas com 65 anos e mais.

Observamos, segundo os dados apresentados, que a EU-27 se configura no seu conjunto como um grupo de países envelhecidos, com o *Rácio de Dependência de Idosos* e *Rácio de Depen-*

⁹ Rácio de Dependência Total é a relação da soma do número de jovens e do número de pessoas idosas numa idade em que ambos os grupos são, em geral inativos, (isto é, com menos de 15 anos de idade e 65 anos e mais), em comparação com o número de pessoas em idade de trabalhar (ou seja, 15-64 anos). É a soma de dois Rácios, o Rácio de dependência dos jovens e o Rácio de dependência dos idosos.

¹⁰ Europa a 27 é composta por: Áustria, Bélgica, Bulgária, Chipre, República, Checa, Dinamarca, Estónia, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Países, Baixos, Polónia, Portugal, Roménia, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Suécia, Reino Unido.

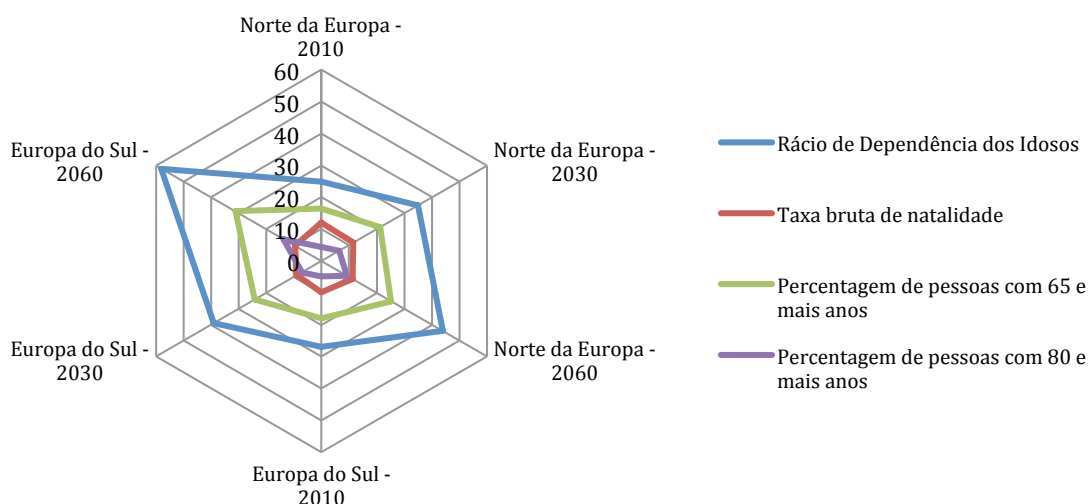
dência Total a aumentar de forma gradual, acima de outras regiões mais desenvolvidas. Presenciamos um aumento muito significativo das pessoas com 85 e mais anos (EC, 2011a). Para este fenómeno concorre não só o aumento do número de idosos, mas também as diminuições das taxa de fecundidade e taxa bruta de natalidade, as quais são cerca de metade dos valores apresentados em termos mundiais (Tabela 2).

Tabela 2 - Indicadores de desenvolvimento populacional: Europa, 1950-2060

ANO	1950	1980	2000	2010	2020	2060
População Total (milhares)	547287	692869	726777	738199	744177	702347
Média de idade (anos)	29,7	32,7	37,6	40,1	42,5	45,5
Rácio de dependência	14,4	21,6	24,3	25,8	31,4	54,3
Rácio de dependência total	74,8	74,4	64,7	59,7	66,6	96,9
Esperança de vida ao nascer (anos)	65,6	71,7	73,8	76,5	78,3	83,5
Esperança de vida aos 65 anos (anos)	14,2	15,2	16,5	18	18,8	21,8
Taxa bruta de natalidade por 1.000 habitantes	21,4	14,3	10,2	10,8	10,2	10,7
Índice sintético de fecundidade (filhos por mulher)	2,65	1,89	1,43	1,59	1,69	1,99

Segundo UN (2011) observam-se diferenças muito significativas entre as várias regiões europeias (i.e., Europa de Leste, Europa do Norte¹¹, Europa do Sul¹², Europa Ocidental), sendo as mais significativas entre a Europa do Norte e do Sul (Gráfico 1). Como podemos observar em relação a essas regiões os rácios de dependência total apresentarão no ano de 2060 uma diferença de 10 pontos percentuais; no rácio de dependência dos idosos esta diferença é ainda maior (14 pontos percentuais). Ao invés a taxa bruta de natalidade apresenta pouca diferença entre estas duas regiões.

Gráfico 1 - Indicadores de desenvolvimento populacional: Norte da Europa/Sul da Europa, 1950-2060



População de Portugal

¹¹ Ilhas do Canal, Dinamarca, Estónia, Finlândia, Islândia, Irlanda, Letónia, Lituânia, Noruega, Suécia, Reino Unido

¹² Albânia, Bósnia e Herzegovina, Croácia, Grécia, Itália, Malta, Montenegro, Portugal, Sérvia, Eslovénia, Espanha, Macedónia,

Segundo a EC (2011) a população de Portugal representa 2,1% da população da EU-27, tendo ocorrido um aumento de 307.639 pessoas no período de 2002-2011. Em igual período, os nascimentos totais diminuíram 13.063 (EC, 2011b) e o número de mortes totais anuais aumentou 3.859 pessoas (EC, 2011b). As pessoas com 65 e mais anos têm vindo a aumentar continuamente. Assim, em 1960 representavam 7,8% do total da população, mas em 2011 já representavam 19%, o que corresponde a um crescimento de 4,5% ao ano. As estimativas para os próximos 50 anos vão no sentido de manutenção de uma taxa elevada (cerca de 3,5% ao ano), pelo que em 2060 Portugal será dos países mais envelhecido da EU-27 (EC, 2011).

O ritmo de crescimento anual das pessoas com 80 e mais anos situou-se em 8,1% entre 1960 e 2010. Até 2060 prevê-se que este crescimento anual se mantenha em cerca de 4,5%, o que triplicará a proporção destas pessoas em Portugal. Este aumento levará o nosso país ao 3º lugar do crescimento das pessoas neste grupo etário (EC, 2011).

O *Rácio de Dependência de Idosos em Portugal* previsivelmente será de 57,2 em 2060 (EC, 2011b) o que se poderá comparar com 12,4 verificados em 1960 ou com 27,0 em 2010.

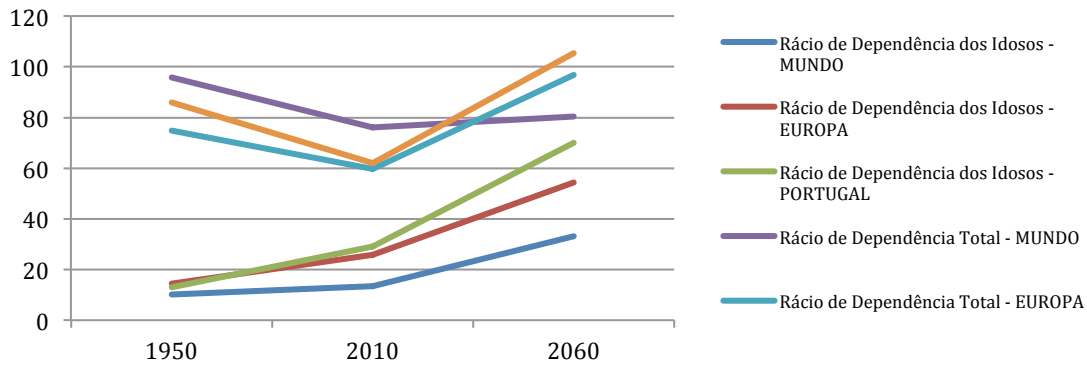
Tal como se pode verificar na Tabela 3, em Portugal no período 2001-2010 observou-se um aumento de 2,98% da população em geral, todavia o aumento da população com mais de 65 anos foi de 13,05% e o da população com mais de 75 foi de 27,82%, com ligeiro domínio das mulheres (INE, 2011).

Tabela 3 - Indicadores de desenvolvimento populacional: Portugal, 1950-2060

ANO	1950	1980	2000	2010	2020	2060
População Total (milhares)	8417	9786	10336	10676	10623	8676
Média de idade (anos)	26,1	30,7	37,8	41	45,1	52,6
Rácio de dependência	13	21,2	26,6	29,1	34,7	70,1
Rácio de dependência total	85,9	85,2	64,4	62	65,3	105,4
Esperança de vida ao nascer (anos)	60	72,3	77,3	79,8	80,9	84,7
Esperança de vida aos 65 anos (anos)	13,4	15,2	17,6	19,1	19,8	22,4
Taxa bruta de natalidade por 1.000 habitantes	23,9	14,6	10,8	8,8	7,6	8,6
Índice sintético de fecundidade (filhos por mulher)	3,1	2,01	1,45	1,31	1,36	1,83

Podemos observar que Portugal, quando comparado com os restantes países do mundo e da Europa, apresenta rácios de dependência dos mais elevados, com taxas brutas de natalidade e de fecundidade muito baixas (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Rácios de dependência dos idosos e dependência total: Mundo, Europa, Portugal, 1950-2060



População de Portugal - ALENTEJO

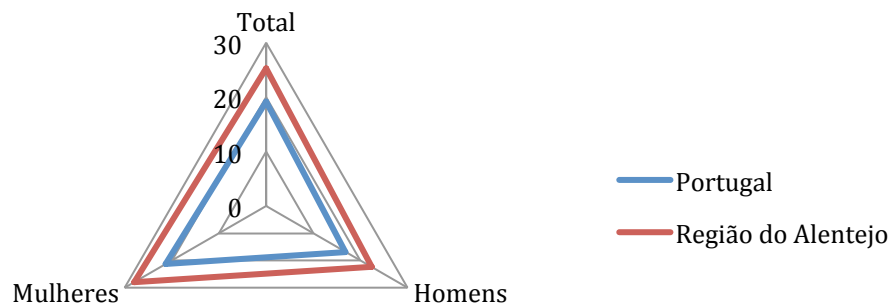
Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2011a), a Região do Alentejo¹³ tem uma população total de 509.741 pessoas, sendo 48,5% homens e 51,5 mulheres. As pessoas com 65 e mais anos de idade totalizam 129.033 pessoas, que representam 25,3% do total (Tabela 4). Observou-se nas últimas duas décadas um aumento de 9,9% em relação a este grupo etário.

Tabela 4 - População: Alentejo, 2011

	Total	Homens	Mulheres
Região Alentejo - População total	509741	247582	262159
Região Alentejo - Pessoas 65 e mais anos de idade	129033	55470	73563

Deste modo, a região do Alentejo é das mais envelhecidas, com uma percentagem da população com 65 anos ou mais a rondar os 25,3% (INE, 2011a). Na distribuição da população por sexo, relativamente ao grupo etário dos 65 ou mais anos verifica-se a predominância das mulheres, 57,01%, face aos homens, 42,98% (Gráfico 3). A preponderância da população feminina é reforçada à medida que a idade avança.

Gráfico 3 - Pessoas com 65 a mais anos de idade (%): Alentejo, 2011



¹³ A Região do Alentejo considerada para este estudo engloba o Alto Alentejo, Alentejo Central, Alentejo Litoral e Baixo Alentejo.

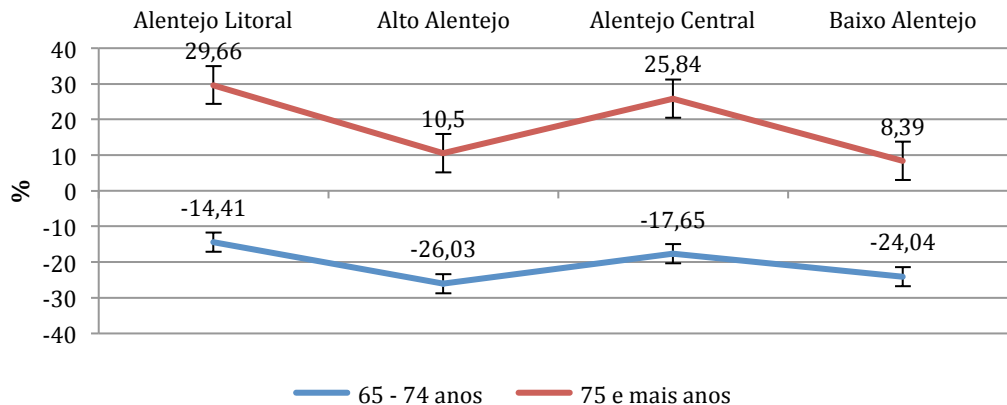
Verificou-se na Região do Alentejo no período de 2001-2010, um crescimento populacional negativo de -4,95%. Todavia, o total de pessoas com 65 e mais anos teve um ligeiro acréscimo de 0,1%, principalmente à custa da faixa etária dos 75 anos e mais (+20,02%). Estes valores tiveram diferentes expressões em função das diferentes sub-regiões, como podemos observar na Tabela 5 (INE, 2011).

Tabela 5 - Região do Alentejo diferença de população (2001 a 2010)

		População total	Pessoas 65 e mais anos	Pessoas 65 - 74 ano	Pessoas 75 e mais ano
Alentejo Litoral	Total	-3,76	3,70	-14,41	29,66
	Homens	-4,20	-0,81	-17,90	26,08
Alto Alentejo	Mulheres	-3,31	7,59	-11,18	32,45
	Total	-7,97	-9,20	-26,03	10,50
Alentejo Central	Homens	-7,68	-12,81	-28,63	7,04
	Mulheres	-8,24	-6,35	-23,87	13,05
Baixo Alentejo	Total	-1,89	1,19	-17,65	25,84
	Homens	-1,30	-3,48	-22,28	23,44
	Mulheres	-2,46	4,91	-13,70	27,58
	Total	-6,22	-9,74	-24,04	8,39
	Homens	-5,91	-14,08	-27,28	5,02
	Mulheres	-6,52	-6,36	-21,25	10,69

De acordo com estes dados e de forma genérica, podemos afirmar que se verificou um aumento da população muito idosa (75 anos e mais) em todas as sub-regiões e uma diminuição no grupo etário dos 65 aos 74 anos (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Diferença de população - 65 e mais anos de idade e 75 e mais anos de idade (%): Alentejo, 2011



Nesta região e de acordo com estes dados, podemos afirmar que o agravamento do *Índice de Dependência Total* resulta principalmente do aumento do *Índice de Dependência de Idosos* que teve um incremento de cerca de 21% na última década. O *Índice de Dependência de Jovens* teve, no mesmo período, um comportamento contrário, assinalando uma diminuição de cerca de 6% (INE, 2012). O Alentejo apresenta um índice de envelhecimento de 179, 50 pontos acima do índice nacional.

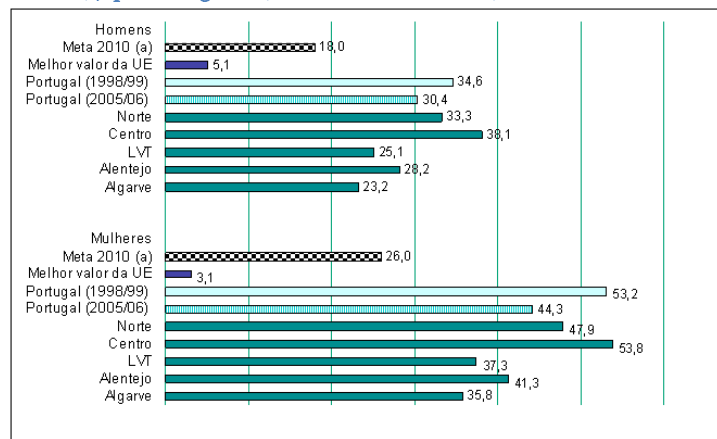
Indicadores de Saúde

Considerando que nos propomos avaliar a funcionalidade dos idosos, interessa também equacionar alguns dos indicadores de saúde disponíveis como forma de melhor compreender o grupo populacional com o qual nos propomos trabalhar. Para o efeito servir-nos-emos essencialmente dos indicadores resultantes da avaliação do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e do Inquérito Nacional de Saúde.

Começamos por referir a autoapreciação do estado de saúde da população. De acordo com os dados do Inquérito Nacional de Saúde (INE/INSA, 2009) a percentagem de pessoas cuja apreciação do estado de saúde é muito boa ou boa decresce com o aumento da idade e consequentemente, a percentagem de pessoas cuja apreciação do estado de saúde é Mau ou Muito Mau aumenta com a idade.

Analisando agora a autoapreciação do estado de saúde do grupo etário 65-75 anos, em termos de evolução temporal e considerando a distribuição por regiões e género, compreende-se que houve uma evolução positiva entre os dois períodos considerados, todavia estamos muito longe não só da meta fixada para 2010 (18,0) e ainda mais do melhor valor da União Europeia. De assinalar ainda que as mulheres têm uma autoapreciação mais negativa que os homens em todas as regiões. As regiões onde essa autoapreciação é mais negativa são, por ordem decrescente, o Centro e o Norte. A região onde a autoapreciação é menos negativa é o Algarve (Figura 2).

Figura 2 - Autoapreciação do estado de saúde - percentagem de 'mau' ou 'muito mau' (65 a 75 anos), por Região (NUTS II de 1999)

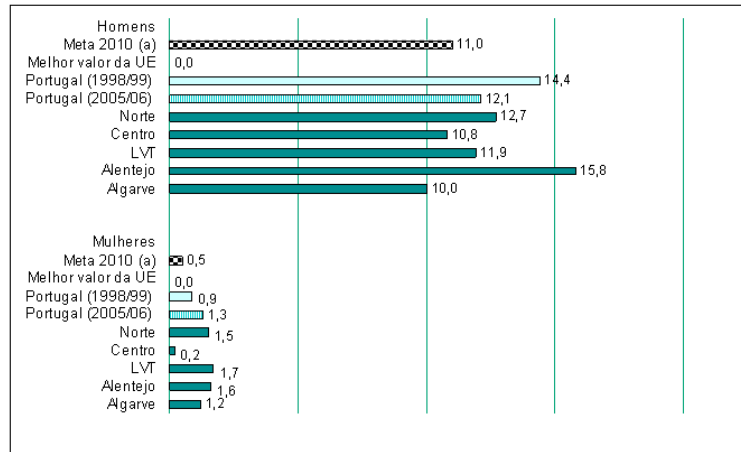


(a) Calculada pelo INSA para Portugal Continental.

Fonte: PNS 2004-2010, Vol. 1, pág. 56. (b) Irlanda para o sexo masculino e Alemanha para o feminino, Eurostat (2007). Fonte: 3º e 4º INS, INSA/INE.

Relativamente aos comportamentos de saúde começamos por referir o consumo de tabaco de pessoas com idades compreendidas entre 65 e 74 anos. Pela análise da figura 3 percebe-se que houve uma evolução positiva entre os dois períodos temporais considerados. Todavia, continua com valores superiores à meta fixada. O hábito de consumo de tabaco é predominantemente masculino, atingindo valores mais elevados no Alentejo e menos elevados no Algarve.

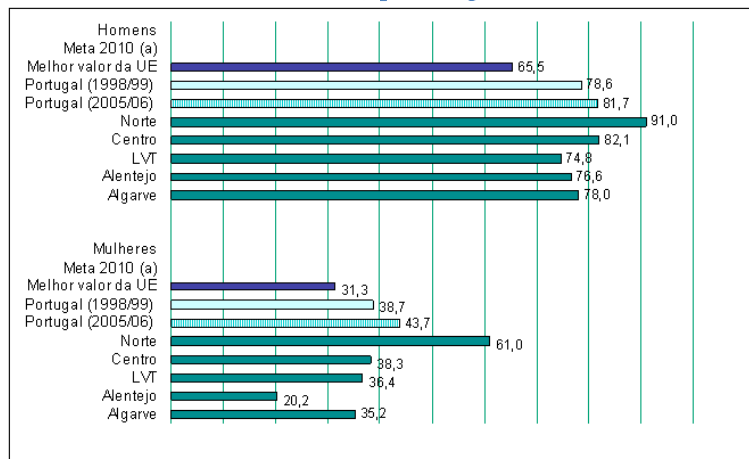
Figura 3 - Tabaco* - percentagem de indivíduos que fuma diariamente (65 a 74 anos), por Região (NUTS II de 1999)



* Inclui cigarros, charuto e cachimbo. (a) Calculada pelo INSA para Portugal Continental.
Fonte: PNS 2004-2010, Vol. 1, pág. 56. b) Não Disponível. Fonte: 3º e 4º INS, INSA/INE.

Relativamente ao consumo de álcool no grupo etário dos 65 aos 74 anos de idade (figura 4) constata-se um acréscimo nos períodos temporais em análise. Este hábito atinge valores elevados em todas as regiões, mas destaca-se a região norte com valores extremos. Apesar de ser um hábito preferencialmente masculino, tem também elevada expressão entre as mulheres atingindo valores muito elevados entre as mulheres da região Norte.

Figura 4 - Álcool* - percentagem de indivíduos que nos últimos 12 meses bebeu alguma bebida alcoólica (65 a 74 anos), por Região (NUTS II de 1999)

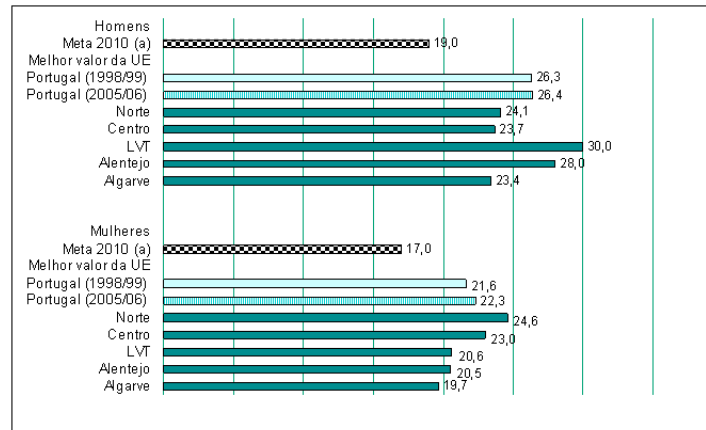


* Inclui vinho, cerveja, bagaço/aguardente/brandy, vinho do Porto/martini/licores, whisky/gin/vodka.
 (a) Espanha para ambos os sexos. Eurostat, 2007.
Fonte: 3º e 4º INS, INSA/INE.

No que diz respeito ao excesso de peso, constatamos que as pessoas da faixa etária 65-74 anos de idade apresentam valores consideravelmente superiores à meta fixada para 2010 e que no período em análise a situação não evoluiu favoravelmente. A problemática do excesso de peso atinge mais os homens que as mulheres e de entre estes, são os que habitam na região de Lisboa e Vale do Tejo e no Alentejo os que atingem valores mais elevados. Por sua vez, no caso das mulheres,

são as que habitam na região Norte e na de Lisboa e Vale do Tejo as que apresentam percentagens mais elevadas (figura 5).

Figura 5 - Peso - percentagem de indivíduos com Índice de Massa Corporal entre 27 e 29,9 (65 a 74 anos), por Região (NUTS II de 1999)



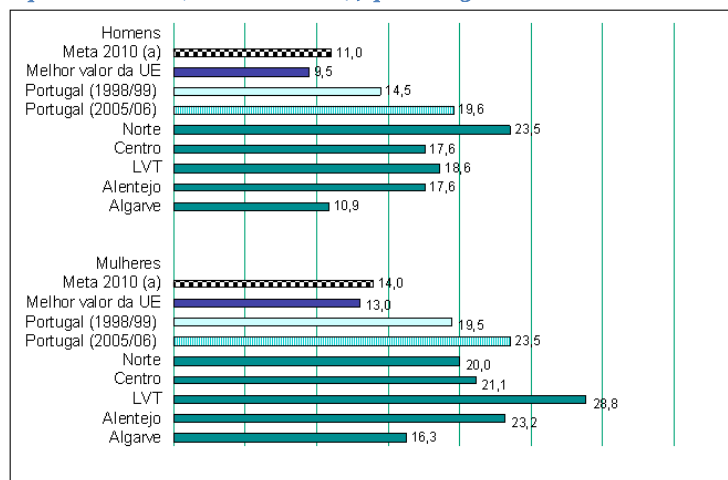
(a) Calculada pela DGS para Portugal Continental.

Fonte: PNS 2004-2010, Vol. 1, pág. 56. (b) Não Disponível. Fonte: 3º e 4º INS, INSA/INE.

A obesidade nesta faixa etária (64-75 anos) teve também uma evolução negativa, ou seja, aumentou a percentagem de pessoas obesas, afastando-se consideravelmente da meta fixada para 2010. A obesidade é um problema que atinge homens e mulheres, mas que se distribui de forma desigual pelas regiões.

Assim e relativamente aos homens, atinge maiores percentagens na região Norte e menores na região do Algarve. Relativamente às mulheres, atinge maiores percentagens no Alentejo e menores de novo no Algarve (figura 6).

Figura 6 - Obesidade - percentagem de indivíduos com Índice de Massa Corporal igual ou superior a 30 (65 a 74 anos), por Região



(a) Calculada pelo INSA para Portugal Continental.

Fonte: PNS 2004-2010, Vol. 1, pág. 56. (b) Holanda para o sexo masculino e Dinamarca para o sexo feminino. Fonte: 3º e 4º INS, INSA/INE.

Como forma de complementar a caracterização dos idosos, entendemos ainda ser adequado procedermos à apresentação de alguns resultados do último Inquérito Nacional de Saúde (2005-2006). Começamos por fazer referência às doenças crónicas auto referidas (ver tabela 7). Constatamos que a referência a grande parte das doenças crónicas aumenta com a idade. Todavia, pensamos que merecem especial atenção a doença reumática, a tensão arterial, a dor crónica e a osteoporose. Destacamos estas, naturalmente, porque apresentam valores mais elevados, mas também porque representam todas elas uma ameaça à funcionalidade (tabela 6).

Tabela 6 - População residente por tipo de doença crónica existente, sexo e grupo etário (continuação) - Portugal 2005/2006

Sexo/ Grupo etário	Percentagem da população residente que tem ou já teve:								
	Dia-betes	As-ma	Ten-são arterial alta	Dor crónica	Doença reumática	Osteoporose	Glaucoma	Retinopatia	Tumor maligno/ Cancro
Homens e Mulheres	6,5	5,5	19,8	16,0	16,0	6,2	0,7	0,8	1,9
65 a 74 anos	17,9	7,5	51,9	31,6	41,0	18,2	2,0	1,8	4,4
75 a 84 anos	17,8	7,1	51,3	34,4	47,2	18,0	2,7	2,9	5,9
85 anos ou mais	10,2	6,9	43,2	29,6	48,2	21,6	4,1	6,7	5,6

Sexo/ Grupo etário	Percentagem da população residente que tem ou já teve:									
	Pedra nos rins	Insuficiência renal	Ansi-edade crónica	Fer-rida crónica	Enfisema, Bronqui-te crónica	Acidente vascular cerebral	Obe-sida-dade	De-pres-são	Enfar-te do mio-cárdio	Outra doença crónica
Homens e Mulheres	4,8	1,5	4,5	0,9	3,6	1,6	3,8	8,2	1,3	24,3
65 a 74 anos	12,2	3,0	7,6	3,4	8,1	5,0	6,2	12,0	4,0	35,4
75 a 84 anos	9,7	4,2	7,5	3,6	10,9	7,6	4,2	8,2	6,7	34,5
85 anos ou mais	6,5	4,8	3,9	2,6	10,3	9,9	2,9	6,0	4,1	32,8

Fonte: INSA/INE - Quarto Inquérito Nacional de Saúde (2005-2006)

De referi também a distribuição da incapacidade temporária auto referida em função da idade. Tal como é patente na tabela 7, há dois dados que se destacam, relativamente ao Continente. O primeiro tem a ver com o facto de, mesmo em idades avançadas, a maioria das pessoas não refere incapacidade temporária. Apesar disso ser verdade, a incapacidade de maior duração (4 ou mais dias) tem tendência a aumentar com a idade. Na Madeira, mas principalmente nos Açores, a incapacidade de maior duração atinge valores consideravelmente mais elevados.

Também o nível de escolaridade pode ser considerado um indicador de saúde uma vez que o mesmo está muitas vezes associado a adopção de comportamentos e hábitos de saúde.

Considerando os dados do Inquérito ao Emprego de 2001, através do qual se determinaram os níveis de instrução da população idosa com base nas categorias da International Standard Classification of Education (ISCED) utilizada pelas Nações Unidas, verificou-se que mais de metade da população com 65 e mais anos (55,1%) não tinha qualquer nível de instrução, enquadrando-se no nível 0 do ISCED. Esta proporção é superior no caso das mulheres (64,7% contra 41,3% dos

homens). Em segundo lugar surge o nível 1 detido por 37,0% dos indivíduos idosos, com um peso relativo superior no caso dos homens (48,0% contra 29,3% das mulheres). Os níveis 2 a 6 do ISCED somam apenas 7,9% da população idosa, correspondendo a 3,4% os que detinham o nível 2 e a 2,4% os que detinham os níveis 5 e 6.

Tabela 7 - Distribuição da população residente com 1 ou mais anos de idade e com incapacidade temporária nas duas semanas anteriores à entrevista, por número de dias de permanência na cama (%), sexo e grupo etário, NUTS I, 2005/2006

NUTS I (CT, RAA, RAM)	Continente			R. A. Açores			R. A. Madeira		
	0 dias	1-3 dias	4 ou mais dias	0 dias	1-3 dias	4 ou mais dias	0 dias	1-3 dias	4 ou mais dias
Homens e Mulheres	55,1%	27,1%	17,7%	54,5%	24,6%	20,9%	44,5%	19,6%	35,8%
65 a 74 anos	53,8%	15,0%	31,1%	45,3%	21,6%	33,2%	31,4%	7,3%	61,3%
75 a 84 anos	50,6%	13,0%	36,4%	39,1%	13,6%	47,3%	32,5%	10,8%	56,7%
85 anos ou mais	53,5%	7,0%	39,5%	49,5%	x	50,5%	14,6%	x	85,4%

Fonte: INSA/INE - Quarto Inquérito Nacional de Saúde (2005-2006)

Pode concluir-se que a população idosa detém, de um modo geral, baixos níveis de instrução e, dentro desta, as mulheres registam níveis mais baixos que os homens.

Teorias do Envelhecimento

Tal como já foi referido anteriormente, não existe apenas uma, mas diversas teorias do envelhecimento. Muito menos existe uma teoria integradora que contemple os contributos das diversas teorias de diferentes áreas disciplinares. Deste modo, apresentamo-las de modo resumido, agrupadas em teorias biológicas, teorias psicológicas e teorias psicológicas

Teorias Biológicas do Envelhecimento

A primeira constatação relativamente às teorias biológicas é que não existe uma, mas diversas. Tal acentua a natureza complexa e multicausal do fenómeno do envelhecimento, mesmo ao nível biológico. Estas diversas teorias, de acordo com alguns autores (e.g., Cristofalo, Tresini, Francis, & Volker, 1999), podem agrupar-se em Teorias Estocásticas e Teorias de Desenvolvimento Genético.

As **Teorias Estocásticas** tentam explicar o processo de envelhecimento como o resultado da acumulação de agressões ambientais, as quais atingirão progressivamente um nível incompatível com a vida. Uma dessas teorias (Teoria da Mutação Somática) foi proposta por Failla (1958) no rescaldo da II Guerra Mundial e sustenta que mutações genéticas, resultantes de danos genéticos, produzirão incapacidade funcional e eventualmente a morte. Outra teoria que se pode englobar neste grupo é a Teoria do Erro Catastrófico, proposta por Orgell (1963) e posteriormente desenvolvida em diversos artigos. Nesta teoria o autor propõe que um defeito no mecanismo usado na

síntese de proteínas pode conduzir à produção de proteínas portadoras de erro, o que resultaria na desregulação de diversos processos celulares os quais poderiam conduzir à morte do indivíduo. A sustentação empírica de ambas as teorias é no entanto, pouco convincente, de acordo com alguns autores.

As **Teorias de Desenvolvimento Genético** propõem que o processo de envelhecimento é contínuo com os mecanismos de desenvolvimento e provavelmente opera através dos mesmos e portanto é geneticamente controlada e programada. Pelos menos três destas teorias têm alcançado evidência empírica. A **Teoria Neuroendócrina** proposta em 1954 pelo gerontologista Russo Vladimir Dilman, segundo a qual decréscimos funcionais nos neurónios e nas hormonas que lhes estão associadas são centrais no processo de envelhecimento. Segundo esta teoria o eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal é o primeiro regulador do processo de envelhecimento (Finch & Seeman, 1999). A **Teoria Imunológica do Envelhecimento**, proposta por Walford em 1962, baseia-se na constatação de que a capacidade funcional e fidelidade do sistema imunitário declina com a idade. Por sua vez a **Teoria dos Radicais Livres**, proposta por Harman em 1950 e posteriormente desenvolvida, sustenta que muitas das alterações da idade são devidas à produção de radicais livres durante a respiração celular. A acumulação de radicais livres¹⁴ vai danificando a célula e outras estruturas biológicas através de um processo oxidativo.

Todavia, outras teorias podem ser englobadas no grupo das Teorias Biológicas. De entre estas destacamos:

- **Teorias do Envelhecimento Celular**, as quais se têm desenvolvido em três direções: a primeira tem a ver com a análise genética da senescência, baseada principalmente na hibridização celular; a segunda refere-se à análise das etapas de crescimento do factor sinal de transdução; a terceira centra-se na replicação do ADN e no encurtamento dos telómeros como mecanismo que eventualmente limita a replicação.

- **Teorias Evolucionistas**, as quais tentam explicar a origem do envelhecimento bem como a divergência do ciclo de vida das espécies. Existem três teorias principais que sustentam as Teorias Evolucionistas. A **Teoria da Acumulação de Mutações**, proposta por Medawar (1952) e que afirma que o envelhecimento é um resultado inevitável do declínio da força de seleção natural com a idade (ou seja, os genes deletérios associados à senescência podem ser retardados até ao período pós-reprodutivo). Esta teoria pressupõe a acumulação hereditária de mutações constitucionais deletérias de ação tardia, distintas da acumulação somática de mutações. A **Teoria da Pleiotropia¹⁵ Antagonista**, proposta por Williams (1957), postula que há genes que têm efeitos positivos no início da vida e efeitos deletérios mais tarde. A **Disposable Soma Theory**, proposta por Kirkwood (1977), afirma que o envelhecimento decorre não da interferência direta dos genes mas da diminuição da eficácia dos mecanismos celulares e moleculares de manutenção

¹⁴ Qualquer átomo ou molécula que tem um electrão não emparelhado numa camada exterior.

¹⁵ Fenómeno em que um gene controla mais que um traço fenotípico de um organismo.

e reparação, facto que concorre para a senescência.

No grupo das Teorias Biológicas são, por fim, de considerar as **Teorias Neuropsicológicas do Envelhecimento**. Trata-se de uma área relativamente nova de desenvolvimento e foca-se na compreensão das alterações neurológicas e comportamentais decorrentes da idade. A investigação tem demonstrado que o envelhecimento normal provoca alterações neurofisiológicas localizadas, com mais expressão nos lobos frontais do cérebro, as quais têm consequências nos processos de controle de cognição.

De entre as Teorias Neuropsicológicas destacamos as **Teorias das Mudanças Típicas Relacionadas com a Idade** e as **Teorias das Mudanças Neurodegenerativas**. De acordo com a primeira destas teorias, compreendemos que há duas configurações de mudança major nas funções cognitivas relacionadas com a idade: mudanças no córtex pré-frontal e mudanças na capacidade de formação de memória declarativa ou explícita¹⁶. De acordo com a segunda (Teoria das Mudanças Neurodegenerativas), compreendemos que existem diversas ligações entre a idade e alterações neuropatológicas do cérebro as quais produzem défices degenerativos do funcionamento cognitivo observáveis (e.g., doenças de Alzheimer, dos corpos de Lewy, de Parkinson, de Huntington, epilepsia).

Teorias Psicológicas do Envelhecimento

As teorias psicológicas constituem-se como um outro grande grupo de teorias explicativas do processo de envelhecimento, podendo as mesmas dividir-se em função de diferentes critérios nem sempre mutuamente exclusivos (e.g., ramos - desenvolvimento cognitivo, desenvolvimento da personalidade, desenvolvimento social; áreas tópico - memória, aprendizagem, sensação e percepção, psicolinguística, etc.). As teorias psicológicas do envelhecimento (por vezes também designadas teorias psicossociais) tentam explicar as múltiplas alterações no comportamento individual ao longo desta fase do ciclo de vida. Também neste caso não existe uma teoria integradora, verificando-se antes um conjunto de teorias explicativas do processo de envelhecimento que passamos a referir.

Teoria do Desenvolvimento do Ciclo de Vida - Esta é uma das teorias mais citadas a qual teoriza não só o processo de desenvolvimento ao longo do envelhecimento, mas antes ao longo de todo o ciclo de vida. Conceptualiza que o desenvolvimento ontogénico é biológico e socialmente constituído e manifesta-se simultaneamente como desenvolvimento universal (homogeneidade) e variabilidade interindividual (e.g., diferenças genéticas e de classe social).

Usando esta perspectiva, Baltes & Smith (1999) identificaram três princípios que regulam a dinâmica entre a biologia e a cultura ao longo do ciclo de vida ontogénico: (1) os benefícios da seleção

¹⁶ Memória para factos e eventos (e.g., lembrança de datas, factos históricos, números de telefone). Reúne tudo o que podemos evocar por meio de palavras.

evolutiva diminuem com a idade; (2) a necessidade de cultura aumenta com a idade; e (3) a eficácia da cultura diminui com a idade. O seu foco incide sobre como essas dinâmicas contribuem para a expressão ideal do desenvolvimento humano e para a produção de resultados de aptidão adaptativa.

Otimização Seletiva com Teoria da Compensação - A teoria do desenvolvimento do ciclo de vida produziu uma teoria geral para explicar como os indivíduos gerem o desenvolvimento adaptativo na vida adulta, tendo identificado três mecanismos fundamentais: seleção, otimização e compensação. A seleção refere-se à crescente restrição de vida de um indivíduo para menos domínios de funcionamento devido a perdas relacionadas com a idade no intervalo do potencial adaptativo. Otimização tem a ver com a ideia de que as pessoas envolvem-se em comportamentos que aumentam ou enriquecem as suas reservas gerais e maximizam os percursos de vida escolhidos. A compensação resulta da restrição da faixa de potencial adaptativo e torna-se operacional quando capacidades comportamentais específicas são perdidas ou reduzidas abaixo de um padrão necessário para o funcionamento adequado.

Teoria da Seletividade Socioemocional - Trata-se de uma teoria motivacional do ciclo de vida, desenvolvida por Carstensen (1992). Nesta teoria combinam-se contributos da psicologia do desenvolvimento e da teoria das trocas sociais para explicar por que razão as trocas sociais e as redes de interação das pessoas idosas se vão reduzindo progressivamente (fenómeno que a Teoria do Desligamento tenta explicar). Através de mecanismos de seletividade socioemocional os indivíduos reduzem as interações com algumas pessoas à medida que a idade progride e incrementam a proximidade emocional com alguns significativos como por exemplo um filho adulto ou um irmão com idade próxima.

Cognição e Teorias do Envelhecimento - De acordo com os investigadores da cognição, podem distinguir-se dois tipos de capacidades cognitivas: inteligência fluida, a qual reflete determinantes genético-biológicos; e capacidades cristalizadas, a qual representa influências sócio-culturais no mundo do conhecimento. O primeiro fenómeno que as teorias da cognição tentam explicar é o declínio associado à idade na performance da cognição fluida. Parece haver um declínio das habilidades fluidas com a idade, contrariamente às habilidades cristalizadas as quais são mais estáveis, parecendo até manifestar algum desenvolvimento com a idade.

Personalidade e Teorias do Envelhecimento - Estas teorias focam-se na extensão e natureza da estabilidade e mudança da personalidade ao longo do ciclo de vida. Pode dizer-se que há dois tipos de explicação das mudanças relacionadas com a idade da personalidade. Primeiro, as explicações desenvolvimentais representadas pelos estádios de desenvolvimento tal como propostos por Erikson (1950) e outros. Segundo, as explicações dos traços de personalidade baseadas nos cinco grandes factores da personalidade (i.e., neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, amabilidade e conscienciosidade). As mais recentes investigações têm demonstrado uma razoável estabilidade destes traços, particularmente nas fases adulta e idosa.

No sentido de sistematizarmos o conhecimento produzido com base em algumas das teorias psicológicas, realizamos uma pesquisa nas bases CINAHL, e MEDLINE, com a orientação do Medical Subject Headings¹⁷ ("Theory of aging", "elderly", "Aged: 65+ years" 80, and over), considerando como critério de seleção os níveis de relevância. Apresentamos de seguida os resultados alcançados.

McFarland, Ross e Giltrow (2002) observaram uma relação direta entre as memórias anteriores, os declínios funcionais e cognitivos, existindo uma relação direta com a idade. A teoria da carga cognitiva assenta nos pressupostos da necessidade da capacidade cognitiva, de processamento de decisões e da estimulação da utilização do conhecimento adquirido em novas situações (van Gerven et al, 2002). O envelhecimento cognitivo traz vários declínios da memória, capacidade de trabalho, que impedem a aquisição de competências cognitivas complexas.

Observou-se uma relação entre o tipo de personalidade, as personalidades fictícias, as experiências vividas, os fatores cognitivos ao nível do envelhecimento e uma relação direta entre o conhecimento e os níveis a declínio cognitivo (Storck e And, 2007).

Para Sharps (2007) o envelhecimento está relacionado com a diminuição da velocidade de raciocínio, diminuição da memória, da tomada de decisão em situações mais complexas, com implicações na diminuição da aprendizagem social e declínio relacionados com a idade.

A teoria do envelhecimento cognitivo postula que as mudanças funcionais do envelhecimento fazem parte de um processo de vida no sentido de se conjugar com os declínios cognitivos associado ao envelhecimento. Neste sentido os estudos comportamentais realizados, mostraram que o envelhecimento está associado ao declínio cognitivo e funcional, com a preservação de habilidades cognitivas seletivas (Goh e Park, 2009).

Benjamin (2010) refere que as pessoas idosas apresentam défices ao nível dos processos psicológicos. Esta conclusão baseia-se em grande parte nas interações empíricas, na observação dos comportamentos das pessoas com 65 e mais anos de idade e as repercussões nos processos de tomada de decisão.

Ao nível das teorias psicológicas que explicam o envelhecimento observamos a influência do processo de envelhecimento ao nível da cognição (van Gerven et al, 2002; Goh e Park, 2009), raciocínio (Sharps, 2007), memória (Sharps, 2007; McFarland, Ross e Giltrow 2002), capacidade de trabalho (van Gerven et al, 2002), com implicações ao nível aprendizagem social (Ross e Giltrow 2002), na personalidade (Sharps, 2007), da funcionalidade (McFarland, Ross e Giltrow, 2002; Goh e Park, 2009) e das tomadas de decisão (Benjamin, 2010).

¹⁷ MeSH terms, available online at <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>

Teorias Sociológicas do Envelhecimento

Pode dizer-se que as teorias sociológicas do envelhecimento estudam o contexto no qual o processo de desenvolvimento ocorre, portanto, a dimensão participação acaba por aparecer valorizada através destas teorias.

Do ponto de vista histórico podem referenciar-se como significativas um primeiro conjunto de quatro teorias: a **Teoria do Desligamento**, proposta por Cumming e Henry (1961), a qual tenta explicar o envelhecimento como um processo inevitável, no qual indivíduos e estruturas sociais se vão mútua e progressivamente descomprometendo em antecipação a uma morte inevitável; a **Teoria da Atividade**, da responsabilidade de Lemon, Bengtson, e Peterson (1972) e que, de algum modo, é o contraponto da anterior, na medida em que vê uma correlação positiva entre a participação e um envelhecimento saudável; e a **Teoria da Subcultura**, proposta por Rose (1964), focada na alteração de papéis nesta fase da vida.

Posteriormente, um novo grupo de teorias emergiu, das quais destacamos: a **Teoria da Continuidade**, proposta por Atchley (1993) e que defende que as pessoas idosas tentam manter as mesmas atividades, comportamentos, personalidade e relacionamentos que em fases anteriores; a **Teoria do Colapso Social e das Competências**, proposto por Kuypers & Bengtson (1973) e que demonstra como o processo de perda de capacidades de enfrentamento e o sentimento de inutilidade se desenvolvem; e a **Teoria das Trocas**, proposta por Dowd (1975), a qual explica que devido ao declínio dos recursos de poder, as pessoas idosas se vão tornando progressivamente incapazes de entrarem em relações de trocas equilibradas com outros grupos.

No presente momento algumas das teorias atrás referidas foram desenvolvidas e/ou reconfiguradas e outras emergiram. Assim, destacamos como mais relevantes:

- A **Teoria do Curso de Vida**, a qual sustenta que para se compreender o processo de envelhecimento de qualquer pessoa deve levar-se em linha de conta as principais forças psicológicas e sociais que condicionaram a pessoa ao longo do seu curso de vida. Discute-se se se trata de uma teoria ou de uma perspectiva. Existe porém consenso acerca da sua natureza multidisciplinar, sendo por isso discutível considerá-la exclusivamente sociológica;
- **Teoria das Trocas**, proposta por Dowd (1975) e já atrás referida;
- A **Perspectiva do Construtivismo Social**, marcada pela interacionismo simbólico de Mead, pela fenomenologia e pela etnometodologia, através da qual os investigadores tentam entender em que medida os processos de envelhecimento individual são influenciados pelas definições e estruturas sociais;
- **Teorias Feministas do Envelhecimento** as quais dão ênfase ao género como um princípio que organiza a vida social ao longo do ciclo de vida, logo também o processo de envelhecimento;

- **Perspectiva Político-Económica do Envelhecimento**, a qual engloba um conjunto de teorias marcadas de uma forma ou outra pelo marxismo, pela teoria do conflito e pela teoria crítica, as quais tentam explicar como é que a interação das forças políticas e económicas determina como os recursos sociais são alocados e como as variações no tratamento e estatuto dos idosos pode ser entendido examinando as políticas públicas, tendências económicas e factores sociais e estruturais.

Uma Perspectiva da Funcionalidade Humana

Pode afirmar-se que as diversas teorias atrás expostas acabam por evidenciar a pessoa no desenvolvimento de um conjunto de atividades num determinado contexto. Para o desenvolvimento dessas atividades, a pessoa faz uso das suas estruturas e funções corporais, as quais estão geneticamente determinadas e marcadas por um determinado percurso de vida. Por tais razões e porque independentemente da ocorrência ou não de processos patológicos, esta parece ser uma dimensão de grande relevo em qualquer momento do ciclo de vida, mas particularmente durante o processo de envelhecimento, entendemos ser adequado desenvolvermos o conceito de funcionalidade e apresentarmos a Classificação Internacional da Funcionalidade. Acresce às razões apresentadas o facto de ter sido com base nesta taxonomia que classificamos a funcionalidade dos idosos.

Conceito de Funcionalidade

A funcionalidade humana encontra-se definida de muitas maneiras. A definição de Jette & Haley (2000), refere-se à capacidade do indivíduo para realizar as atividades da vida diária e para participar em várias situações da vida e da sociedade, incluindo desta maneira as dimensões, física, emocional e cognitiva. Logo, a avaliação funcional refere-se ao processo de identificar e descrever, num continuum, a funcionalidade da pessoa. Autores como Bierman (2001), e Bickenbach, (2003) afirmam que o estado funcional além de ser um indicador do estado de saúde, é um óptimo indicador de previsão dos custos dos cuidados de saúde na comunidade de pessoas idosas.

Desde 2001 que o Relatório do Comité de Qualidade dos Serviços de Saúde, do Instituto de Medicina do Canadá, refere que cuidados de saúde de qualidade devem estar centrados na optimização do estado funcional, que é a principal preocupação dos pacientes e das suas famílias (Clauser, 2003). Em alguns países (e.g., Canadá, Austrália, Itália), a avaliação da funcionalidade faz parte de alguns programas com o objectivo de ser utilizada não só como indicador de necessidades e ganhos em saúde, mas também como indicador do desempenho dos serviços de saúde.

Assim, decidimos adotar o conceito de funcionalidade da CIF (2004), por agrupar diferentes domínios de uma pessoa com uma determinada condição de saúde. Deste modo, funcionalidade é o conceito que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação; em contraponto, incapacidade é um conceito que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação. Estes conceitos permitirão relacionar vários perfis da funcionalidade, incapacidade e saúde

das pessoas com 65 e mais anos de idade, por grupo etário e sexo.

Sendo este um conceito amplo, como propõe a CIF (2004), sentimos necessidade de definir o conceito de estado funcional, o qual pode ser entendido simultaneamente como um indicador de necessidade de cuidados e como variável de resultado da intervenção estruturada dos cuidados de saúde. Doran (2011), define estado funcional como um conceito multidimensional, que integra os factores comportamentais (desempenho, como por exemplo nas atividades de vida diária), factores psicológicos (por exemplo, humor), factores cognitivos (por exemplo, atenção e concentração) e factores sociais (atividades associadas, às várias estádios de desenvolvimento).

Na actual nomenclatura da CIF, o estado de saúde do indivíduo é abordado segundo um conceito positivo, enfatizando os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas e os seus factores contextuais (Swanson et al., 2006). Os factores contextuais representam o histórico completo da vida e do estilo de vida de um indivíduo. Eles incluem dois componentes: Factores Ambientais e Factores Pessoais – que podem ter efeito num indivíduo com uma determinada condição de saúde e sobre a saúde e os estados relacionados com a saúde (figura 7). O constructo básico do componente dos Factores Ambientais é o impacto facilitador ou barreira das características do mundo físico, social e atitudinal. A título de exemplo, duas pessoas com a mesma dor podem ter níveis diferentes de funcionamento, e duas pessoas com o mesmo nível de funcionamento, não têm necessariamente a mesma tipologia e intensidade de dor. O nível de funcionalidades de ambas as pessoas está dependente dos diversos factores contextuais quer ambientais, quer pessoais.

Esta classificação tem sido utilizada como uma ferramenta em vários níveis: estatístico, na investigação, na avaliação clínica, ao nível da política social e como uma ferramenta pedagógica (Brach et al., 2004; Cieza et al., 2004). Este instrumento permite definir o perfil epidemiológico da funcionalidade e conseqüente definição de projecções de cuidados de saúde sustentados na evidência encontrada, com base nos indicadores da incapacidade.

Classificação Internacional da Funcionalidade

Para classificar a Funcionalidade a Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovou a «Classificação Internacional de Funcionalidades» (CIF), que, juntamente com a Classificação Internacional de doenças (CID) permite, de forma ampla e ao mesmo tempo fiável, conhecer a saúde de uma população e a maneira como o ambiente interage com o indivíduo dificultando ou promovendo uma vida em todo o seu potencial. Estas classificações fornecem um sistema para codificação de uma ampla gama de informações. Nestas classificações utiliza-se uma linguagem comum e padronizada para permitir a comunicação em todo o mundo, entre várias disciplinas e ciências.

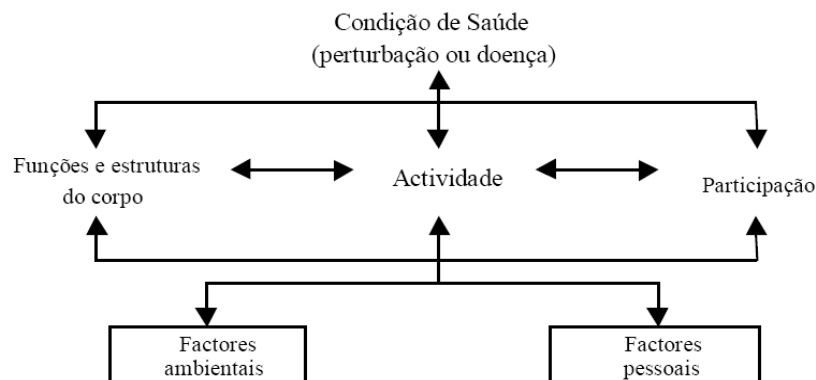
Os objectivos específicos da CIF podem resumir-se em:

- Proporcionar uma base científica para a compreensão e estudo da saúde e dos estados relacionados com ela;

- Estabelecer uma linguagem comum para descrever a saúde e os estados relacionados com ela, para melhorar a comunicação entre os distintos utilizadores, tais como profissionais da saúde, investigadores, gestores de políticas sanitárias e a população geral, incluindo as pessoas com incapacidades;
- Permitir a comparação de dados entre países, entre entidades sanitárias, entre os serviços, e em diferentes momentos ao longo do tempo;
- Proporcionar um esquema de codificação sistematizado para ser aplicado nos sistemas de informação sanitária.

Esta classificação tem sido utilizada como uma ferramenta em vários níveis, nomeadamente, estatístico (na colheita e registo de dados da população), na investigação (para medir resultados, a qualidade de vida ou os fatores ambientais), na avaliação clínica (avaliar necessidades, avaliar as aptidões profissionais, a reabilitação e os resultados), ao nível da política social (no planeamento de sistemas de segurança social, de sistemas de compensação e nos projetos e no desenvolvimento de políticas) e como uma ferramenta pedagógica (na elaboração de programas educacionais, para aumentar a consciencialização e realizar ações sociais) (Pereira, 2008). Com base nas várias vertentes da utilização desta linguagem já relatadas, entendemos ser um instrumento singular no sentido de irmos a determinar o perfil epidemiológico da funcionalidade das pessoas com 65 e mais anos de idade e conseqüentemente a dar resposta aos objetivos propostos para este estudo.

Figura 7 - Interação entre os componentes da CIF



Para se obter a integração das várias perspetivas de funcionalidade a CIF utiliza uma abordagem "biopsicossocial", tentando chegar a uma síntese que ofereça uma visão coerente das diferentes perspetivas de saúde: biológica, individual e social (Mueller et al., 2008). Apesar desta classificação assumir que não tem uma abordagem tipo "determinantes em saúde" ou "fatores de risco", foi adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas para proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo dos determinantes de saúde, dos resultados e condições relacionadas com a saúde, uma vez que inclui uma lista de fatores ambientais que descrevem o contexto onde o indivíduo vive (Mueller et al., 2008).

A CIF e o envelhecimento

O aumento da esperança de vida e as alterações demográficas verificadas nas últimas décadas trouxeram um conseqüente aumento da cronicidade e dos problemas de incapacidade. Os indicadores de incapacidade, nomeadamente os de limitação de atividade e os indicadores de limitação de capacidade funcional, permitem definir posteriormente, necessidades de cuidados de saúde (O'Donovan, Doyle e Gallagher, 2009).

Neste sentido, importa desenvolver um instrumento de avaliação dos idosos (Bowling, Gooberman-Hill e Ebrahim, 2007; Grill et al, 2007), com base numa classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde. Tal instrumento possibilitará a disseminação no Sistema de Saúde Português e ao mesmo tempo pode configurar-se como uma mais-valia no desenvolvimento e monitorização dos índices da saúde dos portugueses, que se possam vir a traduzir na demonstração de ganhos ao nível dos indicadores de saúde e económicos (Grill et al, 2007).

Classificar saúde permite obter uma imagem instantânea do estado de saúde e bem-estar de um indivíduo (Bowling, Gooberman-Hill e Ebrahim, 2007), possibilita aos profissionais de saúde obter um quadro completo dos seus utentes ou às autoridades de saúde a identificação de padrões de necessidades das populações (Swanson et al, 2006), assim como diagnosticar, examinar e/ou detetar a presença de problemas de saúde e identificar necessidades de cuidados de saúde (Grill et al, 2007; Bartholomeyczik et al, 2006; O'Donovan, Doyle e Gallagher, 2009). A medição do estado de saúde impõe o uso de indicadores que revelem a presença/ausência de doença, indicadores que reflitam o estado de saúde na sua perspetiva mais positiva ou seja, aqueles que melhor espelham os níveis de bem-estar físico, psíquico e social do indivíduo e das populações. Os indicadores de saúde permitem ainda uma análise das diferenças no estado de saúde, diagnóstico da doença, predição de necessidades de cuidados e avaliação de resultados dos cuidados de saúde (O'Donovan, Doyle e Gallagher, 2009).

Em vários países (e.g. Alemanha, Austrália, Estados Unidos, França, Hungria, Itália, Finlândia), têm-se desenvolvido um conjunto de estratégias de implementação da CIF (Pereira, 2008). Estas assentam na criação de material de ensino, aplicação da *check-list*, desenvolvimento de *Core Sets* específicos para as doenças crónicas, financiamento de projetos de investigação e na introdução da CIF nos *curricula* universitários. Como se pode observar através destas estratégias de intervenção, têm-se desenvolvido a partir da CIF *Core Sets* específicos das doenças crónicas. Pensamos que, de algum modo, tal desvirtua a essência da criação da CIF, uma vez que esta foi criada essencialmente para medir a saúde e a incapacidade da pessoa como um todo e não em função de uma patologia.

Com estes argumentos, decidimos neste estudo criar um instrumento de medida, que possa avaliar a funcionalidade das pessoas com 65 e mais anos de idade.

Classificação da funcionalidade dos idosos tendo por referência a CIF

Após revisão sistemática da literatura (anexo 1), foram identificados um conjunto de códigos das diversas categorias da CIF, utilizados na classificação das pessoas com mais de 65 anos de idade.

Relativamente ao diferentes constructos as categorias identificadas foram:

- **Funções do Corpo** - b110 Funções da consciência, b114 Funções da orientação, b130 Funções da energia e dos impulsos, b134 Funções do sono, b140 Funções da atenção, b144 Funções da memória, b152 Funções emocionais, b167 Funções mentais da linguagem, b210 Funções da visão, b230 Funções auditivas, b280 Sensação de dor, b310 Funções da voz, b410 Funções cardíacas, b420 Funções da pressão arterial, b430 Funções do sistema hematológico, b435 Funções do sistema imunológico, b440 Funções da respiração, b510 Funções de ingestão, b525 Funções de defecação, b620 Funções miccionais, b710 Funções da mobilidade das articulações, b730 Funções da força muscular, b735 Funções do tônus muscular, b770 Funções relacionadas com o padrão de marcha;
- **Estruturas do Corpo** - s110 Estrutura do cérebro, s410 Estrutura do aparelho cardiovascular, s430 Estrutura do aparelho respiratório, s760 Estrutura do tronco;
- **Atividades de Participação** - d110 Observar, d155 Adquirir competências, d160 Concentrar a atenção, d166 Ler, d170 Escrever, d175 Resolver problemas, d177 Tomar decisões, d220 Realizar tarefas múltiplas, d230 Realizar a rotina diária, d240 Lidar com o stress e outras exigências psicológicas, d310 Comunicar e receber mensagens orais, d315 Comunicar e receber mensagens não verbais, d330 Falar, d335 Produzir mensagens não verbais, d345 Escrever mensagens, d350 Conversação, d360 Utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação, d410 Mudar a posição básica do corpo, d415 Manter a posição do corpo, d420 Auto-transferências, d430 Levantar e transportar objetos, d440 Utilização de movimentos finos da mão, d445 Utilização da mão e do braço, d450 Andar, d460 Deslocar-se por diferentes locais, d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento, d540 Vestir-se, d550 Comer, d560 Beber, d570 Cuidar da própria saúde, d620 Aquisição de bens e serviços, d640 Realizar as tarefas domésticas, d760 Relacionamentos familiares, d910 Vida comunitária;
- **Fatores Ambientais** - e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal, e115 Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária, e120 Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em espaços interiores e exteriores, e125 Produtos e tecnologias para a comunicação, e150 Arquitetura, construção, materiais e tecnologias arquitectónicas em prédios para uso público, e260 Qualidade do ar, e310 Família próxima, e315 Família alargada, e320 Amigos, e355 Profissionais de saúde, e360 Outros profissionais, e410 Atitudes individuais de membros da família próxima, e415 Atitudes individuais de membros da família alargada, e420 Atitudes individuais de amigos, e450 Atitudes individuais de profissionais de saúde, e455 Atitudes individuais de outros

profissionais, e465 Normas, práticas e ideologias sociais, e570 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a segurança social, e575 Serviços, sistemas e políticas relacionados com o apoio social geral, e580 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde.

De entre os principais achados desta revisão sistemática destacamos ainda a elevada taxa de códigos encontrados no constructo atividades de participação (40,03%), e a pouca referência de códigos no constructo estruturas do corpo (5,06%).

A Saúde Oral nos Idosos

O envelhecimento da população tem despertado interesse para as peculiaridades desta faixa etária, alertando para as suas necessidades de saúde, sociais e económicas (Henriques et al., 2007).

Em relação às condições de saúde oral desta população, tende a existir uma deterioração com o aumento da idade e das doenças sistémicas associadas (Silva et al., 2005) tais como, patologia cardíaca, metabólica (p. ex., diabetes), infecciosa e neoplásica (Albert, 2008).

Embora muito se especule sobre os mecanismos que conduzem à diminuição da saúde geral dos idosos, da sua funcionalidade e das estratégias terapêuticas disponíveis, pouca atenção se dá a muitos aspetos da prevenção das doenças orais (Albert, 2008; Vanobbergen, 2010).

As manifestações orais mais frequentes nos idosos são a prevalência do edentulismo (falta de dentes); lesões que afetam os tecidos duros e moles; como as cáries dentárias; a doença periodontal; alteração dos níveis de pH salivar; xerostomia e lesões neoplásicas e pré-neoplásicas da mucosa oral (Peterson, 2005; Albert, 2008; Vanobbergen, 2010).

Sabe-se que a prática da medicina dentária que considera a extração dentária a solução para o alívio da dor em populações de baixo nível socioeconómico, exercem um importante papel na prevalência do edentulismo. Embora existam poucos registos de saúde oral, sabe-se que existe um aumento expressivo das perdas dentárias de acordo com a idade.

O número de dentes presentes interfere diretamente na qualidade de vida dos indivíduos, com limitação das funções nutricionais, de fonação, estética e relações sociais (Silva, 2009; Vanobbergen, 2010; Mello, 2010). Como tal, a avaliação dos fatores associados às perdas dentárias em idosos é de grande relevância em termos de saúde pública (Silva, 2009).

O número de dentes de uma dentição funcional satisfatória tem sido alvo de interesse. Considera-se dentição funcional, em indivíduos com idade superior a 45 anos, vinte dentes em oclusão, dos quais estão presentes oito incisivos, quatro caninos e oito pré-molares (Kayser, 1984; Mendonça et al., 2010). Quanto menor o número de dentes, maior a probabilidade de ter perdido dentes funcionais e de sofrer de um estado nutricional comprometido (Savoca et al., 2010).

Nos últimos anos, cresceu a preocupação em avaliar o impacto da perda dentária e da utilização de próteses removíveis na qualidade de vida das pessoas e os estudos demonstram que as repercussões são importantes e não podem ser ignoradas (Silva et al., 2010).

Estudos sobre a auto percepção revelam que a prevalência do edentulismo encontra-se relacionada com impactos estéticos, funcionais, psicológicos e sociais (Teófilo e Leles, 2007).

Diversos autores (Frare et al., 1997; Costa et al., 2010; Silva et al., 2010), referem que muitos indivíduos desdentados não utilizam as suas próteses, devido ao desconforto e alterações no discurso, problemas de aceitação física com diminuição da autoestima, dificuldade de socialização, sentimentos de envelhecimento e de humilhação. Além de alertarem para o facto das condições precárias de saúde oral estarem associadas a condições socioeconómicas desfavoráveis, saúde debilitada, hábitos e comportamentos prejudiciais (Silva et al., 2010).

Face a este quadro e à ausência de programas dirigidos para a população idosa, considera-se de enorme relevância, a obtenção de dados epidemiológicos, de modo a quantificar as condições de saúde oral dos indivíduos, para serem utilizados no planeamento, organização e monitorização dos serviços de saúde prestados. Na sua grande maioria, os estudos existentes nesta área, baseiam-se em índices que fornecem dados quantitativos, considerando apenas a visão do profissional de saúde. A tendência atual é para que além da obtenção de dados quantitativos, sejam também obtidos dados qualitativos, através da auto percepção, na qual o próprio indivíduo percebe as suas condições de saúde oral e as necessidades de tratamento (Silva et al., 2005; Henriques et al., 2007).

A Saúde Oral e a Funcionalidade

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez”. A saúde não se define, assim pela simples ausência de doença. A avaliação da condição de saúde de uma população deve incluir outros elementos além da simples presença/ausência de doença. É neste sentido que se tem trabalhado nos últimos anos e por esse motivo se encontra justificado o aparecimento de “Indicadores Sócio dentários” e de “Qualidade de Vida em relação à Saúde Oral”. No mesmo sentido, as necessidades de tratamento não devem ser apenas consideradas como resultado de determinadas medidas clínicas, uma vez que elas não fazem referência à funcionalidade do indivíduo e da sua boca, nem à auto percepção de bem-estar, mal-estar ou dor (Martinicorena, 2005).

Assim a saúde oral, não pode ser considerada uma simples ausência de cáries, doença periodontal ou outra condição; inclui também o nível de bem-estar, e a ausência de dor ou desconforto funcional oral, que permitem ao indivíduo o desenvolvimento de uma vida normal e, em última instância, uma normal funcionalidade (Navazesh, 2009; WHO, 1997, 2009). É sobre este conceito de capacidade de funcional que assenta uma visão prática da saúde (Silva, 2009; WHO, 2009). A informação sobre o diagnóstico, e a funcionalidade, proporciona uma visão mais completa da condição de saú-

de oral (Martinicorena, 2005). É notório que a condição de saúde afeta a funcionalidade e a qualidade de vida das pessoas sendo que este fenômeno é mais evidente à medida que a idade aumenta.

Estudos vieram comprovar que as repercussões de uma saúde oral comprometida não se prendem apenas pelos tradicionais aspectos clínicos mas também afeta as atividades do dia-a-dia dos indivíduos (Silva et al., 2010).

A saúde oral também se encontra afetada através de alterações funcionais e da qualidade de vida das pessoas (McGrath; Bedi, 2002; Sheiham et al., 2002; Martinicorena, 2005). Do ponto de vista prático, é possível definir qualidade de vida como o valor que as pessoas dão a uma série de fatores que afetam as suas vidas e o seu bem-estar. Estes fatores podem agrupar-se em quatro categorias: 1) fatores funcionais, 2) fatores psicológicos, 3) fatores sociais e 4) existência de mal-estar e dor (Martinicorena, 2005).

Envelhecimento e Violência

O termo “violência” deriva do termo latino, *violentia*, e significa força violenta, ou ainda recurso à força para submeter alguém contra sua vontade (Oliveira & Martins, 2007). Por sua vez, a OMS define violência como “*o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento e privação*” (OMS, 2002, p.5).

O comportamento violento não é exclusivo dos humanos, parecendo antes estar associado a quase todos os seres vivos, desencadeando-se pelas mais diversas razões, normalmente associadas a lutas de poder e dominação.

Porém, ao longo da história da humanidade, diversos acontecimentos foram alterando paulatinamente o entendimento da violência entre humanos. Atualmente e do ponto de vista conceptual, prevalece a perspectiva afirmada logo no artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos que afirma que “*todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade*”, a qual exclui qualquer tipo de violência.

Apesar disso, a violência entre humanos não foi erradicada, persistindo sobre as mais diversas formas e expressões, desde a violência coletiva (e.g. guerras), à violência interpessoal (e.g., entre parceiros) ou à violência autoinfligida (e.g., suicídio), desde a violência física à violência psicológica. Razões pelas quais se têm desenvolvido diversas teorias que de algum modo, tentam explicar o fenômeno da violência entre humanos. Tendo em consideração o escopo deste trabalho, referimos algumas das consideramos mais relevantes para a compreensão da violência sobre idosos:

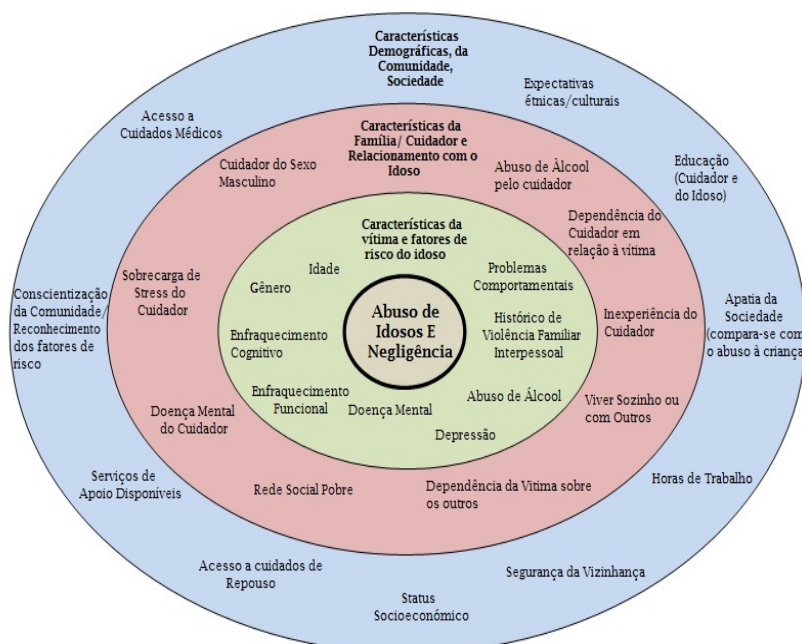
- **Teoria da Aprendizagem Intergeracional** (ou social) a qual afirma que a violên-

cia é um comportamento aprendido (Fulmer et al., 2004).

- **Teoria situacional:** defende a ideia de que quanto maior o stress do cuidador mais prováveis são os abusos contra idosos (Fulmer et al., 2004).
- **Teoria da Troca:** aborda a dependência dos idosos sobre seus cuidadores e vice-versa (Fulmer et al., 2004).
- **Teoria Político-Económica:** trata da mudança de papéis em que a pessoa passa de adulto a idoso. Sua perda de independência e de renda pode levá-los a olhar para os outros para o cuidado e apoio (Fulmer et al., 2004).
- **Teoria da Psicopatologia do Cuidador:** afirma que os cuidadores com graves problemas de saúde mental, emocional ou vícios colocam os idosos em risco de serem abusados (Muehlbauer e Crane, 2006).
- **Teoria do Isolamento Social:** defende que o apoio comunitário, a integração na rede alargada das relações de parentesco e de vizinhança surgem como medidas inibidoras da prática de abuso de idosos (Dias, 2004).

Para além destas teorias é de referir ainda o trabalho desenvolvido por Thomson et al (2011) os quais, com base na análise dos casos reportados entre 2006 e 2009 ao Milwaukee County Department on Aging, tentaram o perfil de violência em Milwaukee County, considerando as características da vítima, do agressor e da pessoa que reporta a situação de violência. Os resultados desse estudo são os que se encontram resumidos na figura 8.

Figura 8 - Perfil de violência considerando as características da vítima, do agressor e da pessoa que reporta a situação



Fonte: Thomson et al (2011)

Existem diversos outros contributos que nos ajudam a compreender a problemática da violência sobre idosos, dos quais destacamos:

- Perel-Levin (2008) afirma que a relação de confiança entre as vítimas e o agressor - como parceiros, filhos, sogros, netos, enfermeiras, assistentes sociais e cuidadores - é o cerne da questão. Essa relação pode ser formal ou informal, realizado voluntariamente ou imposta por um costume jurídico ou social.
- Quando a pessoa se sente obrigada a cuidar, a dívida de reciprocidade desperta sentimentos ambíguos, que podem conduzir à agressão (Zarit et al, 1996). É possível que o cuidador esteja sobrecarregado física e psicologicamente, carecendo de apoio de diferentes ordens (Silveira, Caldas e Carneiro, 2006).
- Fatores que impedem a comunicação de abuso por parte do idoso incluem o medo, vergonha, culpa, falta de confiança na capacidade de reconhecer o abuso, a dúvida que as informações permanecerão confidenciais ou que o abuso poderá ser investigado, e medo de represálias ou uma piora na relação com o cuidador que já é negativa (Caple e Schub, 2011).

Teaster et al. (2007), de algum modo, sistematizam o que já se sabe sobre violência sobre idosos da seguinte forma::

- Tem havido um aumento significativo de relatos de abuso e negligência sobre idosos nos últimos 10 anos;
- Geralmente, o abuso e negligência sobre idosos envolve mulher caucasianas idosas vivendo sozinhas ou com membros da família, com depressão e/ou com demência e precisando de assistência nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais de vida;
- A forma predominante de abuso reportado é a negligência;
- Em contexto comunitário, os abusadores tendem a ser membros da família;
- Em contextos institucionais os abusadores não são só familiares mas também elementos do *staff* e outros residentes.

De acordo com os diversos contributos teóricos referidos pode-se afirmar que normalmente a violência é exercida sobre os considerados mais frágeis ou vulneráveis, razão pela qual os idosos são referidos com frequência como “vítimas por excelência”, considerando os diversos critérios de fragilidade que podem acumular (e.g., potencial degradação da sua condição de saúde com implicações ao nível da sua funcionalidade).

De acordo com a Declaração de Toronto para a Prevenção Global do Abuso de Idosos (2002), o “abuso de idosos é um ato único ou repetido, ou a falta de medidas adequadas, ocorrendo dentro de qualquer relacionamento onde há uma expectativa de confiança que cause dano ou sofrimento a uma pessoa idosa”.

A violência sobre idosos pode assumir diferentes formas. As adoptadas neste estudo decorrem do

instrumento adoptado (ABUEL - Abuse of Elderly in Europe¹⁸) e foram:

- ✓ Violência Física,
- ✓ Lesões Físicas,
- ✓ Violência Psicológica,
- ✓ Violência Sexual,
- ✓ Violência Financeira e
- ✓ Negligência.

Por **violência física** entende-se qualquer ação ou omissão que coloque em risco a integridade física da pessoa idosa e inclui entre outros, bater, empurrar, compelir, arranhar ou restringir. As **Lesões físicas** definem-se como o resultado de qualquer ação ou omissão que cause dano à integridade física de uma pessoa. A **violência psicológica** é a ameaça direta ou indireta, humilhação, isolamento ou qualquer outra conduta que implique prejuízo à saúde psicológica, à autodeterminação ou ao desenvolvimento pessoal (APAV, 2004; II PNCVD, 2003). A **violência sexual** é a ação que obriga uma pessoa a manter contacto sexual, físico ou verbal, ou a participar em qualquer ato sexual com uso da força, intimidação, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule ou limite a autonomia pessoal. Por abuso ou **violência financeira** entende-se toda a ação destinada a controlar as finanças de alguém, quer seja através da retenção/limitação do dinheiro ou dos cartões, controle dos gastos, acumulação deliberada de dívidas ou forçando alguém a trabalhar, entre outros. A Negligência verifica-se quando existe uma relação de dependência na qual necessidades específicas de uns só podem ser supridas pelos seus cuidadores e define-se como uma atitude não acidental e que expressa uma ação negativa ou uma ausência voluntária de exercício desses cuidados pelos seus responsáveis, a qual tem repercussões graves na vida daquele que é cuidado. A ausência de cuidados, que configura a negligência, é também caracterizada pela dor ou pelo prejuízo que ela proporciona quando não supre necessidades fundamentais do outro.

¹⁸ <http://www.abuel.org/about/por.html> - consultado em 15-07-12

PLANO DE INVESTIGAÇÃO E MÉTODOS

Delimitação da problemática

A delimitação da problemática em estudo resulta da confluência de um conjunto de argumentos, de entre os quais destacamos:

- A população com idade superior a 65 anos terá exponencialmente maior representatividade demográfica (Pilichowski, 2007; 2005; Domeij & Flodén, 2006; Maggi, 1993; Lafortune, 2007).
- A esta população está frequentemente associado um aumento dos custos e recursos sociais e de “consumo” dos serviços de saúde (Dionísio, 2001; Bickenbach, 2003).
- À população idosa está também associada uma percepção social negativa e de incapacidade (Dionísio, 2001; DGS, 2004).
- A avaliação da condição de saúde é predominantemente feita pelo “somatório” das diversas doenças crónicas;
- Não existe estratificação desta população nem por níveis de incapacidade nem de funcionalidade.
- O estado funcional, além de ser um indicador do estado de saúde, é um óptimo indicador de previsão dos custos e recursos dos cuidados de saúde (Bickenbach, 2003; Cieza, 2004).
- Existe uma Classificação Internacional de Funcionalidade, adoptada por Portugal à qual são reconhecidas diversas vantagens de utilização e que não tem sido aplicada nesta população (Pereira, 2008).
- É desconhecido a relação da saúde oral com o nível de funcionalidade na população com idade superior a 65 anos.
- Tem havido um aumento significativo de relatos de abuso e negligência sobre idosos nos últimos 10 anos (Teaster et al., 2007).
- O conhecimento da prevalência de violência auto referida, no último ano e ao longo da vida, ajuda a compreender a dimensão da problemática da violência sobre idosos.

Problemas de investigação

Tendo em consideração a problemática enunciada, definimos dois problemas de investigação:

Qual o perfil epidemiológico da funcionalidade da população com idade superior a 65 anos residente no Alentejo?

Qual a prevalência no último ano e ao longo da vida de violência e negligência auto referidas, na população com idade superior a 65 anos residente no Alentejo?

Questão orientadora

Definimos como questão orientadora do estudo:

Qual o perfil epidemiológico de funcionalidade e a prevalência de violência da população com idade superior a 65 anos, tendo a classificação internacional de funcionalidade como referência?

Para dar resposta a esta questão foi identificado um objectivo geral de estudo que expressasse de modo genérico o contributo desta pesquisa.

Objectivos

Objectivos geral

Caracterizar a funcionalidade e a prevalência de violência da população do Alentejo com idade superior a 65 anos.

Foram identificados cinco objectivos específicos sequenciais, para os quais foram desenhados procedimentos metodológicos de investigação distintos, utilizando amostras diferentes, dentro do mesmo universo de estudo.

Objectivos específicos:

- a) Identificar os domínios e as categorias da CIF (códigos CIF) mais referidos para classificar a população com mais de 65 anos - revisão sistemática da literatura - objectivo alcançado com publicação de artigo na *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2011; 29 (1):53-63 (anexo 1);
- b) Desenhar e validar o instrumento de registo das dimensões da funcionalidade (anexo 2);
- c) Sinalizar as limitações funcionais da população com idade superior a 65 anos - aplicação de questionário com recursos a técnica de entrevista estruturada nas unidades funcionais dos agrupamentos de Centros de Saúde do Alentejo;
- d) Caracterizar a saúde oral da população com idade superior a 65 anos residente no Alentejo;
- e) Sinalizar as formas de violência mais referidas pela população com idade superior a 65 anos - aplicação de questionário com recursos a técnica de entrevista estruturada nas unidades funcionais dos agrupamentos de Centros de Saúde do Alentejo;

Pertinência do estudo

Entendemos que este estudo é extremamente pertinente porque contribui para:

- Aumentar o conhecimento epidemiológico da funcionalidade da população idosa do Alentejo;

- Caracterizar o estado de saúde de uma população por referência a indicadores de saúde e não de doença;
- Identificar necessidades em saúde, ignoradas até à data por falta de utilização de instrumentos que classifiquem a funcionalidade;
- Contribuir para o planeamento de serviços de assistência e serviços de saúde a disponibilizar à população com mais de 65 anos;
- Identificar as formas de violência mais referenciadas pela população com mais de 65 anos.

Metodologia

Para realizar este estudo foi necessário recorrer a diferentes metodologias para a concretização dos objectivos específicos atrás referidos, nomeadamente metodologias qualitativas e quantitativas segundo a natureza do objectivo do estudo (tabela 8).

Tabela 8 - Metodologias e Métodos de recolha de informação utilizados em cada objectivo específico

Objectivos específicos	Metodologia	Métodos de recolha de informação
Identificar os domínios e as categorias da CIF (códigos CIF) mais referidos para classificar a população com mais de 65 anos	Quantitativa	Revisão Sistemática da Literatura
Desenhar e validar o instrumento de registo das dimensões da funcionalidade	Qualitativa	Painel Delphi com duas rondas Técnica de Grupo Nominal
Sinalizar as limitações funcionais da população com idade superior a 65 anos	Quantitativa	Aplicação de questionário com recursos a técnica de entrevista estruturada
Caracterizar a saúde oral da população com idade superior a 65 anos residente no Alentejo	Quantitativa	Aplicação de questionário com recursos a técnica de entrevista estruturada
Sinalizar as formas de violência mais referidas pela população com idade superior a 65 anos	Quantitativa	Aplicação de questionário com recursos a técnica de entrevista estruturada

Tipo de Estudo

O estudo classifica-se com transversal e descritivo. Transversal porque tenta retratar a realidade num determinado momento e descritivo porque é um exercício exploratório que pretende descrever uma situação.

População e amostra

A população do objectivo geral do estudo foi constituída pelos idosos residentes na região do Alentejo (excluindo Lezíria). Contudo para os distintos métodos de recolha de informação foram identificadas diversas amostras, como se observa na Tabela 9.

Tabela 9 - Amostras definidas para os diferentes objectivos específicos e seus critérios de inclusão e exclusão

Método de recolha de informação	Critério de exclusão da amostra	Crítérios de inclusão na amostra	Amostra
Revisão Sistemática da Literatura	Artigos com metodologia pouco clara, repetidos nas duas bases de dados, com data anterior ao ano 2000 e todos aqueles sem relação com o objecto de estudo.	Artigos científicos publicados em texto integral, entre 2000/01/01 e 2010/01/31 por recurso à base dados electrónica EBSCO. Artigos que descrevem as categorias ou códigos de 1º e 2º nível da CIF, utilizados para descrever a funcionalidade população com mais de 65 anos.	17 artigos do total de 505
Panel Delphi	Profissionais de saúde com menos de 7 anos de experiência na área do envelhecimento e da CIF	Profissionais da área da saúde com experiência de investigação com população com mais de 65 anos; Conhecimento da CIF; Experiência profissional na área da gestão ou direcção de serviços; Experiência na atividade de docência; Publicação ou apresentação de trabalho nas áreas do envelhecimento ou CIF.	11 peritos
Técnica de Grupo Nominal	Profissionais de saúde com menos de 7 anos de experiencia na área do envelhecimento e da CIF	Profissionais da área da saúde com experiencia de investigação com população com mais de 65 anos; Conhecimento da CIF; Experiência profissional na área da gestão ou direcção de serviços; Experiência na atividade de docência; Publicação ou apresentação de trabalho nas áreas do envelhecimento ou CIF.	7 peritos
Questionário	Homens e mulheres com menos de 65 anos em 31 de Janeiro de 2011 não, registados nas bases de dados da Administração Regional de Saúde do Alentejo (excluindo Lezíria)	Homens e mulheres com mais de 65 anos a 31 de Janeiro (inclusive) de 2011, registados nas bases de dados da Administração Regional de Saúde do Alentejo (excluindo Lezíria)	1518 indivíduos

Para definir a dimensão da amostra, correspondente ao objectivo geral consideraram-se dados disponibilizados no sítio do INE da População residente (N.º) por região, ao nível da NUTS II, Sexo e Grupo etário (65-74; 75-84; 85 e mais anos). O período de referência dos dados é 2009, uma vez que eram os últimos disponibilizados pelo INE à data. Considerou-se um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 2,5%, identificando-se uma amostra 1518 indivíduos com mais de 65 anos de ambos os sexos residentes na região do Alentejo. Para estratificar a amostra recorreu-se as seguintes critérios: intervalos etários (65-74, 75-84, + 85); sexo; concelho de residência.

A repartição da dimensão total da amostra pelos estratos foi feita pela afetação óptima de Neyman. O dimensionamento inicial da amostra foi feito considerando a ponderação de cada estrato em função da sua dimensão na base de amostragem e da variabilidade (o facto de não se conhecer a variância leva-nos a usar variância máxima).

A seleção da amostra foi efetuada, em cada estrato, mediante seleção aleatória simples sem repo-

sição, com utilização de números aleatórios em cada estrato. Para a seleção da amostra foram utilizadas as bases de dados dos centros de saúde.

Após a transferência de dados para o *Software SPSS*[®] versão 18, realizou-se a aleatorização seguindo os procedimentos apresentados no anexo 3.

Descrição das Fases e Resultados

O estudo organizou-se sequencialmente em função dos seus objectivos específicos. As diversas fases, assim como resultados deste estudo estão associadas aos respectivos objectivos específicos como se pode verificar na Tabela 10.

Tabela 10 - Procedimentos e resultados definidos por cada objectivo específico

Objectivos específicos	Fases e Procedimentos	Resultados
Identificar os domínios e as categorias da CIF (códigos CIF) mais referidos para classificar a população com mais de 65 anos	Revisão Sistemática da Literatura	Anexo 1
Desenhar e validar o instrumento de registo das dimensões da funcionalidade	Painel Delphi com duas rondas	Anexo 2
	Técnica de Grupo Nominal	Anexo 3
	Desenho do Instrumento e do manual de utilização	Anexo 4
	Formação dos entrevistadores (Anexo 8)	
	Aplicação do questionário no modelo pré-teste	Validação de conteúdo e forma do questionário
	Aplicação do instrumento final	
Sinalizar as limitações funcionais da população com idade superior a 65 anos	- Introdução dos dados	Análise descritiva
	- Análise dos dados	Análise Correlacional

Sendo um estudo pioneiro na classificação da funcionalidade em Portugal, não se encontrou nenhuma referência de instrumentos que classifiquem ou avaliem todas as dimensões da funcionalidade referenciadas na CIF. Para o efeito realizou-se uma pesquisa nacional no repositório dos institutos/escolas/faculdades de ensino superior, assim como a consulta do Repositório de Instrumentos de Medidas e Avaliação em Saúde (RIMAS), da Faculdade de Economia de Coimbra. Esta pesquisa permitiu identificar vários instrumentos de avaliação utilizados para classificar ou avaliar diversas dimensões da funcionalidade, nomeadamente as dimensões da funcionalidade identificadas no Painel de Delphi. Nesta sequência construiu-se um instrumento que classifica a funcionalidade da população com mais de 65 anos, em todas as dimensões da funcionalidade, por recurso a instrumentos validados para a População Portuguesa (Tabela 11).

Tabela 11 - Dimensões, variáveis e instrumentos de referência para a construção dos instrumentos de coleta de dados.

Dimensão	Variáveis	Instrumentos de referência	Tipologia de resposta
Caracterização da amostra	Idade; sexo; estado civil; peso; altura; concelho de residência; nº de anos de escolaridade; diagnósticos clínicos; filiação; coabitação; ocupação; subsídio; acesso aos cuidados de saúde oral; situação financeira;	Inquérito Nacional de Saúde	Resposta fechada Escolha múltipla
Saúde Oral	Dor ou desconforto; mastigação; aspectos sociais	GOHAI	Resposta fechada Escolha única
Funções do Corpo	b110 Funções da consciência	Escala de Glasgow	Resposta fechada, com 5 opções de resposta. A categorização será feita com recurso ao modelo de qualificadores da CIF: 1= Nenhuma dificuldade = ≤5% 2= Dificuldade moderada = <25% 3 = Dificuldade grave = ≥ 25% 4 = Dificuldade completa = > 50% 9 = Não aplicável = > 95%
	b114 Funções da orientação	Mini-mental, questão 1	
	b134 Funções do sono		
	b140 Funções da atenção	Mini-mental, questão 2	
	b144 Funções da memória	Mini-mental, questões 4 e 5	
	b164 Funções cognitivas de nível superior	Mini-mental, questão 3	
	b210 Funções da visão	Índice de Katz item “Visão”	
	b230 Funções auditivas	Índice de Katz item “Audição”	
	b280 Sensação de dor	EVA	
	b420 Funções da pressão arterial	Esfigmomanómetro	
	b440 Funções da respiração	Frequência Respiratória	
	b455 Funções de tolerância ao exercício	Escala de Borg modificada	
	b525 Funções de defecação	Índice de KATZ item “continência”	
	b620 Funções miccionais	Índice de KATZ item «continência»	
	Estruturas do corpo	b710 Funções da mobilidade das articulações	
b730 Funções da força muscular		Teste muscular funcional	
b735 Funções do tônus muscular		Escala de Ash Worth modificada	
b770 Funções relacionadas com o padrão de marcha		Teste Tenetti	
Estruturas do corpo	s320 Estrutura da boca	Odontograma	
	s730 Estrutura do membro superior	Segmentos anatómicos	
	s750 Estrutura do membro inferior	Segmentos anatómicos	
	s810 Estrutura das áreas da pele	Body Chat	
Atividade de Participação	d110 Observar		Resposta fechada, com 5 opções de resposta. A categorização será feita com recurso ao modelo de qualificadores da CIF: 1= Nenhuma dificuldade = ≤5% 2= Dificuldade moderada = <25% 3 = Dificuldade grave = ≥ 25% 4 = Dificuldade completa = > 50% 9 = Não aplicável = > 95%
	d160 Concentrar a atenção		
	d166 Ler		
	d170 Escrever		
	d175 Resolver problemas		
	d230 Realizar a rotina diária	FIM item «comunicação» N, O”	
	d445 Utilização da mão e do braço		
	d310 Comunicar e receber mensagens orais	Índice de Katz item «falar»	
	d330 Falar		
	d350 Conversação		
	d450 Andar	SF36, item “3.g, h, i”	
	d455 Deslocar-se	SF36, item “3.a, b, d, e, f, ” FIM item “locomoção, M”	
d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	FIM item “locomoção, L”		
d520 Cuidar de partes do corpo	Índice de KATZ item “tomar banho” e “continência” SF36, item “3.j” FIM item “autocuidados B, C”		
d530 Cuidados relacionados com os processos de excreção	Índice de KATZ item “continência” e “casa de banho”		

		FIM item “autocuidados B, F,” e item “ controlo dos esfínteres”	Resposta fechada, de escolha múltipla
	d540 Vestir-se	Índice de KATZ item “vestir-se” SF36, item “3,j” FIM item “autocuidados B, D, E”	
	d550 Comer	Índice de KATZ item “alimentação”	
	d560 Beber	Índice de KATZ item “alimentação”	
	d910 Vida comunitária	FIM item “cognição social P”	
Factores Ambientais	e120 Produtos e tecnologias	Older Americans Resources and Services Program (OARS)	
	e125 Produtos e tecnologias para a comunicação	OARS	
	e310 Família próxima	OARS	
	e315 Família alargada	OARS	
	e340 Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais.	OARS	
	e355 Profissionais de saúde	OARS	
	e540 Serviços sistemas e políticas relacionados com os transportes	OARS	
e580 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde	OARS		

Questões Éticas

Sendo um estudo de base populacional identificaram-se previamente possíveis situações que pudessem comprometer a ética em investigação. Tentaram-se identificar as possíveis questões éticas associadas a cada uma das fases do projeto, assim com as medidas a adoptar para minimizar o risco de incumprimento legal, ofensa moral, ou ofensa aos princípios da ética. De forma a minimizar este risco ao longo do desenho do projeto tentámos garantir a presença permanente dos princípios e valores da dignidade, justiça, equidade, solidariedade, participação e ética profissional como sugeres Momberg, (1998).

Tabela 12 - Possíveis questões éticas e procedimentos adoptados

Fases do projeto	Possíveis questões éticas	Procedimentos adoptados
Aprovação do projeto	Sendo um projeto financiado por dinheiro público, a redação do projeto poderá ser feita em função dos interesses do financiador, mais especificamente do interesse político no momento - Pressão política. Como os investigadores do projeto, exercem prática clínica, na área de investigação, poderá surgir um situação de conflito de interesse, (Warner,T., Gluck, J., 2002). O envolvimento dos investigadores no processo de investigação, não permite distanciamento, para analisar as possíveis violações éticas que decorrem de um processo de investigação com pessoas com mais de 65 anos.	Análise das relações e dos tipos de envolvimento do financiador, investigadores e participantes, (Babor, T, 2009). Realização de uma declaração de conflitos de interesses por todos os investigadores envolvidos no projeto. Apresentar o projeto a comissões de ética independente, (que não estejam associadas a nenhuma das entidades promotoras do estudo).
	Não identificar a relação benefícios-riscos para o sujeito da investigação. A representatividade aleatória da amostra	Realizar um conselho consultivo constituído constituídos por peritos seniores. Garantir o acesso da entidade colectora de

Seleção da amostra	pode estar comprometido se não for garantido o acesso a todos os participante, esta fica condicionada pela capacidade de deslocação dos participantes e entrevistadores aos locais de recolha de dados.	dados a todos os elementos da amostra.
Métodos de recolha de dados		
3º objectivo específico	<p>Não definir ou contratualizar o nível de participação da amostra, nem das instituições que irão facilitar o acesso à amostra e recolher dados, como a Unidades de Cuidados na Comunidade.</p> <p>Não recolher o consentimento informado da amostra, nem das entidades colectora de dados.</p> <p>Não construir os instrumento de recolha de dados sem garantir a confidencialidade e anonimato dos participantes e dos seu dados</p> <p>Como a recolha de dados será realizada por entrevistadores formados previamente para esse fim. Durante a formação de entrevistadores, para além dos aspectos técnicos associados ao instrumento de recolha (questionário), deverão ser alertados para o impacto que estes poderão provocar nos participantes, condicionando o processo de recolha de dados</p>	<p>Desenhar o manual de procedimentos necessários para a recolha de dados e apresentá-lo à amostra e às entidades que recolhem os dados. (anexo 9).</p> <p>Apresentar a declaração de consentimento (anexo10) informado escrita, na qual deverá estar apresentado sumariamente o protocolo do projeto, as condições de recolha de dados, a garantia da inexistência de mecanismo de coação, a liberdade de desistir do estudo ou de remover a informação recolhida à qual está associada, garantir o anonimato.</p> <p>Desenhar uma programa que inclua não só os aspectos técnicos associados ao instrumento, como as questões éticas que podem ser desencadeadas, assim como as estratégias para lidar com essas questões (e.g.: ao medir a pressão arterial o entrevistador depara-se com valores que justificam o encaminhamento hospitalar, mas o participante não reconhece essa necessidade).</p>
Análise e tratamento de dados	<p>Sendo um trabalho de investigação colaborativo, pode surgir a tentação da recusa de partilhar dados com os seus pares investigadores (Warner,T.,Gluck,J., 2002).</p> <p>Partilhar dados com as instituições que fornecem a amostra, exemplo: Agrupamentos de Centro de saúde, por ser local de recolha da informação.</p> <p>Não respeitar o enquadramento legal para a proteção de dados pessoais - Art.º 3º da Lei nº 67 /78 de 26 de Outubro</p>	<p>Promover os valores que são essenciais para o trabalho colaborativo, tais como confiança, responsabilidade, respeito mútuo e justiça.</p> <p>Aplicar os códigos de condutas profissionais, que obrigam ao sigilo.</p> <p>Ter em consideração: Art.º. 35º da Constituição e o Artigo 15º da Lei nº 67/98 de 26.10.</p>

O estudo foi sujeito à Comissão de Ética para as Ciências da Saúde da Universidade de Évora, a qual emitiu parecer positivo à sua realização.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão apresentados obedecendo à seguinte lógica:

- Dados de natureza geral
- Caracterização sócio-biográfica
- Caracterização da funcionalidade - estes serão organizados de acordo com a Classificação Internacional da Funcionalidade
- Caracterização da violência sobre idosos

Os dados apresentados foram tratados essencialmente através de estatística descritiva, tendo-se em alguns casos e sempre que o considerámos adequado, recorrido a estatística inferencial.

Os resultados são apresentados com recurso a tabelas e gráficos os quais, sempre que possível, cruzam mais que uma variável.

DADOS DE NATUREZA GERAL

Começamos por fazer referência aos critérios de inclusão requeridos para participar neste estudo os quais foram cumpridos por 903 indivíduos, que representa o total da amostra tabela 13.

Tabela 13 - *Dimensão da amostra e caracterização dos procedimentos éticos*

		Idade igual ou superior a 65 anos de Idade	A pessoa ou familiar responsável, foram informados sobre a finalidade e os objectivos do estudo, aceitaram participar neste estudo?	A pessoa ou familiar responsável, assinaram o formulário de consentimento informado deste estudo?
N	Válido	903	903	903
	"Missing"	0	0	0

Verifica-se uma ligeira diferença face ao cálculo inicial da dimensão da amostra. A dimensão inicial da amostra estratificada por Concelho, idade e género era de 1518 para um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 2,5% (valor do erro máximo entre o estimador e o verdadeiro parâmetro da população). Esta diferença resulta das dificuldades de recolha de dados verificados em alguns locais, as quais advieram essencialmente da escassez de recursos humanos das organizações de saúde e conseqüente dificuldade em responder a este desafio.

A dimensão da amostra estratificada foi determinada em função da dimensão populacional do Alentejo existente nos três grupos etários. Como verificámos que a amostra recolhida foi de dimensão mais reduzida do que o inicialmente previsto, efetuaram-se cálculos para analisar estatisticamente se a discrepância existente entre a dimensão da amostra inicial e a dimensão da amostra recolhida era significativa, tendo-se verificado que não (tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição da amostra projetada e da amostra real por grupos etários e sexo

Sexo	Grupo etário	Dimensão da amostra inicial	Dimensão da amostra recolhida	% da dimensão da amostra inicial	% da dimensão da amostra recolhida
H	65 - 74 anos	320	161	21,08%	18,05%
H	75 - 84 anos	258	178	17%	19,96%
H	85 e mais anos	68	44	4,48%	4,93%
M	65 - 74 anos	404	200	26,61%	22,42%
M	75 - 84 anos	353	233	23,25%	26,12%
M	85 e mais anos	115	76	7,58%	8,52%
	Total	1518	892	100%	100%

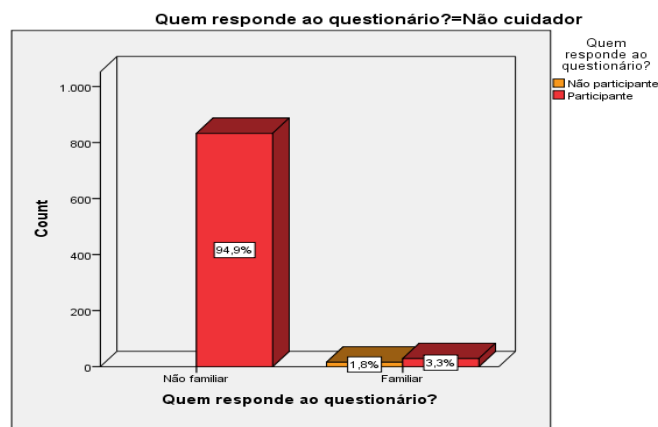
Categoria			
	Observed N	Expected N	Residual
H_65_74	18	21,1	-3,1
H_75_84	20	17,0	3,0
H_85 ou mais	5	4,5	,5
F_65_74	22	26,6	-4,6
F_75_84	26	23,3	2,8
F_85 ou mais	9	7,6	1,4
Total	100		

Test Statistics	
	categoria
Chi-square	2,430 ^a
Df	5
Asymp. Sig.	,787

a. 1 cells (16,7%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 4,5.

De referir também que o questionário foi respondido individualmente pela pessoa selecionada para a amostra (participante) em 94,9% das situações. Em 3,3% dos casos foi respondido pelo participante em conjunto com um familiar e nos restantes 1,8% foi respondido por um familiar (ver gráfico 5).

Gráfico 5 - Quem respondeu ao questionário?



CARACTERIZAÇÃO SÓCIO BIOGRÁFICA

O primeiro grupo de variáveis que apresentamos dizem respeito às características sócio biográficas da amostra. Neste grupo, para além das tradicionais (e.g., idade, sexo, estado civil), incluímos um conjunto de questões relativas à auto percepção da sua situação financeira relativamente à ca-

pacidade de satisfazer algumas das necessidades básicas fundamentais (i.e., alimentação, habitação e saúde). Incluímos também um conjunto de questões relativas ao conhecimento dos recursos de apoio a idosos disponíveis (e.g., Complemento Solidário para Idosos, cheque dentista) e da sua efetiva utilização.

Assim e no que concerne ao **Sexo e Idade** a amostra foi constituída por 903 indivíduos, 43,2% do sexo masculino, 56,8% do sexo feminino. Foram definidos três grupos etários (i.e., 65-74; 75-84; 85 e mais anos) sendo a distribuição pelos mesmos a seguinte: 40,2% com idade compreendida entre os 65 e os 74 anos, 45,8% com idade compreendida entre os 75 e os 84 anos e 14% com idade igual ou superior a 85 anos (ver tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição da amostra quanto ao sexo e à idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Sexo	Masculino	Count	163	180	47	390
		% Total	18,1%	19,9%	5,2%	43,2%
	Feminino	Count	200	234	79	513
		% Total	22,1%	25,9%	8,7%	56,8%
Total		Count	363	414	126	903
		% Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%

Estado civil

No que respeita ao **Estado Civil** a grande maioria dos participantes deste estudo são casados (60,7%), seguindo-se os viúvos (31,7%) e por último os solteiros (5,6%) (tabela 16). Pela análise da referida tabela constata-se ainda uma predominância de mulheres viúvas relativamente aos homens a qual é superior à diferença entre a percentagem total de homens e mulheres. Esta associação é significativa (p -value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre o estado civil e os diferentes grupos etários.

Tabela 16 - Caracterização da amostra quanto ao estado civil e sexo

			Estado civil				Total
			Outro	Solteiro	Casado	Viúvo	
Sexo	Masculino	Count	10	22	301	57	390
		% of Total	1,1%	2,4%	33,3%	6,3%	43,2%
	Feminino	Count	8	29	247	229	513
		% of Total	,9%	3,2%	27,4%	25,4%	56,8%
Total		Count	18	51	548	286	903
		% of Total	2,0%	5,6%	60,7%	31,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	82,512 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	82,191	6	,000
Linear-by-Linear Association	37,255	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 1 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,51.

O valor de Lambda diz-nos que se definirmos a idade com variável independente e o estado civil como a variável dependente, podemos reduzir o erro de previsão sobre o estado civil em 9,9%, denotando uma associação fraca entre o grupo etário e o estado civil. Dado que o p-value do teste é 0.001, rejeita-se a hipótese de não haver associação entre as variáveis no universo em estudo (p-value \leq 0.001), o que permite dizer que a redução do erro de previsão de 9,9% é estatisticamente significativa. Por outras palavras, a pequena variação explicada não é devida a erros amostrais. A outra medida direcional apresentada, o coeficiente de Goodman and Kruskal tau, cujo nível de significância é 0.000, leva igualmente a rejeitar a hipótese de não haver associação entre as variáveis.

Directional Measures						
			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,078	,029	2,619	,009
		Estado civil Dependente	,099	,029	3,283	,001
		Idade categorizada Dependente	,063	,045	1,354	,176
	Goodman and Kruskal tau	Estado civil Dependente	,069	,015		,000 ^c
		Idade categorizada Dependente	,036	,008		,000 ^c

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on chi-square approximation

Todos os valores indicam que existe uma associação fraca entre as duas variáveis, (sexo e estado civil), devido aos seus baixos valores. Estes resultados também são estatisticamente significativos (p-value < 0.001).

Symmetric Measures			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,302	,000
	Cramer's V	,214	,000
	Contingency Coefficient	,289	,000
N of Valid Cases		903	

Relativamente ao **Peso** verificamos que o mesmo varia entre 23 e 124 Kg (tabela 17), sendo a média é de 69,75Kg, com uma mediana de 70,0Kg e um desvio padrão de 12,8Kg. Quando comparamos as médias tendo em consideração o sexo constatamos que os homens apresentam uma média ligeiramente superior às mulheres.

Tabela 17 - Tratamento estatístico descritivo da variável peso (Kg)

N	Valid	790
	Missanga	113
Mean		69,75
Median		70,00
Mode		70
Std. Deviation		12,789
Variance		163,570
Skewness		,276
Std. Error of Skewness		,087
Kurtosis		,775
Std. Error of Kurtosis		,174
Range		101
Minimum		23
Maximum		124

Gráfico 6 - Diagramas de extremos e quartis relativos à variável peso, por sexo

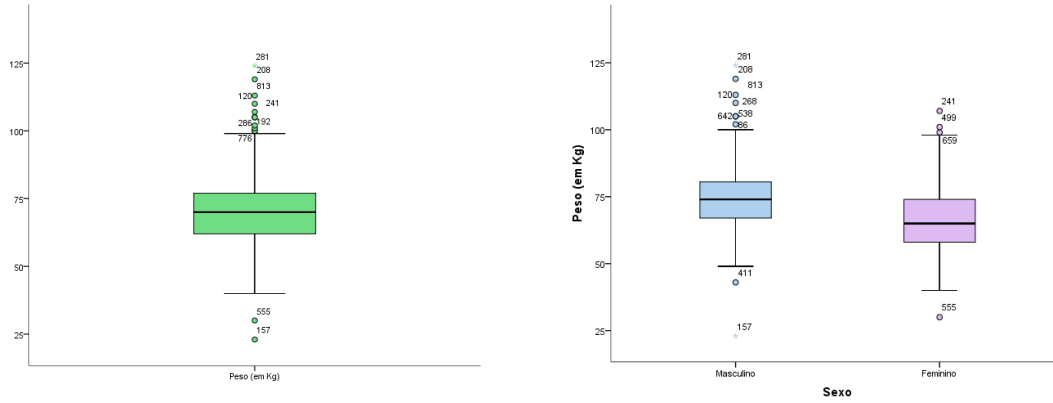
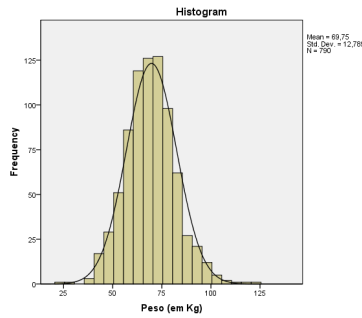


Gráfico 7 - Curva de distribuição da variável peso (Kg)



Por sua vez a **Estatura** oscila entre 123cm e 195cm (tabela 18), sendo que a média e mediana da amostra são quase coincidentes (respetivamente 160,9cm e 160,0cm), com um desvio padrão de 8,8cm. Também neste caso existe uma diferença entre a estatura média dos homens e das mulheres desvantagem para estas.

Tabela 18 - Tratamento estatístico descritivo da variável estatura (cm)

N	Valid	754
	Missanga	149
Mean		160,86
Median		160,00
Mode		160
Std. Deviation		8,802
Variance		77,477
Skewness		,081
Std. Error of Skewness		,089
Kurtosis		,247
Std. Error of Kurtosis		,178
Range		72
Minimum		123
Maximum		195

Gráfico 8 - Diagramas de extremos e quartis relativos à variável estatura por sexo

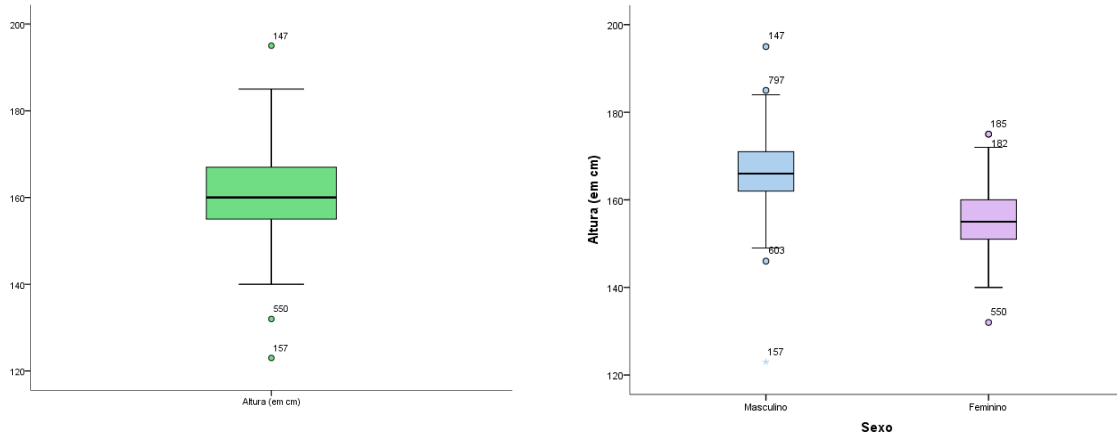
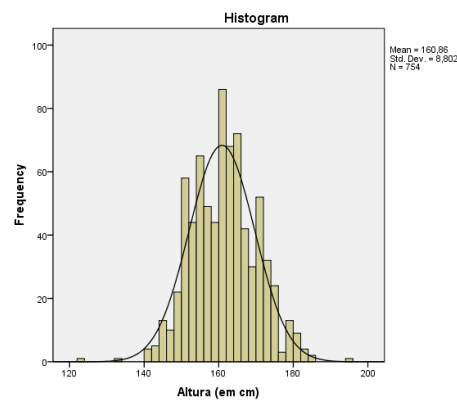


Gráfico 9 - Curva de distribuição da variável estatura (cm)



O **Índice de Massa Corporal** (tabela 19) foi calculado com base na fórmula $IMC = \frac{Peso(Kg)}{Altura(m)^2}$, verificando-se que a amostra apresenta valores entre 13 e 50, sendo o valor médio 27. Considera-se como baixo peso um valor de IMC inferior a 22kg/m², peso normal um IMC entre os 22 e 29 kg/m² e o excesso de peso um valor de IMC maior do que 29 kg/m². Como tal, verifica-se que 59,2% da amostra apresenta um peso normal, 29,2% apresenta excesso de peso e 11,6% da amostra apresenta baixo peso.

Não existe associação significativa (p-value Chi-Square Tests > 0.05) entre o Índice de Massa Corporal e o grupo etário.

Tabela 19 - Tratamento estatístico descritivo da variável IMC

N	Valid	725
	Missanga	178
Mean		26,9593
Std. Error of Mean		,16333
Median		26,6728
Mode		24,22 ^a
Std. Deviation		4,39792
Variance		19,342
Range		37,62
Minimum		13,33
Maximum		50,95

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Relativamente ao **Nível de Escolaridade** (tabela 21) são diversos os aspectos que nos merecem destaque. O primeiro tem a ver com o facto de 9,2% dos idosos ter frequentado a escola mas não ter completado a 4ª classe e 35% da amostra ter feito apenas o exame da 4ª classe. Todavia sublinhamos o facto de 30,7% da amostra não ter frequentado a escola nem saber ler nem escrever. Neste grupo verifica-se que é no sexo feminino que existe maior percentagem de indivíduos que não frequentaram a escola, e não sabe ler nem escrever (21,5%). Esta associação é significativa (p -value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre o género e nível de escolaridade.

Tabela 21 - Distribuição da variável nível de escolaridade em função do sexo

		Nível de escolaridade								Total	
		Nível de ensino completado na idade adulta,	Não frequentou a escola e não sabe ler nem escrever	Não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever	Frequentou a escola, mas não completou a 4ª classe	Fez exame da 4ª classe	Completo o 9ª ano, antigo 5ª ano	Completo o antigo 7º ano	Completo o ensino superior		
Sexo	Masc.	Count	5	83	21	56	181	22	11	11	390
		% of Total	,6%	9,2%	2,3%	6,2%	20,0%	2,4%	1,2%	1,2%	43,2%
	Fem.	Count	2	194	34	117	135	15	5	11	513
		% of Total	,2%	21,5%	3,8%	13,0%	15,0%	1,7%	,6%	1,2%	56,8%
Total		Count	7	277	55	173	316	37	16	22	903
		% of Total	,8%	30,7%	6,1%	19,2%	35,0%	4,1%	1,8%	2,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	65,071 ^a	7	,000
Likelihood Ratio	65,715	7	,000
Linear-by-Linear Association	39,327	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 2 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,02.

O valor de Lambda simétrico diz-nos que conhecendo-se a informação sobre uma das variáveis reduz-se o erro de previsão sobre o comportamento da outra variável em 12,4%.

Dado que o p -value do teste é 0.000, rejeita-se a hipótese de não haver associação entre as variáveis no universo em estudo (p -value < 0.001), o que permite dizer que a redução do erro de previsão de 12,4% é estatisticamente significativa. Por outras palavras, a pequena variação explicada não é devida a erros amostrais. A outra medida direcional apresentada, o coeficiente de Goodman and Kruskal tau, cujo nível de significância é 0.000, leva igualmente a rejeitar a hipótese de não haver associação entre as variáveis.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,124	,031	3,864	,000
		Sexo Dependent	,159	,047	3,125	,002
		Nível de escolaridade Dependent	,101	,029	3,272	,001
	Goodman and Kruskal tau	Sexo Dependent	,072	,017		,000 ^c
		Nível de escolaridade Dependent	,025	,007		,000 ^c

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on chi-square approximation

Symmetric Measures		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,268	,000
	Cramer's V	,268	,000
	Contingency Coefficient	,259	,000
N of Valid Cases		903	

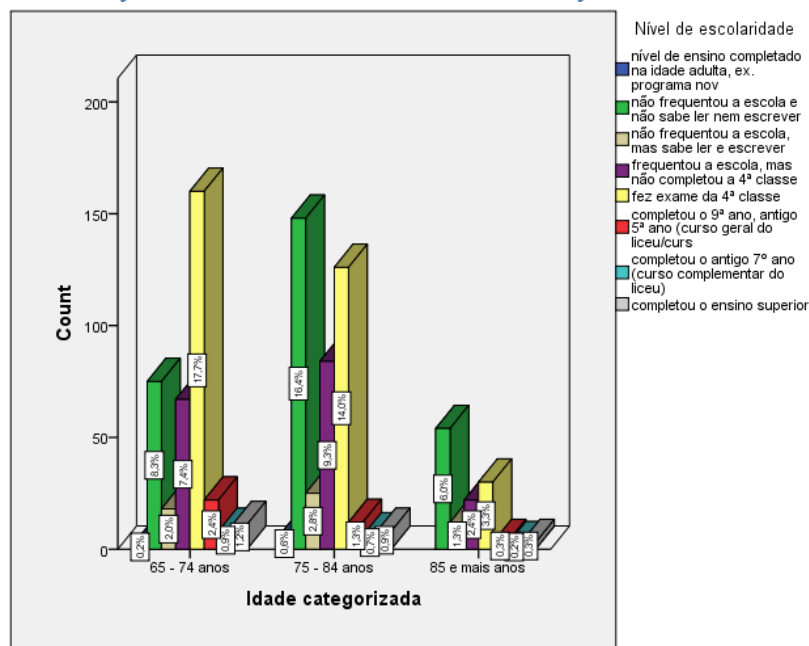
Todos os valores dos testes apresentados na tabela anterior indicam que existe uma associação fraca entre as duas variáveis, devido aos seus baixos valores. Estes resultados também são estatisticamente significativos (p -value < 0.001).

Todavia, quando analisamos os resultados relativos ao nível de escolaridade em função da idade (tabela 22) verificamos que as pessoas que não sabem ler nem escrever pertencem principalmente aos escalões etários 75-84 anos (16,4%) e 85 e mais anos de idade (6,0%). Verificamos ainda que a percentagem de pessoas que completou de escolaridade em idade adulta é diminuto (0,8%).

Tabela 22 - Distribuição do nível de escolaridade em função da idade

Idade categorizada	Nível de escolaridade	Nível de escolaridade								Total	
		Nível de ensino completado na idade adulta,	Não frequentou a escola e não sabe ler nem escrever	Não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever	Frequentou a escola, mas não completou a 4ª classe	Fez exame da 4ª classe	Completo o 9º ano, antigo 5º ano	Completo o antigo 7º ano	Completo o ensino superior		
65 - 74 anos	Count	2	75	18	67	160	22	8	11	363	
	% of Total	,2%	8,3%	2,0%	7,4%	17,7%	2,4%	,9%	1,2%	40,2%	
	75 - 84 anos	Count	5	148	25	84	126	12	6	8	414
		% of Total	,6%	16,4%	2,8%	9,3%	14,0%	1,3%	,7%	,9%	45,8%
85 e mais anos	Count	0	54	12	22	30	3	2	3	126	
	% of Total	,0%	6,0%	1,3%	2,4%	3,3%	,3%	,2%	,3%	14,0%	
Total	Count	7	277	55	173	316	37	16	22	903	
	% of Total	,8%	30,7%	6,1%	19,2%	35,0%	4,1%	1,8%	2,4%	100,0%	

Gráfico 12 - Distribuição do nível de escolaridade em função da idade



No que diz respeito ao **número de filhos** contata-se que na amostra em estudo, 85,3% das pessoas referem ter filhos, enquanto que 14,4 % refere não ter filhos. Verifica-se ainda ser no grupo etário 75-84 anos aquele em que se concentra um grupo mais significativo de pessoas sem filhos (7,5%) (tabela 23).

Tabela 23 - Distribuição da variável “ter filhos” em função da idade

			Tem filhos?			Total
			Sim	Não	Não responde	
Idade categorizada	65 - 74 anos	Count	324	39	0	363
		% of Total	35,9%	4,3%	,0%	40,2%
	75 - 84 anos	Count	344	68	2	414
		% of Total	38,1%	7,5%	,2%	45,8%
	85 e mais anos	Count	102	23	1	126
		% of Total	11,3%	2,5%	,1%	14,0%
Total	Count	770	130	3	903	
	% of Total	85,3%	14,4%	,3%	100,0%	

Relativamente à **Co-habitação**, na amostra em estudo observa-se que a modalidade mais frequente é com familiares (68,5%). A segunda modalidade de co-habitação mais referida foi o viver sozinho (22,9%). De realçar que este último grupo é expressivo e tem particular incidência no grupo etário dos 75-84 anos (tabela 24).

Tabela 24 - Tabulação cruzada das variáveis “idade” e “com quem reside”

Com quem reside?	Com quem reside?	Com quem reside?				Idade categorizada			Total
						65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Não vive com outro	Não vive numa instituição	Não vive sozinho	Familiares	Sim	Count	289	273	57	619
					% of Total	46,7%	44,1%	9,2%	100,0%
			Total	Count	289	273	57	619	
				% of Total	46,7%	44,1%	9,2%	100,0%	
		Sozinho	Familiares	Não	Count	57	109	41	207
					% of Total	27,0%	51,7%	19,4%	98,1%
			Sim	Count	1	3	0	4	
			% of Total	,5%	1,4%	,0%	1,9%		
		Total	Count	58	112	41	211		
		% of Total	27,5%	53,1%	19,4%	100,0%			
Instituição	Não só	Familiares	Não	Count	6	20	19	45	
				% of Total	13,0%	43,5%	41,3%	97,8%	
			Sim	Count	0	1	0	1	
			% of Total	,0%	2,2%	,0%	2,2%		
		Total	Count	6	21	19	46		
			% of Total	13,0%	45,7%	41,3%	100,0%		
Outro (específico)	Não instituição	Não vive sozinho	Familiares	Não	Count	4	6	5	15
				% of Total	16,7%	25,0%	20,8%	62,5%	
			Sim	Count	6	1	2	9	
			% of Total	25,0%	4,2%	8,3%	37,5%		
		Total	Count	10	7	7	24		
			% of Total	41,7%	29,2%	29,2%	100,0%		
	Sozinho	Familiares	Não	Count		1	2	3	
				% of Total		33,3%	66,7%	100,0%	
			Total	Count		1	2	3	
			% of Total		33,3%	66,7%	100,0%		

Inquirimos também as pessoas acerca do desenvolvimento de **trabalho remunerado** (tabela 25) e constatamos que a grande maioria dos indivíduos da amostra em estudo, 96,1%, diz não desenvolver qualquer atividade remunerada. Dos 3,9% da população que ainda desenvolve algum trabalho, a maior percentagem de pessoas pertence ao escalão etário 65-74 anos e a atividade mais frequente, 0,6%, é comerciante (tabela 27). Esta associação é significativa ao nível de significância de 5% (p -value Chi-Square Tests < 0,05), pelo que podemos concluir que existe relação entre o trabalho remunerado e o grupo etário. A associação é fraca (coeficiente de contingência = 0.105), no entanto, é estatisticamente significativa a 5% (p -value < 0.05).

Tabela 25 - Distribuição da variável “desenvolvimento de atividade remunerada” em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Desenvolve algum trabalho remunerado?	Sim	Count	23	10	2	35
		% of Total	2,5%	1,1%	,2%	3,9%
	Não	Count	340	404	124	868
		% of Total	37,7%	44,7%	13,7%	96,1%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Uma outra questão que foi objeto da nossa inquirição teve a ver com **Complemento Solidário para Idosos (CSI)**. Trata-se de um apoio em dinheiro, pago mensalmente aos idosos com poucos recursos como uma prestação complementar à pensão. Nesta amostra 9,3% é beneficiária do referido complemento (tabela 26). É nos dois primeiros escalões etários que se concentra a maioria das pessoas que recebe o CSI. Esta associação é significativa ao nível de significância de 5% (p -value Chi-Square Tests < 0,05), pelo que podemos concluir que existe relação entre o complemento solidário para Idosos e o grupo etário. A associação é fraca (coeficiente de contingência = 0.105), no entanto, é estatisticamente significativa a 5% (p -value < 0.05).

Tabela 26 - Distribuição da variável “beneficiário de CSI” em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
É beneficiário do complemento solidário?	Sim	Count	27	41	16	84
		% of Total	3,0%	4,5%	1,8%	9,3%
	Não	Count	327	352	101	780
		% of Total	36,2%	39,0%	11,2%	86,4%
	Não sabe	Count	9	21	9	39
		% of Total	1,0%	2,3%	1,0%	4,3%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

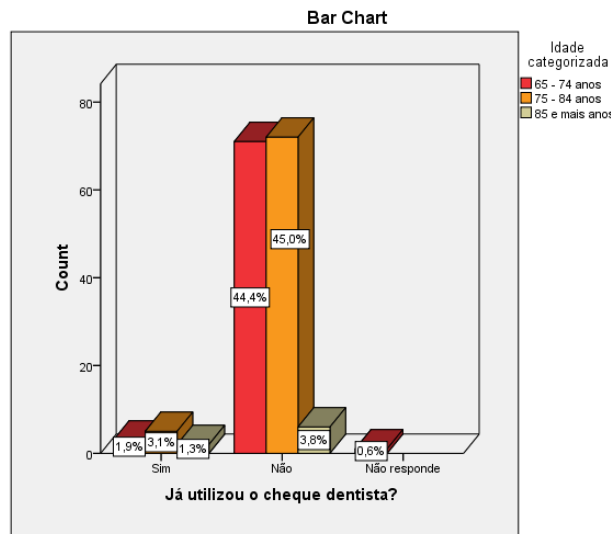
Uma outra forma de contribuir para a saúde dos idosos é através do **cheque dentista**. Trata-se de uma iniciativa integrada no Plano Nacional de Promoção da Saúde Oral e que, para além de outros grupos populacionais, se destina aos idosos beneficiários do CSI, com o objetivo de cuidar da sua saúde oral. Nesta amostra só 17,7% (tabela 27) tem conhecimento do que é o cheque

dentista mas apenas 1,1% (gráfico 13) da população já o utilizou. Esta última percentagem compara com os 9,3% que atrás declararam ser beneficiários do CSI e que, portanto, são potenciais utilizadores deste recurso. Esta associação é significativa ao nível de significância de 5% (p -value Chi-Square Tests $< 0,05$), pelo que podemos concluir que existe relação entre o saber o que é o cheque dentista e o grupo etário. A associação é fraca (coeficiente de contingência = 0.133), no entanto, é estatisticamente significativa a 5% (p -value < 0.05).

Tabela 27 - Distribuição da variável “conhecimento do cheque dentista” em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Sabe o que é o cheque dentista?	Sim	Count	75	77	8	160
		% of Total	8,3%	8,5%	,9%	17,7%
	Não	Count	286	329	116	731
		% of Total	31,7%	36,4%	12,8%	81,0%
	Não responde	Count	2	8	2	12
		% of Total	,2%	,9%	,2%	1,3%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Gráfico 13 - Distribuição da variável “conhecimento do cheque dentista” em função da idade



Para compreendermos melhor as questões relacionadas com a saúde oral, perguntámos ainda se tinham consultado algum médico dentista nos últimos 12 meses. Através das respostas dadas constatámos que apenas 18,8% o tinham feito, maioritariamente dos dois primeiros escalões etários (i.e., 65-74 anos e 75-84 anos), contra 78,3% que declararam não o ter feito (tabela 28). Existe ainda um pequeno grupo de 1,8% de pessoas que afirma nunca o ter feito ao longo da vida. Esta associação é significativa (p -value Chi-Square Tests $< 0,001$), pelo que podemos concluir que existe relação entre ter consultado um médico dentista nos últimos 12 meses e o grupo etário. A associação é fraca (coeficiente de contingência = 0.172), no entanto, é estatisticamente significativa (p -value < 0.001).

Tabela 28 - Distribuição da variável “consulta ao médico dentista” em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Consultou um Médico Dentista nos últimos 12 meses?	Sim	Count	95	67	8	170
		% of Total	10,5%	7,4%	,9%	18,8%
	Não	Count	259	336	112	707
		% of Total	28,7%	37,2%	12,4%	78,3%
	Nunca consultou	Count	6	7	3	16
		% of Total	,7%	,8%	,3%	1,8%
	Não sabe	Count	3	4	3	10
		% of Total	,3%	,4%	,3%	1,1%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Por outro lado e ainda no que concerne às dimensões financeiras, quisemos saber até que ponto as pessoas idosas consideram que os seus recursos financeiros satisfazem as suas necessidades básicas de alimentação, habitação e saúde. Tal como se pode ver nas tabela 29, um total 79,1% das pessoas diz ter a suas necessidades de alimentação satisfeitas ou regularmente satisfeitas, enquanto que 18,7% das pessoas afirma que as mesmas não estão satisfeitas. Estas últimas pertencem maioritariamente aos grupos etários 65-74 anos e 75-84 anos. Esta associação é significativa (p-value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre o considerar que os recursos financeiros satisfazem as necessidades básicas de alimentação e o grupo etário. A associação é fraca (coeficiente de contingência = 0.174), no entanto, é estatisticamente significativa (p-value < 0.001).

Tabela 29 - Distribuição da variável “satisfação das necessidades de alimentação” em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Alimentação	Sim	Count	181	159	48	388
		% of Total	20,0%	17,6%	5,3%	43,0%
	Não	Count	59	79	31	169
		% of Total	6,5%	8,7%	3,4%	18,7%
	Regular	Count	121	166	39	326
		% of Total	13,4%	18,4%	4,3%	36,1%
	Não responde	Count	2	10	8	20
		% of Total	,2%	1,1%	,9%	2,2%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Por sua vez e no que concerne à habitação (tabela 30), um total de 77,9% diz ter as suas necessidades satisfeitas ou regularmente satisfeitas, enquanto 19,2% afirma que as referidas necessidades não estão satisfeitas. Também neste caso pertencem maioritariamente aos grupos etários 65-74 anos e 75-84 anos. Esta associação é significativa (p-value Chi-Square Tests <= 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre o considerar que os recursos financeiros satisfazem as necessidades básicas de habitação e o grupo etário. A associação é fraca (coeficiente de contingência = 0.157), no entanto, é estatisticamente significativa (p-value <= 0.001).

Tabela 30 - Distribuição da variável “satisfação das necessidades de habitação” em função da idade

		Idade categorizada			Total	
		65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos		
Habitação	Sim	Count	185	182	47	414
		% of Total	20,5%	20,2%	5,2%	45,8%
	Não	Count	62	78	33	173
		% of Total	6,9%	8,6%	3,7%	19,2%
	Regular	Count	113	140	37	290
		% of Total	12,5%	15,5%	4,1%	32,1%
	Não responde	Count	3	14	9	26
		% of Total	,3%	1,6%	1,0%	2,9%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Por último, as necessidades de saúde (tabela 31) estão satisfeitas ou regularmente satisfeitas para 71,4% das pessoas, enquanto que 26,0% afirmam que estas necessidades não estão satisfeitas. Repete-se o referido nos casos anteriores ou seja os que afirmam não terem as suas necessidades satisfeitas pertencem maioritariamente aos grupos etários 65-74 anos e 75-84 anos. Esta associação é significativa (p-value Chi-Square Tests <= 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre o considerar que os recursos financeiros satisfazem as necessidades básicas da saúde e o grupo etário. A associação é fraca (coeficiente de contingência = 0.156), no entanto, é estatisticamente significativa (p-value <= 0.001).

Tabela 31 - Distribuição da variável “satisfação das necessidades de habitação” em função da idade

		Idade categorizada			Total	
		65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos		
Saúde	Sim	Count	146	133	38	317
		% of Total	16,2%	14,7%	4,2%	35,1%
	Não	Count	84	113	38	235
		% of Total	9,3%	12,5%	4,2%	26,0%
	Regular	Count	130	157	41	328
		% of Total	14,4%	17,4%	4,5%	36,3%
	Não responde	Count	3	11	9	23
		% of Total	,3%	1,2%	1,0%	2,5%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

CARACTERIZAÇÃO DA FUNCIONALIDADE

Damos agora início à apresentação dos resultados relativos à funcionalidade, avaliada de acordo com a Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF), tal como mais atrás se explicou. A classificação define os componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar relacionados com a saúde (tais como educação e trabalho). Deste modo, apresentaremos os dados agrupando-os de acordo com a estrutura da CIF, ou seja, Funções do Corpo, Estruturas do Corpo, Atividades de Participação e Fatores Ambientais. Dar-se-á prioridade à caracterização da funcionalidade, todavia, sempre que o considerarmos adequado, evidenciaremos os problemas associados às limitações da funcionalidade e os cuidados que os mesmos requererão.

Funções do Corpo

As Funções do Corpo são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas) (CIF). Neste estudo incluímos as seguintes:

Tabela 32 - Funções do corpo incluídas neste estudo

		Funções incluídas
Funções Mentais	Funções mentais globais	b110 Funções da consciência
		b114 Funções da orientação
		b134 Funções do sono
	Funções mentais específicas	b140 Funções da atenção
		b144 Funções da memória
		B152 Funções emocionais
		b164 Funções cognitivas de nível superior
Funções sensoriais e de dor	Funções auditivas e vestibulares	b230 Funções auditivas
	Dor	b280 Sensação de dor
Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório	Funções e sensações adicionais dos aparelhos cardiovascular e respiratório	b455 Funções de tolerância ao exercício
Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino	Funções relacionadas com o aparelho digestivo	b525 Funções de defecação
Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento	Funções das articulações e dos ossos	b710 Funções da mobilidade das articulações
	Funções musculares	b730 Funções da força muscular
		b735 Funções do tônus muscular
	Funções relacionadas com o movimento	b770 Funções relacionadas com o padrão de marcha

Funções Mentais

Funções Mentais Globais

As **Funções de Consciência** são funções mentais gerais do estado de consciência e alerta, incluindo a clareza e continuidade do estado de vigília (CIF).

Em relação a estas **Funções (tabela 33)** verifica-se que a grande maioria da amostra, 92,9%, não apresenta problemas. A este grupo acresce 4,9% de pessoas com um problema moderado ténue. No extremo oposto temos apenas 0,9% da amostra com um problema moderado intenso e por último 1,3% da amostra apresenta um problema completo. Não há diferenças estatisticamen-

te significativas entre as funções da consciência e a idade categorizada. Se acumularmos os dois grupos que a este nível requererão cuidados terapêuticos (i.e., problema moderado intenso e problema completo) vemos que representam 2,2% da amostra.

Tabela 33 - Distribuição das funções de consciência em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Funções da Consciência	Nenhum problema	Count	342	389	108	839
		% of Total	37,9%	43,1%	12,0%	92,9%
	Problema moderado ténue	Count	13	19	12	44
		% of Total	1,4%	2,1%	1,3%	4,9%
	Problema moderado intenso	Count	2	2	4	8
		% of Total	,2%	,2%	,4%	,9%
	Problema completo	Count	6	4	2	12
		% of Total	,7%	,4%	,2%	1,3%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,150 ^a	6	,009
Likelihood Ratio	13,302	6	,038
Linear-by-Linear Association	3,190	1	,074
N of Valid Cases	903		

a. 5 cells (41,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,12.

Uma vez que para se poder aplicar o teste do Qui-quadrado apenas podemos ter 20% das classes com $E_i < 5 \Rightarrow$ agrupámos a 3ª classe (problema moderado intenso) com a 4ª classe (problema completo) da variável funções da consciência (tabela 36).

Tabela 34 - Distribuição das funções de consciência, com as classes de resposta agrupadas, em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Função da consciência agrupada	Nenhum problema	Count	342	389	108	839
		% of Total	37,9%	43,1%	12,0%	92,9%
	Problema moderado ténue	Count	13	19	12	44
		% of Total	1,4%	2,1%	1,3%	4,9%
	Problema moderado intenso e completo	Count	8	6	6	20
		% of Total	,9%	,7%	,7%	2,2%
	Total	Count	363	414	126	903
		% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%

Esta associação é significativa ao nível de significância de 5% (p-value Chi-Square Tests $\leq 0,05$), pelo que podemos concluir que existe relação entre as funções da consciência e o grupo etário.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,509 ^a	4	,014
Likelihood Ratio	10,655	4	,031
Linear-by-Linear Association	5,286	1	,022
N of Valid Cases	903		

a. 1 cells (11,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,79.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 24%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p-value < 0.001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,073 e 0,031, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Estes resultados também são estatisticamente significativos ao nível de 5% (p-value < 0.05).

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,073	,035	2,076	,038
	Kendall's tau-c	,031	,015	2,076	,038
	Gamma	,240	,109	2,076	,038
N of Valid Cases		903			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos o grupo etário com variável independente e as funções da consciência como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 3,4%, denotando uma associação bastante fraca entre o grupo etário e as funções da consciência.

Directional Measures						
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.	
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,056	,027	2,076	,038
		Função da consciência agrupada Dependent	,034	,016	2,076	,038
		Idade categorizada Dependent	,156	,073	2,076	,038

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

As **Funções da Orientação** são funções mentais gerais relacionadas com o conhecimento e a determinação da relação da pessoa consigo própria, com outras pessoas, com o tempo e com o ambiente (CIF).

Em relação às **Funções da Orientação** (tabela 35) verifica-se também que a maioria da amostra, 83,4%, não apresenta problemas e que 11,2% apresenta um problema moderado ténue que se manifesta maioritariamente nos indivíduos entre os 75 e os 84 anos.

Um total de 5,4% das pessoas apresentam um problema moderado intenso (3,1%) e um problema completo (2,3%). É nos indivíduos com idade igual ou superior a 85 anos que é mais evidente a presença de um problema moderado intenso (1,7%) e de um problema completo (1%). Esta associação é significativa (p-value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre as funções da orientação e os diferentes grupos etários. Esta associação é significativa (p-value Chi-Square Tests <= 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre as funções da orientação e o grupo etário.

Tabela 35 - Distribuição das funções de orientação em função da idade

		Idade categorizada			Total	
		65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos		
Funções da Orientação	Nenhum problema	Count	336	337	80	753
		% of Total	37,2%	37,3%	8,9%	83,4%
	Problema moderado ténue	Count	18	61	22	101
		% of Total	2,0%	6,8%	2,4%	11,2%
	Problema moderado intenso	Count	3	10	15	28
		% of Total	,3%	1,1%	1,7%	3,1%
	Problema completo	Count	6	6	9	21
		% of Total	,7%	,7%	1,0%	2,3%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	84,347 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	72,050	6	,000
Linear-by-Linear Association	54,448	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 2 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,93.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 51,8%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p-value < 0.001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,236 e 0,149, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Estes resultados também são estatisticamente significativos (p-value < 0.001).

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,236	,030	7,145	,000
	Kendall's tau-c	,149	,021	7,145	,000
	Gamma	,518	,058	7,145	,000
N of Valid Cases		903			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos o grupo etário com variável independente e as funções da orientação como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 16,3%, denotando uma associação fraca entre o grupo etário e as funções da orientação.

Directional Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.	
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,220	,028	7,145	,000
		FuncOrient Dependent	,163	,022	7,145	,000
		Idade categorizada Dependent	,341	,043	7,145	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

As **Funções do Sono** definem-se como funções mentais gerais de desconexão física e mental periódica, reversível e seletiva, do ambiente imediato da pessoa, acompanhada por mudanças fisiológicas características (CIF)-

Nestas **Funções** (tabela 36) verifica-se que apenas 2,9% não refere qualquer problema, enquanto que 71,9% dos indivíduos apresenta um problema moderado ténue. Destaca-se um grupo de 24% de pessoas que refere um problema moderado intenso, acrescido de 1,2% da amostra que refere um problema completo. Constatamos assim que cerca de um quarto da amostra (25,2%) apresenta um nível de problemas que requer cuidados. Não existe associação significativa (p-value Chi-Square Tests > 0.05) entre as funções do sono e o grupo etário.

Tabela 36 - Distribuição das funções do sono em função da idade

		Idade categorizada			Total	
		65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos		
Funções do Sono	Nenhum problema	Count	8	13	5	26
		% of Total	,9%	1,4%	,6%	2,9%
	Problema moderado ténue	Count	258	305	86	649
		% of Total	28,6%	33,8%	9,5%	71,9%
	Problema moderado intenso	Count	94	90	33	217
		% of Total	10,4%	10,0%	3,7%	24,0%
	Problema completo	Count	3	6	2	11
		% of Total	,3%	,7%	,2%	1,2%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,094 ^a	6	,664
Likelihood Ratio	4,136	6	,658
Linear-by-Linear Association	,150	1	,699
N of Valid Cases	903		

a. 3 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,53.

Uma vez que para se poder aplicar o teste do Qui-quadrado apenas podemos ter 20% das classes com $E_i < 5 \Rightarrow$ vamos ter de agrupar a 3ª classe (problema moderado intenso) com a 4ª classe (problema completo) da variável funções do sono (tabela 37).

Tabela 37 - Distribuição das funções do sono, com as classes de resposta agrupadas, em função da idade

		Idade categorizada			Total	
		65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos		
Funções do sono agrupada	Nenhum problema	Count	8	13	5	26
		% of Total	,9%	1,4%	,6%	2,9%
	Problema moderado ténue	Count	258	305	86	649
		% of Total	28,6%	33,8%	9,5%	71,9%
	Problema moderado intenso e Problema completo	Count	97	96	35	228
		% of Total	10,7%	10,6%	3,9%	25,2%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,967 ^a	4	,563
Likelihood Ratio	2,966	4	,563
Linear-by-Linear Association	,362	1	,547
N of Valid Cases	903		

a. 1 cells (11,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,63.

Constatamos assim que não existe associação significativa (p -value Chi-Square Tests > 0.05) entre as funções do sono e o grupo etário.

As **Funções da Memória** são funções mentais específicas de registro e armazenamento de informações e sua recuperação quando necessário (CIF).

Em relação às **Funções da Memória** (tabela 38) verifica-se que sensivelmente metade dos indivíduos da amostra (51,9%), não apresenta qualquer problema. A estes acrescem mais 21,4% com um problema moderado ténue. Todavia, 16,5% das pessoas apresentem um problema moderado intenso e 10,2% um problema completo. Estes dois grupos representam cerca de $\frac{1}{4}$ (26,7%) do total da amostra. Acresce que em ambas as classes de resposta as frequências se acumulam maioritariamente nos indivíduos entre os 75 e os 84 anos. Esta associação é significativa (p -value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre as funções da memória e os diferentes grupos etários.

Tabela 38 - Distribuição das funções da memória, com as classes de resposta agrupadas, em função da idade

		Idade categorizada			Total	
		65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos		
Funções da Memória	Nenhum problema	Count	225	201	43	469
		% of Total	24,9%	22,3%	4,8%	51,9%
	Problema moderado ténue	Count	69	99	25	193
		% of Total	7,6%	11,0%	2,8%	21,4%
	Problema moderado intenso	Count	52	69	28	149
		% of Total	5,8%	7,6%	3,1%	16,5%
	Problema completo	Count	17	45	30	92
		% of Total	1,9%	5,0%	3,3%	10,2%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	55,481 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	52,351	6	,000
Linear-by-Linear Association	48,144	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,84.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 30,3%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p -value < 0.001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,194 e 0,183, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Estes resultados também são estatisticamente significativos (p -value < 0.001).

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,194	,029	6,553	,000
	Kendall's tau-c	,183	,028	6,553	,000
	Gamma	,303	,044	6,553	,000
N of Valid Cases		903			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos o grupo etário com variável independente e as funções da memória como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 19,4%, denotando uma associação fraca entre o grupo etário e as funções da memória.

Directional Measures						
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.	
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,194	,029	6,553	,000
		mem Dependent	,200	,030	6,553	,000
		Idade categorizada Dependent	,188	,029	6,553	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Funções mentais específicas

As Funções mentais específicas consideradas neste estudo são as seguintes:

b140 Funções da atenção
 b144 Funções da memória
 B152 Funções emocionais
 b164 Funções cognitivas de nível superior

Funções de atenção são funções que avaliam a capacidade de concentração num estímulo externo ou numa experiência interna pelo período de tempo necessário. Inclui a capacidade de manutenção da atenção, mudança de atenção, divisão da atenção e partilha de atenção (CIF).

Em relação às **Funções de Atenção** (tabela 39) verifica-se que mais de metade da amostra, 66,5%, não apresenta dificuldades, distribuindo-se principalmente pelos grupos etários inferiores a 84 anos. A este acresce um grupo de 24,3% que apresenta dificuldade moderada ténue, mais evidente entre os 75 e os 84 anos (12,0%). Com uma dificuldade moderada intensa temos 8,1% da amostra, com mais frequência de resposta no grupo etário 75-84 anos. Apenas 1,0% da amostra apresenta uma dificuldade total, com maior tradução nos indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos.

Tabela 39 - Distribuição das funções de atenção em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 -74 anos	75 - 84 anos	85 ou mais	
Capacidade de atenção	Sem dificuldades	Count	264	258	58	580
		% of Total	30,3%	29,6%	6,7%	66,5%
	Dificuldade moderada ténue	Count	76	105	31	212
		% of Total	8,7%	12,0%	3,6%	24,3%
	Dificuldade moderadamente intenso	Count	14	36	21	71
		% of Total	1,6%	4,1%	2,4%	8,1%
	Dificuldade total	Count	1	4	4	9
		% of Total	,1%	,5%	,5%	1,0%
	Total	Count	355	403	114	872
		% of Total	40,7%	46,2%	13,1%	100,0%

Uma vez que para se poder aplicar o teste do Qui-quadrado apenas podemos ter 20% das classes com $E_i < 5 \Rightarrow$ agrupámos a 3ª classe (dificuldade moderadamente intenso) com a 4ª classe (dificuldade total) da variável capacidade de atenção (tabela 40).

Tabela 40 - Distribuição das funções de atenção, com as classes de resposta agrupadas, em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Capacidade de atenção agrupada	Sem dificuldades	Count	264	258	58	580
		% of Total	30,3%	29,6%	6,7%	66,5%
	Dificuldade moderada ténue	Count	76	105	31	212
		% of Total	8,7%	12,0%	3,6%	24,3%
	Dificuldade moderadamente intenso e Dificuldade total	Count	15	40	25	80
		% of Total	1,7%	4,6%	2,9%	9,2%
Total	Count	355	403	114	872	
	% of Total	40,7%	46,2%	13,1%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	39,925 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	36,873	4	,000
Linear-by-Linear Association	35,107	1	,000
N of Valid Cases	872		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,46.

Constatámos assim que esta associação é significativa (p-value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre a capacidade de atenção e os diferentes grupos etários.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos o grupo etário com variável independente e a capacidade de atenção como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 15,1%, denotando uma associação fraca entre o grupo etário e a capacidade de atenção.

Directional Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^b	Approx. T ^a	Approx. Sig.	
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,167	,031	5,275	,000
		Capacidade de atenção agrupada Dependent	,151	,028	5,275	,000
		Idade categorizada Dependent	,186	,035	5,275	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 30%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p-value < 0.001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,167 e 0,137, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Estes resultados também são estatisticamente significativos (p-value < 0.001).

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,167	,031	5,275	,000
	Kendall's tau-c	,137	,026	5,275	,000
	Gamma	,300	,053	5,275	,000
N of Valid Cases		872			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

As Funções emocionais são “funções mentais específicas relacionadas com o sentimento e a componente afectiva dos processos mentais. Inclui, funções de adequação da emoção, regulação e amplitude da emoção; afecto, tristeza, felicidade, amor, medo, raiva, ódio, tensão, ansiedade, alegria, pesar, labilidade emocional, apatia afectiva. Exclui, funções do temperamento e da personalidade, funções da energia e dos impulsos” (CIF).

Como podemos constatar através da análise do gráfico 14, as situações em que as emoções positivas sentidas frequentemente ou quase sempre pelos idosos são muito mais frequentes que as situações em que essas emoções são raramente ou nunca sentidas. Esta última situação apenas se verifica nos casos das classes de resposta “ter esperança no futuro” e “vida cheia de coisas boas”.

Gráfico 14 - Emoções positivas sentidas

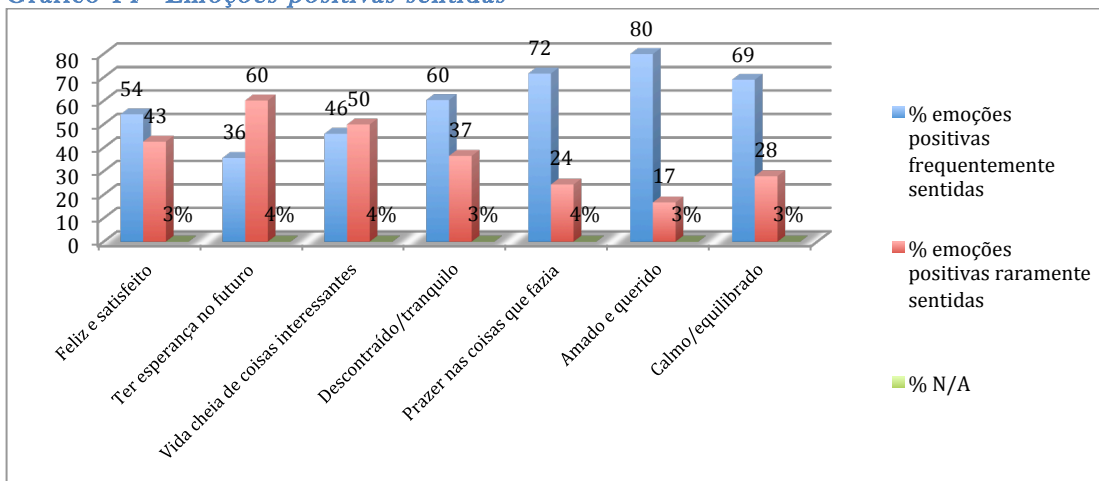
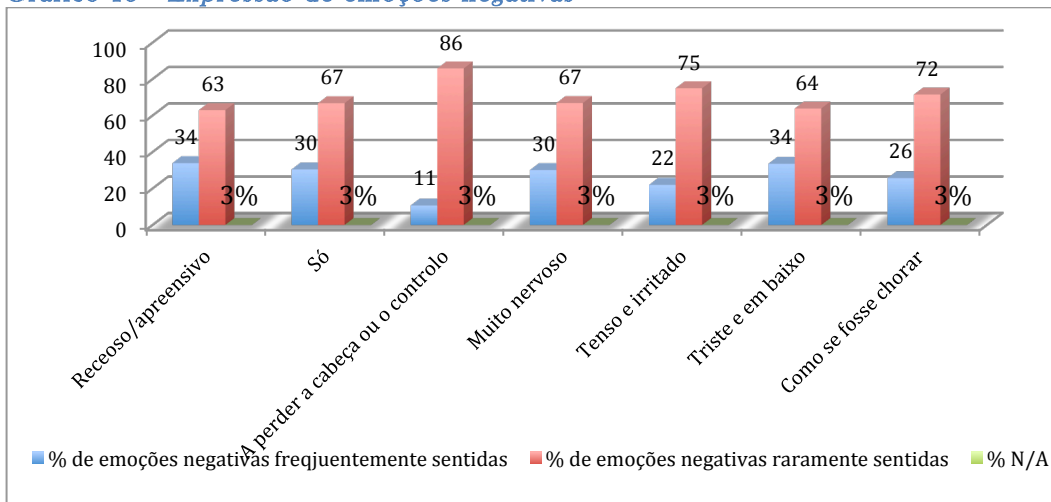


Gráfico 15 - Expressão de emoções negativas



Por sua vez e de acordo com o gráfico 15, podemos constatar que se verifica o inverso, ou seja, as situações em que as emoções negativas são raramente ou nunca sentidas prevalecem sobre aquelas em que essas emoções são frequentemente ou quase sempre sentidas em todas as classes de resposta. Podemos assim afirmar que prevalecem as emoções positivas sentidas pelos idosos.

As Funções Cognitivas de Nível Superior são “funções mentais específicas especialmente dependentes dos lobos frontais do cérebro, incluindo comportamentos complexos orientados para metas, tais como, tomada de decisão, pensamento abstracto, planeamento e execução de planos, flexibilidade mental e decisão sobre quais os comportamentos adequados em circunstâncias específicas; funções designadas frequentemente como executivas” (CIF).

Em relação a estas **Funções** (tabela 41) verifica-se que 44,5% dos indivíduos da amostra não apresenta problemas e 9,6% apenas apresentam um problema moderado ténue. Estas percentagens distribuem-se preferencialmente pelos dois primeiros grupos etários (i.e., 65-74 e 75-84). Na análise dos dados verifica-se ainda que 35,5% apresenta um problema completo mais evidente entre os 75 e os 84 anos (16,1%), seguindo-se os indivíduos entre os 65 e os 74 anos (11,6%) e por fim os indivíduos com idade igual ou superior a 85 anos. Por último 10,3% da amostra apresenta um problema moderado intenso, mais evidente em indivíduos com idades entre os 75 e os 84 anos. Verifica-se ainda que a diferença encontrada em função da idade é significativa (p -value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre as funções da cognitivas de nível superior e os diferentes grupos etários.

Tabela 41 - Distribuição das funções cognitivas de nível superior em função da idade

		Idade categorizada			Total	
		65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos		
Funções Cognitivas de Nível Superior	Nenhum problema	Count	182	187	33	402
		% of Total	20,2%	20,7%	3,7%	44,5%
	Problema moderado ténue	Count	38	36	13	87
		% of Total	4,2%	4,0%	1,4%	9,6%
	Problema moderado intenso	Count	38	46	9	93
		% of Total	4,2%	5,1%	1,0%	10,3%
	Problema completo	Count	105	145	71	321
		% of Total	11,6%	16,1%	7,9%	35,5%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34,164 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	33,842	6	,000
Linear-by-Linear Association	24,796	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,14.

O coeficiente Somers’ diz-nos que se definirmos o grupo etário com variável independente e as funções da cognitivas de nível superior como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 14,7%, denotando uma associação fraca entre o grupo etário e as funções da cognitivas de nível superior.

Directional Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.	
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,141	,029	4,774	,000
		FunCogSup Dependent	,147	,030	4,774	,000
		Idade categorizada Dependent	,136	,029	4,774	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 22,2%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p-value < 0.001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,141 e 0,134, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Estes resultados também são estatisticamente significativos (p-value < 0.001).

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,141	,029	4,774	,000
	Kendall's tau-c	,134	,028	4,774	,000
	Gamma	,222	,046	4,774	,000
N of Valid Cases		903			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Funções sensoriais e de dor

Funções auditivas e vestibulares

As **Funções Auditivas** são “funções sensoriais que permitem sentir a presença de sons e discriminar a localização, timbre, intensidade e qualidade dos sons” (CIF).

Em relação a estas Funções (tabela 42) verifica-se que mais de metade da amostra, 59,9%, não apresenta problemas, distribuindo-se estes pelos grupos etários com menos de 84 anos. Por sua vez 24,5% da amostra apresenta um problema moderado ténue, mais evidente entre os 75 e os 84 anos (12,3%). Se juntarmos estes dois grupos verificamos que acumulam 84,4% da amostra.

Tabela 42 - Distribuição das funções auditivas em função da idade

		Idade categorizada			Total	
		65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos		
Funções Auditivas	Nenhum problema	Count	257	234	50	541
		% of Total	28,5%	25,9%	5,5%	59,9%
	Problema moderado ténue	Count	71	111	39	221
		% of Total	7,9%	12,3%	4,3%	24,5%
	Problema moderado intenso	Count	29	46	19	94
		% of Total	3,2%	5,1%	2,1%	10,4%
	Problema completo	Count	6	23	18	47
		% of Total	,7%	2,5%	2,0%	5,2%
	Total	Count	363	414	126	903
		% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%

Os restantes distribuem-se da seguinte forma: com um problema moderado intenso, 10,4% da amostra, mais evidente em indivíduos com idades entre os 75 e os 84 anos; com um problema completo, 5,2% da amostra, com maior expressão nos indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos. Acumulando estes dois últimos grupos, verificamos que 15,6% dos idosos integram um grupo que requer cuidados.

Esta associação é significativa (p -value Chi-Square Tests $< 0,001$), pelo que podemos concluir que existe relação entre as funções auditivas e os diferentes grupos etários.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	56,988 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	54,423	6	,000
Linear-by-Linear Association	50,827	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,56.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos o grupo etário com variável independente e as funções auditivas como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 19,9%, denotando uma associação fraca entre o grupo etário e as funções auditivas.

Directional Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.	
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,206	,029	6,875	,000
		FunAud Dependent	,199	,029	6,875	,000
		Idade categorizada Dependent	,213	,031	6,875	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 34%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p -value $< 0,001$). Os valores de Kendall's tau b e c (0,141 e 0,134, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Estes resultados também são estatisticamente significativos (p -value $< 0,001$).

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,206	,029	6,875	,000
	Kendall's tau-c	,182	,026	6,875	,000
	Gamma	,340	,046	6,875	,000
N of Valid Cases		903			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Dor

Sensação de Dor é uma “sensação desagradável que indica lesão potencial ou real em alguma estrutura do corpo” (CIF).

Em relação à **Sensação de Dor** (tabela 43) verifica-se que 18,5% da amostra não refere qualquer problema e 23,3%, refere apenas problema moderado ténue.

No outro extremo, um expressivo grupo de 36,5% da amostra, apresenta um problema moderado intenso, enquanto que 21,7% da amostra refere um problema completo. Se juntarmos os dois últimos grupos verificamos que representam mais de metade da amostra (58,2%). Não existe associação significativa (*p*-value Chi-Square Tests > 0.05) entre a sensação de dor e o grupo etário.

Tabela 43 - Distribuição da sensação de dor em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 -74 anos	75 - 84 anos	85 ou mais	
Sensação de Dor	Nenhum problema	Count	53	45	14	112
		% of Total	8,8%	7,4%	2,3%	18,5%
	Problema moderado ténue	Count	56	62	23	141
		% of Total	9,3%	10,2%	3,8%	23,3%
	Problema moderado intenso	Count	89	111	21	221
		% of Total	14,7%	18,3%	3,5%	36,5%
	Problema completo	Count	60	55	16	131
		% of Total	9,9%	9,1%	2,6%	21,7%
Total	Count	258	273	74	605	
	% of Total	42,6%	45,1%	12,2%	100,0%	

Chi-Square Tests

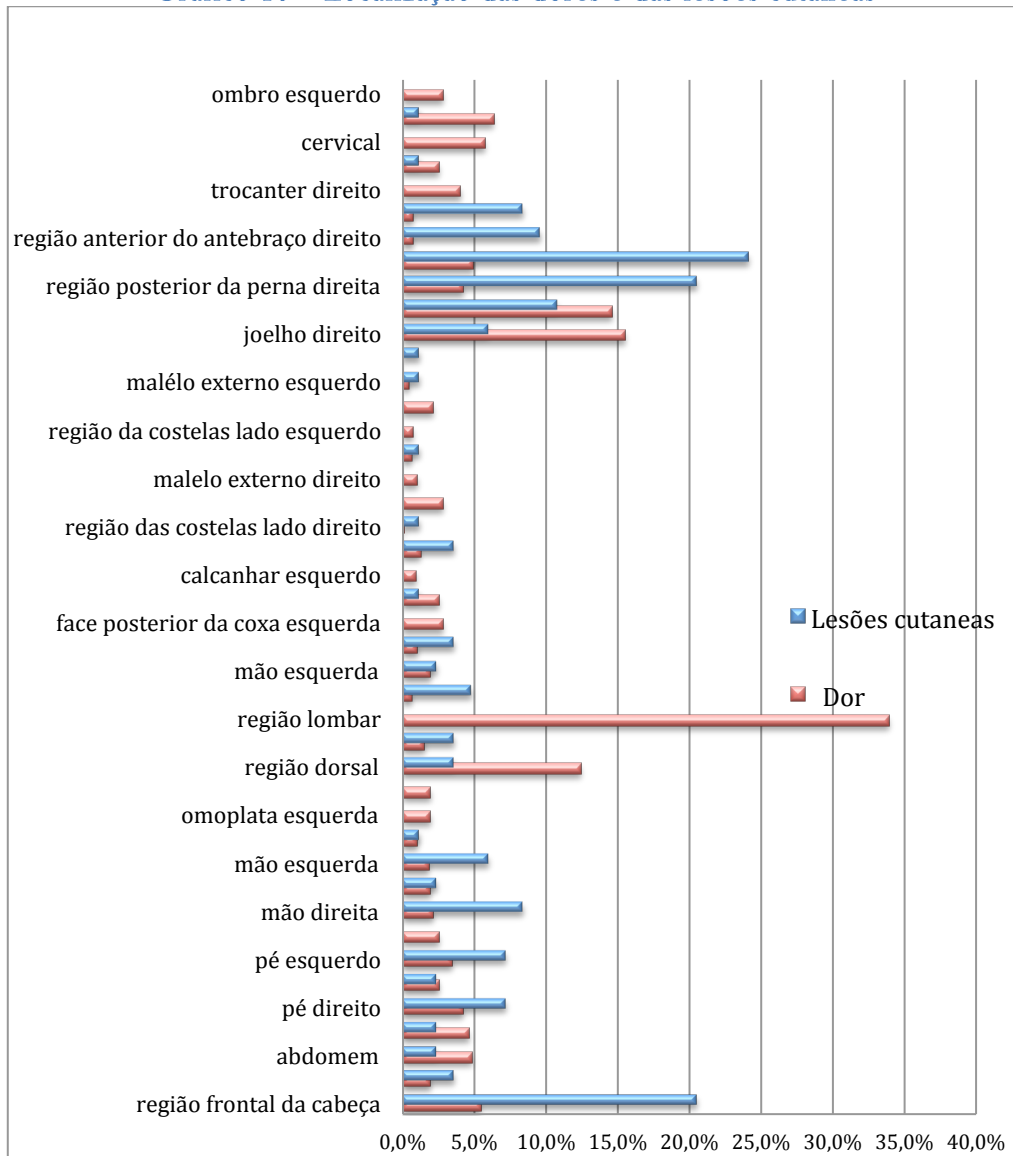
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,938 ^a	6	,327
Likelihood Ratio	6,837	6	,336
Linear-by-Linear Association	,060	1	,806
N of Valid Cases	605		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,70.

Relativamente à localização da dor (gráfico 16), na amostra em estudos a área corporal onde são referenciadas mais dores é a coluna lombar, (33,9%), seguido do joelho direito com 15,5%, do joelho esquerdo com 14,6% e da região dorsal com 12,4%. As restantes áreas corporais tem representação inferior a 10%.

Inquirimos também acerca da localização de lesões cutâneas e verificou-se que a área onde se localizam mais lesões é na face posterior de perna esquerda, 24,1%, face posterior de perna direita e a região frontal da cabeça 20,5%. As restantes áreas corporais tem representação inferior a 10%.

Gráfico 16 - Localização das dores e das lesões cutâneas



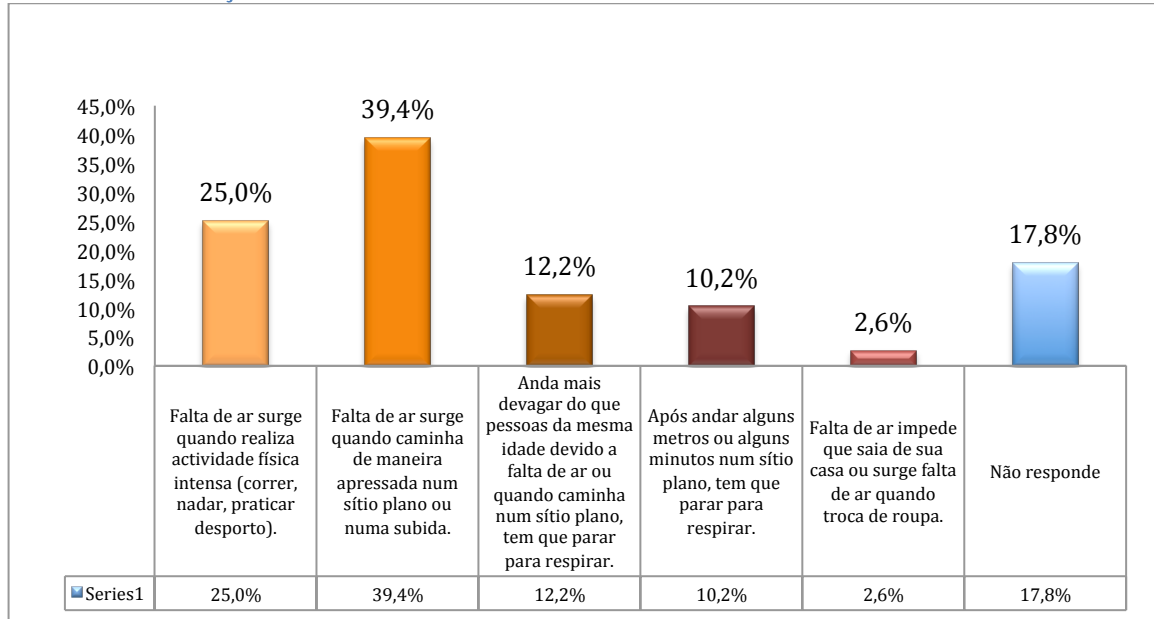
Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório

Funções e sensações adicionais dos aparelhos cardiovascular e respiratório

Funções de Tolerância ao Exercício são “funções relacionadas com a capacidade respiratória e cardiovascular necessárias para a tolerância a esforços físicos” (CIF)

Nestas funções (gráfico 17) verifica-se que 25% dos idosos referem um grau normal de dispneia, enquanto que 39,4% referem falta de ar quando caminham de maneira apressada num sítio plano e 12,2% diz que anda mais devagar tendo por referência pessoas da mesma idade, por sensação de cansaço. O grupo que merece cuidados especiais é constituído por 10,2% que diz conseguir andar apenas alguns metros sem ficar dispneico e por 2,6% da amostra que refere que a dispneia os impede de sair de casa. No total este grupo representa 12,8% do total da amostra.

Gráfico 17 - Funções de tolerância ao exercício



Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino

Funções relacionadas com o aparelho digestivo

Funções de Defecação são as “funções de eliminação de resíduos e alimentos não digeridos, tais como, fezes e funções relacionadas” (CIF).

Em relação estas Funções (tabela 44) verifica-se que quase a totalidade da amostra (97,1%) não refere qualquer dificuldade. Todavia, é de assinalar que 1,6% da amostra apresenta uma alteração com diminuição da frequência e 1,3% apresenta uma alteração com aumento da frequência. Não existe associação significativa (p-value Chi-Square Tests > 0.05) entre as funções de defecação e o grupo etário.

Tabela 44 - Distribuição das alterações às funções de defecação (dicotomizadas) em função da idade

		Idade categorizada			Total	
		65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos		
Funções de defecação dicotomizada	Normal	Count	349	402	120	871
		% of Total	38,9%	44,8%	13,4%	97,1%
	Alteração c/ aumento da frequência	Count	5	5	2	12
		% of Total	,6%	,6%	,2%	1,3%
	Alteração c/ diminuição da frequência.	Count	8	3	3	14
		% of Total	,9%	,3%	,3%	1,6%
Total	Count	362	410	125	897	
	% of Total	40,4%	45,7%	13,9%	100,0%	

Funções Genitourinárias e Reprodutivas

Funções Urinárias

Funções Miccionais são as “funções de eliminação da urina através da bexiga” (CIF)

Em relação às Funções Miccionais (tabela 45) verifica-se que os indivíduos urinam em média 6 vezes por dia.

Tabela 45 - Tratamento estatístico descritivo dos valores relativos às funções miccionais

N	Valid	765
	Missanga	138
Mean		6,38
Median		6,00
Mode		6
Std. Deviation		3,532
Variance		12,479
Kurtosis		124,296
Std. Error of Kurtosis		,177
Minimum		2
Maximum		67

Do total da amostra verifica-se que 3,8% apresenta condições especiais (tabela 46) no que concerne a esta função. Destes indivíduos, pouco mais de metade, 52,9%, usa fralda, 29,4% é incontinente e 17,6% está algaliado. Não existe associação significativa (p-value Chi-Square Tests > 0.05) entre as condições especiais das funções miccionais e o grupo etário.

Tabela 46 - Distribuição das situações especiais relativas às funções miccionais em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 -74 anos	75 - 84 anos	85 ou mais	
Funções Miccionais - condições especiais	Algaliado	Count	0	1	5	6
		% of Total	,0%	2,9%	14,7%	17,6%
	Incontinente	Count	2	4	4	10
		% of Total	5,9%	11,8%	11,8%	29,4%
	Usa Fralda	Count	4	6	8	18
		% of Total	11,8%	17,6%	23,5%	52,9%
Total	Count	6	11	17	34	
	% of Total	17,6%	32,4%	50,0%	100,0%	

Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento

Funções das articulações e dos ossos

Funções de Mobilidade das Articulações são “funções relacionadas com a amplitude e a facilidade de movimento de uma articulação” (CIF).

Em relação às Funções de Mobilidade das Articulações (tabela 47) verifica-se que quase a totalidade dos indivíduos da amostra, 87,4%, não apresenta problemas, sendo mais evidente em indivíduos com idade igual ou inferior a 84 anos; 8,7% apresenta um problema moderado ténue, mais evidente entre os 75 e os 84 anos (4,1%).

No extremo oposto temos 2,0% dos idosos com um problema moderado intenso, mais evidente em indivíduos com idades entre os 75 e os 84 anos. Por fim, com um problema completo temos 1,9% da amostra, com maior tradução nos indivíduos de maior idade, igual ou superior a 85 anos. Esta associação é significativa (p -value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre as Funções de Mobilidade das Articulações e os diferentes grupos etários.

Tabela 47 - Distribuição das funções de mobilidade das articulações em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 -74 anos	75 - 84 anos	85 ou mais	
Funções de Mobilidade das Articulações	Nenhum Problema	Count	334	364	91	789
		% of Total	37,0%	40,3%	10,1%	87,4%
	Problema Moderado Ténue	Count	20	37	22	79
		% of Total	2,2%	4,1%	2,4%	8,7%
	Problema Moderado Intenso	Count	6	9	3	18
		% of Total	,7%	1,0%	,3%	2,0%
	Problema Completo	Count	3	4	10	17
		% of Total	,3%	,4%	1,1%	1,9%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	48,419 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	36,780	6	,000
Linear-by-Linear Association	28,349	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 2 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,37.

Mobilidade do Membro Superior Direito

A mobilidade do membro superior direito (tabela 48) está íntegra em 91,6% da amostra. A este grupo juntam-se mais 5,8% de pessoas que apresenta um problema ténue moderado, o que perfaz 97,4%. Apenas 3,6% da amostra apresenta problema moderado intenso (2,2%) e problema completo (1,4%).

Considerando a distribuição pelos diferentes grupos etários verifica-se uma associação significativa (p -value Chi-Square Tests < 0.05), pelo que podemos concluir que existe relação entre a mobilidade do membro superior direito e a idade.

Tabela 48 - Distribuição da mobilidade do membro superior direito em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 -74 anos	75 - 84 anos	85 ou mais	
MSD	Nenhum problema	Count	343	378	106	827
		% of Total	38,0%	41,9%	11,7%	91,6%
	Problema moderado ténue	Count	13	22	8	43
		% of Total	1,4%	2,4%	,9%	4,8%
	Problema moderado intenso	Count	2	11	7	20
		% of Total	,2%	1,2%	,8%	2,2%
	Problema completo	Count	5	3	5	13
		% of Total	,6%	,3%	,6%	1,4%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,425 ^a	6	,002
Likelihood Ratio	20,036	6	,003
Linear-by-Linear Association	12,958	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 2 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,81.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos o grupo etário com variável independente e a mobilidade do membro superior direito como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 5,4%, denotando uma associação fraca entre o grupo etário e a mobilidade do membro superior direito.

Directional Measures

Ordinal by Ordinal	Somers' d	Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
	Symmetric	,086	,026	3,172	,002
	MSD Dependent	,054	,017	3,172	,002
	Idade categorizada Dependent	,209	,062	3,172	,002

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 32,7%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa ao nível de 5% (p-value < 0.05). Os valores de Kendall's tau b e c (0,107 e 0,050, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Estes resultados também são estatisticamente significativos ao nível de 5% (p-value < 0.05).

Symmetric Measures

Ordinal by Ordinal		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
	Kendall's tau-b	,107	,032	3,172	,002
	Kendall's tau-c	,050	,016	3,172	,002
	Gamma	,327	,093	3,172	,002
N of Valid Cases		903			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Mobilidade Membro Superior Esquerdo

Relativamente à mobilidade do membro superior esquerdo (tabela 49), verifica-se que está mantida em 91,4% da amostra, com mais 4,9% a manifestarem um problema moderado ténue. A acumulação destes dois grupos perfaz 96,3% da amostra, percentagem muito próxima da verificada com o membro superior direito. No outro extremo temos 2,2% das pessoas que refere um problema moderado intenso e 1,6% um problema completo, perfazendo portanto 3,8% de pessoas que carecerão de cuidados terapêuticos.

De assinalar por último que existe uma associação significativa (p-value Chi-Square Tests < 0.05), pelo que podemos concluir que existe relação entre a mobilidade do membro superior esquerdo e os diferentes grupos etários.

Tabela 49 - Distribuição da mobilidade do membro superior esquerdo em função da idade

		Idade categorizada			Total	
		65 -74 anos	75 - 84 anos	85 ou mais		
MSE	Nenhum problema	Count	340	380	105	825
		% of Total	37,7%	42,1%	11,6%	91,4%
	Problema moderado ténue	Count	14	22	8	44
		% of Total	1,6%	2,4%	,9%	4,9%
	Problema moderado intenso	Count	6	6	8	20
		% of Total	,7%	,7%	,9%	2,2%
	Problema completo	Count	3	6	5	14
		% of Total	,3%	,7%	,6%	1,6%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,948 ^a	6	,003
Likelihood Ratio	15,700	6	,015
Linear-by-Linear Association	12,496	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 2 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,95.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos o grupo etário com variável independente e a mobilidade do membro superior esquerdo como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 4,9%, denotando uma associação fraca entre o grupo etário e a mobilidade do membro superior esquerdo.

Directional Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.	
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,078	,027	2,783	,005
		MSE Dependent	,049	,018	2,783	,005
		Idade categorizada Dependent	,185	,064	2,783	,005

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 28,7%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa ao nível de 5% (p-value < 0.05). Os valores de Kendall's tau b e c (0,095 e 0,045, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Estes resultados também são estatisticamente significativos ao nível de 5% (p-value < 0.05).

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,095	,033	2,783	,005
	Kendall's tau-c	,045	,016	2,783	,005
	Gamma	,287	,095	2,783	,005
N of Valid Cases		903			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Mobilidade do Tronco

A mobilidade do tronco (tabela 50) está mantida em 76,4% da amostra. A esta percentagem acresce 14,1% que apresenta um problema moderado ténue na mobilidade do tronco referenciado com mais frequência no grupo etário dos 75-84 anos (7,6%).

Por outro lado, é de mencionar uma percentagem de 7,6% de pessoas que apresenta um problema moderado intenso, acrescido de 1,9% que refere um problema completo. No conjunto este grupo representa 9,5% de idosos que requerem cuidados terapêuticos.

Por último, de referir que se verifica uma associação significativa (p-value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre a mobilidade do tronco e os diferentes grupos etários.

Tabela 50 - Distribuição da mobilidade do tronco em função da idade

		Idade categorizada			Total	
		65 -74 anos	75 - 84 anos	85 ou mais		
Tronco	Nenhum problema	Count	314	309	67	690
		% of Total	34,8%	34,2%	7,4%	76,4%
	Problema moderado ténue	Count	27	69	31	127
		% of Total	3,0%	7,6%	3,4%	14,1%
	Problema moderado intenso	Count	20	30	19	69
		% of Total	2,2%	3,3%	2,1%	7,6%
	Problema completo	Count	2	6	9	17
		% of Total	,2%	,7%	1,0%	1,9%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	70,904 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	64,000	6	,000
Linear-by-Linear Association	53,249	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 1 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,37.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos o grupo etário com variável independente e a mobilidade do tronco como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 18,1%, denotando uma associação fraca entre o grupo etário e a mobilidade tronco.

Directional Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.	
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,221	,030	7,110	,000
		Tronco Dependent	,181	,025	7,110	,000
		Idade categorizada Dependent	,283	,038	7,110	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 43,7%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p-value < 0.001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,226 e 0,165, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Estes resultados também são estatisticamente significativos (p-value < 0.001).

		Symmetric Measures			
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,226	,030	7,110	,000
	Kendall's tau-c	,165	,023	7,110	,000
	Gamma	,437	,054	7,110	,000
N of Valid Cases		903			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Mobilidade do Membro Inferior Direito

A mobilidade do membro inferior direito (MID) está mantida em 76,1% da amostra (tabela 51). A este grupo acrescem 14,6% de pessoas que apresentam um problema moderado ténue, sendo mais frequente nos grupos etários com mais de 75 anos.

No outro extremo da funcionalidade temos um 7,0% das pessoas que apresentam um problema moderado intenso e 2,3% que apresentam um problema completo. Ambos os grupos representam 9,3% do total das pessoas, as quais se distribuem preferencialmente pelos grupos etários com mais de 75 anos.

Constata-se uma associação significativa (p-value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre a mobilidade do membro inferior direito e os diferentes grupos etários.

Tabela 51 - Distribuição da mobilidade do membro inferior direito em função da idade

		Idade categorizada			Total	
		65 -74 anos	75 - 84 anos	85 ou mais		
MID	Nenhum problema	Count	312	308	67	687
		% of Total	34,6%	34,1%	7,4%	76,1%
	Problema moderado ténue	Count	29	72	31	132
		% of Total	3,2%	8,0%	3,4%	14,6%
	Problema moderado intenso	Count	19	26	18	63
		% of Total	2,1%	2,9%	2,0%	7,0%
	Problema completo	Count	3	8	10	21
		% of Total	,3%	,9%	1,1%	2,3%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	67,533 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	61,379	6	,000
Linear-by-Linear Association	51,017	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 1 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,93.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos o grupo etário como variável independente e a mobilidade do membro inferior direito como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 17,8%, denotando uma associação fraca entre o grupo etário e a mobilidade do membro inferior direito.

Directional Measures						
			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,216	,030	6,943	,000
		MID Dependent	,178	,025	6,943	,000
		Idade categorizada Dependent	,275	,038	6,943	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 42,6%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p-value < 0.001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,221 e 0,163, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Estes resultados também são estatisticamente significativos (p-value < 0.001).

Symmetric Measures						
			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b		,221	,031	6,943	,000
	Kendall's tau-c		,163	,023	6,943	,000
	Gamma		,426	,054	6,943	,000
N of Valid Cases			903			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Mobilidade Membro Inferior Esquerdo

À semelhança do MID, a mobilidade do membro inferior esquerdo (MIE) está mantida em 76,9% da amostra (tabela 52). Com ligeiras alterações da mobilidade surge o grupo que apresenta um problema moderado ténue que representa 13,7% da amostra, distribuídos principalmente pelos grupos etários com mais de 75 anos.

No outro extremo, temos também uma quase absoluta sobreposição com o que se passa com o MID, com 7,0% de pessoas a apresentarem um problema moderado intenso e 2,4% a apresentarem um problema completo, o que perfaz por acumulação 9,4% da amostra. Também neste caso as pessoas distribuem-se principalmente pelos grupos etários com mais de 75 anos. Esta associação é significativa (p-value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre a mobilidade do membro inferior esquerdo e os diferentes grupos etários.

Tabela 52 - Distribuição da mobilidade do membro inferior esquerdo em função da idade

		Idade categorizada			Total	
		65 -74 anos	75 - 84 anos	85 ou mais		
MIE	Nenhum problema	Count	315	311	68	694
		% of Total	34,9%	34,4%	7,5%	76,9%
	Problema moderado ténue	Count	26	68	30	124
		% of Total	2,9%	7,5%	3,3%	13,7%
	Problema moderado intenso	Count	19	26	18	63
		% of Total	2,1%	2,9%	2,0%	7,0%
	Problema completo	Count	3	9	10	22
		% of Total	,3%	1,0%	1,1%	2,4%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	67,453 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	62,244	6	,000
Linear-by-Linear Association	51,181	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 1 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,07.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos o grupo etário como variável independente e a mobilidade do membro inferior esquerdo como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 17,8%, denotando uma associação fraca entre o grupo etário e a mobilidade do membro inferior esquerdo.

Directional Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.	
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,218	,030	7,029	,000
		MIE Dependent	,178	,025	7,029	,000
		Idade categorizada Dependent	,282	,038	7,029	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 43,5%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p-value < 0.001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,224 e 0,163, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Estes resultados também são estatisticamente significativos (p-value < 0.001).

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,224	,030	7,029	,000
	Kendall's tau-c	,163	,023	7,029	,000
	Gamma	,435	,054	7,029	,000
N of Valid Cases		903			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Funções musculares

Funções de Força Muscular são “funções relacionadas com a força gerada pela contração de um músculo ou de grupos musculares” (CIF)

Relativamente à força muscular dos membros superiores e inferiores (tabela 53), observa-se que 70% da amostra não apresenta qualquer problema. A alteração mais referenciada é o problema moderado ténue nos grupos etários com mais de 75 anos.

No grupo das pessoas que requerem cuidados, 10,4% apresentam um problema moderado intenso e 3,0% um problema completo, totalizando por acumulação 13,4% da amostra. Em qualquer destes casos as pessoas distribuem-se principalmente pelos grupos etários com mais de 75 anos. Esta associação é significativa (p-value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre a função de força e os diferentes grupos etários.

Tabela 53 - Distribuição das funções de força muscular em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Funções da Força Muscular	Nenhum problema	Count	297	279	56	632
		% of Total	32,9%	30,9%	6,2%	70,0%
	Problema moderado ténue	Count	33	78	39	150
		% of Total	3,7%	8,6%	4,3%	16,6%
	Problema moderado intenso	Count	28	47	19	94
		% of Total	3,1%	5,2%	2,1%	10,4%
	Problema completo	Count	5	10	12	27
		% of Total	,6%	1,1%	1,3%	3,0%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	75,734 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	70,433	6	,000
Linear-by-Linear Association	52,061	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 1 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,77.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos o grupo etário como variável independente e a função de força como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 20,4%, denotando uma associação fraca entre o grupo etário e a função de força.

Directional Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.	
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,230	,029	7,593	,000
		FuncForcaTotal Dependent	,204	,026	7,593	,000
		Idade categorizada Dependent	,264	,034	7,593	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 41,1%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p-value < 0.001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,232 e 0,186, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Estes resultados também são estatisticamente significativos (p-value < 0.001).

		Symmetric Measures			
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,232	,030	7,593	,000
	Kendall's tau-c	,186	,025	7,593	,000
	Gamma	,411	,049	7,593	,000
N of Valid Cases		903			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Funções do Tônus Muscular são “funções relacionadas com a tensão presente nos músculos em repouso e a resistência oferecida quando se tenta mover os músculos passivamente” (CIF).

Relativamente a estas funções (tabela 54) observa-se que 76% da amostra não apresenta problemas. A este grupo acresce 18,5% das pessoas que apresentam um problema moderado ténue, distribuídas principalmente pelos grupos etários com mais de 75 anos.

Por último, 3,2% das pessoas apresentam um problema moderado intenso e 2,3% um problema completo, em ambos os casos com distribuição predominante pelos grupos etários com mais de 75 anos. Esta associação é significativa (p-value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre a função de tônus muscular e os diferentes grupos etários.

Tabela 54 - Distribuição das funções do tônus muscular em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Funções do Tônus Muscular	Nenhum problema	Count	304	309	73	686
		% of Total	33,7%	34,2%	8,1%	76,0%
	Problema moderado ténue	Count	47	83	37	167
		% of Total	5,2%	9,2%	4,1%	18,5%
	Problema moderado intenso	Count	6	13	10	29
		% of Total	,7%	1,4%	1,1%	3,2%
	Problema completo	Count	6	9	6	21
		% of Total	,7%	1,0%	,7%	2,3%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	38,485 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	35,699	6	,000
Linear-by-Linear Association	30,106	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 2 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,93.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos o grupo etário como variável independente e a função de tónus muscular como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 14,1%, denotando uma associação fraca entre o grupo etário e a função de tónus muscular.

Directional Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Somers' d				
	Symmetric	,172	,030	5,548	,000
	F Tonus Total Dependent	,141	,025	5,548	,000
	Idade categorizada Dependent	,222	,039	5,548	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 34,9%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p-value < 0.001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,177 e 0,129, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Estes resultados também são estatisticamente significativos (p-value < 0.001).

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,177	,031	5,548	,000
	Kendall's tau-c	,129	,023	5,548	,000
	Gamma	,349	,058	5,548	,000
N of Valid Cases		903			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

ESTRUTURAS DO CORPO

As **estruturas do corpo** são partes anatômicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes. As **deficiências** são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda.

As Estruturas do Corpo incluídas neste estudo são as constantes da tabela seguinte.

		Estruturas Incluídas
Estruturas Relacionadas com a Voz e a Fala	Estrutura da boca	s3200 Dentes
Estruturas Relacionadas com o Movimento	s730 Estrutura do membro superior	
	s750 Estrutura do membro inferior	

Estruturas Relacionadas com a Voz e a Fala

Estruturas da Boca

Dentes

Relativamente aos dentes (tabela 55), verifica-se que apenas 26,7% da amostra tem uma dentição funcional ou seja, tem pelo menos vinte dentes anteriores em oclusão, dos quais estão presentes ou reabilitados oito incisivos, quatro caninos e oito pré-molares.

Os restantes 73,3% não têm uma dentição funcional. Esta distribuição não tem qualquer relação significativa com a idade. Não existe associação significativa (p -value Chi-Square Tests > 0.05) entre a dentição e o grupo etário.

Tabela 55 - Distribuição da funcionalidade da dentição em função da idade

		Idade categorizada			Total	
		65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos		
Dentição	Dentição não funcional	Count	264	297	101	662
		% of Total	29,2%	32,9%	11,2%	73,3%
	Dentição funcional	Count	99	117	25	241
		% of Total	11,0%	13,0%	2,8%	26,7%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,606 ^a	2	,165
Likelihood Ratio	3,793	2	,150
Linear-by-Linear Association	1,382	1	,240
N of Valid Cases	903		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 33,63.

Estruturas Relacionadas com o Movimento

Estruturas do Membro Superior Direito e Esquerdo

Não foram detetadas quaisquer alterações nas estruturas dos membros superior direito ou esquerdo tal como se pode constatar na tabela 56.

Tabela 56 - Distribuição das estruturas do MSD e MSE em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Estruturas do Membro Superior Direito e Esquerdo	Nenhum problema	Count	363	414	126	903
		% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%
Total		Count	363	414	126	903
		% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%

Estrutura do Membro Inferior Direito

Relativamente às estruturas do membro inferior direito (MID), constata-se que cerca de $\frac{3}{4}$ (75,7%) não apresenta qualquer problema (tabela 57). A estes acrescem mais 19,9% que referem um problema moderado ténue. Em qualquer um destes dois grupos verifica-se uma predominância de pessoas inseridas nos dois primeiros grupos etários.

Por outro lado, 3,3% das pessoas apresenta um problema moderado intenso, acrescido de 1,0% com um problema completo o que totaliza por acumulação 4,3% da amostra. Constata-se que estas pessoas se distribuem preferencialmente pelos grupos etários com mais de 75 anos.

Tabela 57 - Distribuição das estruturas do MID em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Estruturas do Membro Inferior Direito	nenhum problema	Count	288	311	85	684
		% of Total	31,9%	34,4%	9,4%	75,7%
	problema moderado ténue	Count	63	90	27	180
		% of Total	7,0%	10,0%	3,0%	19,9%
	problema moderado intenso	Count	11	10	9	30
		% of Total	1,2%	1,1%	1,0%	3,3%
	problema completo	Count	1	3	5	9
		% of Total	,1%	,3%	,6%	1,0%
Total		Count	363	414	126	903
		% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%

Uma vez que para se poder aplicar o teste do Qui-quadrado apenas podemos ter 20% das classes com $E_i < 5 \Rightarrow$ agrupámos a 3ª classe (problema moderado intenso) com a 4ª classe (problema completo) da variável capacidade de atenção (tabela 58).

Tabela 58 - Distribuição das estruturas do MID, com as classes de resposta agrupadas, em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Estruturas do Membro Inferior Direito agrupada	Nenhum problema	Count	288	311	85	684
		% of Total	31,9%	34,4%	9,4%	75,7%
	Problema moderado ténue	Count	63	90	27	180
		% of Total	7,0%	10,0%	3,0%	19,9%
	Problema moderado intenso e Problema completo	Count	12	13	14	39
		% of Total	1,3%	1,4%	1,6%	4,3%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Esta associação é significativa (p-value Chi-Square Tests $\leq 0,001$), pelo que podemos concluir que existe relação entre a alteração das estruturas do MID e os diferentes grupos etários.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,465 ^a	4	,001
Likelihood Ratio	15,633	4	,004
Linear-by-Linear Association	10,278	1	,001
N of Valid Cases	903		

a. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,44.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos o grupo etário como variável independente e a alteração das estruturas do MID como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 6,8%, denotando uma associação fraca entre o grupo etário e a alteração das estruturas do MID.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,084	,031	2,657	,008
		Estruturas do Membro Inferior Direito agrupada Dependente	,068	,026	2,657	,008
		Idade categorizada Dependente	,108	,040	2,657	,008

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 17,4%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa ao nível de 5% (p-value $< 0,05$). Os valores de Kendall's tau b e c (0,086 e 0,062, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Estes resultados também são estatisticamente significativos ao nível de 5% (p-value $< 0,05$).

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,086	,032	2,657	,008
	Kendall's tau-c	,062	,024	2,657	,008
	Gamma	,174	,064	2,657	,008
N of Valid Cases		903			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Estruturas do Membro Inferior Esquerdo

Observa-se que 74,3% da amostra não referiu nenhum problema nas estruturas do Membro Inferior Esquerdo (MIE) e 21,2% refere apenas um problema moderado ténue (tabela 59). Temos todavia 3,1% das pessoas que referem um problema moderado intenso, acrescido de mais 1,4% que referem um problema completo, perfazendo 4,5% do total da amostra.

Relacionando as alterações da estruturas do membro inferior esquerdo com a idade, verifica-se que é a população com mais de 75 anos que refere mais alterações estruturais no membro inferior esquerdo. Esta associação é significativa (*p*-value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre as alterações do membro inferior esquerdo e os diferentes grupos etários.

Tabela 59 - Distribuição das estruturas do MIE em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Estruturas do Membro Inferior Esquerdo	nenhum problema	Count	284	306	81	671
		% of Total	31,5%	33,9%	9,0%	74,3%
	problema moderado ténue	Count	71	94	26	191
		% of Total	7,9%	10,4%	2,9%	21,2%
	problema moderado intenso	Count	7	10	11	28
		% of Total	,8%	1,1%	1,2%	3,1%
	problema completo	Count	1	4	8	13
		% of Total	,1%	,4%	,9%	1,4%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	43,661 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	31,832	6	,000
Linear-by-Linear Association	22,381	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 2 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,81.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos o grupo etário como variável independente e as alterações do membro inferior esquerdo como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 8,4%, denotando uma associação fraca entre o grupo etário e as alterações do membro inferior esquerdo.

Directional Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.	
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,101	,032	3,160	,002
		estminfesq Dependent	,084	,026	3,160	,002
		Idade categorizada Dependent	,127	,040	3,160	,002

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 20,4%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa ao

nível de 5% (p-value < 0.05). Os valores de Kendall's tau b e c (0,086 e 0,062, respectivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Estes resultados também são estatisticamente significativos ao nível de 5% (p-value < 0.05).

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,103	,032	3,160	,002
	Kendall's tau-c	,077	,024	3,160	,002
	Gamma	,204	,062	3,160	,002
N of Valid Cases		903			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

ATIVIDADES DE PARTICIPAÇÃO

Atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. **Participação** é envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real. **Limitações da atividade** são dificuldades que o indivíduo pode ter na execução de atividades.

Restrições de participação são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real (CIF).

As atividades de participação incluídas neste estudo são as constantes da tabela seguinte.

		Atividades Incluídas
Aprendizagem e Aplicação de Conhecimentos	Aprendizagem Básica	D155 Adquirir competências
	Aplicação do conhecimento	d166 Concentrar a atenção d170 Ler d175 Escrever d175 Resolver problemas
Tarefas e Exigências Gerais		d230 Realizar a rotina diária
Comunicação	Comunicar e receber mensagens	d310 Comunicar e receber mensagens orais
	Comunicar e Produzir Mensagens	d330 Falar
	Conversação e utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação	d350 Conversação
Mobilidade	Transportar, mover e manusear objetos	d445 Utilização da mão e do braço
	Andar e Deslocar-se	d450 Andar d455 Deslocar-se
Autocuidados		d510 Lavar-se
		d520 Cuidar de partes do corpo
		d530 Cuidados relacionados com os processos de excreção
		d540 Vestir-se
		d550 Comer
Vida comunitária, social e cívica		d560 Beber d910 Vida comunitária

Aprendizagem e Aplicação de Conhecimentos

Aprendizagem Básica

Adquirir competências é uma atividade que consiste em adquirir as capacidades básicas e complexas necessárias para a execução de um conjunto integrado de ações ou tarefas de maneira que, ao adquirir essa competência, consiga iniciar e concluir a sua execução (CIF).

Em relação à aquisição de competências (tabela 60) verifica-se que pouco mais de metade da amostra (54,9%), não apresenta dificuldades, sendo essa ausência de dificuldades mais evidente em indivíduos com idade igual ou inferior a 84 anos. 29,8% apresenta dificuldade moderada ténue, mais evidente entre os 75 e os 84 anos (15,7%). Uma dificuldade moderada intensa verifica-se em 13,6% da amostra, mais evidente em indivíduos com idades entre os 75 e os 84 anos. Apenas 1,7% da amostra apresenta uma dificuldade total, com maior tradução nos indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos. Esta associação é significativa (p-value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre a aquisição de competências e os diferentes grupos etários.

Tabela 60 - Distribuição da capacidade de aquisição de competências em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 -74 anos	75 - 84 anos	85 ou mais	
Aquisição de competências	Sem dificuldades	Count	239	203	38	480
		% of Total	27,3%	23,2%	4,3%	54,9%
	Dificuldade moderada ténue	Count	91	137	33	261
		% of Total	10,4%	15,7%	3,8%	29,8%
	Dificuldade moderadamente intenso	Count	26	58	35	119
		% of Total	3,0%	6,6%	4,0%	13,6%
	Dificuldade total	Count	2	6	7	15
		% of Total	,2%	,7%	,8%	1,7%
Total	Count	358	404	113	875	
	% of Total	40,9%	46,2%	12,9%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	76,665 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	68,722	6	,000
Linear-by-Linear Association	65,960	1	,000
N of Valid Cases	875		

a. 1 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,94.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos o grupo etário como variável independente e a aquisição de competências como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 23,3%, denotando uma associação fraca entre o grupo etário e a aquisição de competências.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,235	,030	7,626	,000
		Aquisição de competências Dependent	,233	,030	7,626	,000
		Idade categorizada Dependent	,237	,031	7,626	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 38,1%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p-value < 0.001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,235 e 0,211, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Estes resultados também são estatisticamente significativos (p-value < 0.001).

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,235	,030	7,626	,000
	Kendall's tau-c	,211	,028	7,626	,000
	Gamma	,381	,046	7,626	,000
N of Valid Cases		875			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Aplicação do conhecimento

Concentrar a Atenção é uma atividade que consiste em concentrar, intencionalmente, a atenção em estímulos específicos, desligando-se dos ruídos que distraem (CIF).

Em relação a esta atividade (tabela 61) verifica-se que mais de metade da amostra, 62,3%, não apresenta dificuldades, distribuindo-se estes pelos grupos etários com idade igual ou inferior a 84 anos. 26% apresenta dificuldade moderada ténue, mais evidente entre os 75 e os 84 anos (14%).

Com uma dificuldade moderada intensa temos 10,6% da amostra, mais evidente em indivíduos com idades entre os 75 e os 84 anos. Com uma dificuldade total temos apenas 1,2% da amostra, com maior tradução nos indivíduos com igual ou superior a 75 anos. Estes dois grupos representam, por acumulação, 11,8% do total da amostra.

Tabela 61 - Distribuição da capacidade de concentração em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 -74 anos	75 - 84 anos	85 ou mais	
Capacidade de concentração	Sem dificuldades	Count	261	230	50	541
		% of Total	30,0%	26,5%	5,8%	62,3%
	Dificuldade moderada ténue	Count	74	122	30	226
		% of Total	8,5%	14,0%	3,5%	26,0%
	Dificuldade moderadamente intenso	Count	21	46	25	92
		% of Total	2,4%	5,3%	2,9%	10,6%
	Dificuldade total	Count	1	4	5	10
		% of Total	,1%	,5%	,6%	1,2%
Total	Count	357	402	110	869	
	% of Total	41,1%	46,3%	12,7%	100,0%	

Uma vez que para se poder aplicar o teste do Qui-quadrado apenas podemos ter 20% das classes com $E_i < 5 \Rightarrow$ agrupámos a 3ª classe (Dificuldade moderadamente intenso) com a 4ª classe (Dificuldade total) da variável capacidade de concentração (tabela 62).

Tabela 62 - Distribuição da capacidade de concentração, com classes de resposta agrupadas, em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Capacidade de concentração agrupada	Sem dificuldades	Count	261	230	50	541
		% of Total	30,0%	26,5%	5,8%	62,3%
	Dificuldade moderada ténue	Count	74	122	30	226
		% of Total	8,5%	14,0%	3,5%	26,0%
	Dificuldade moderadamente intenso e Dificuldade total	Count	22	50	30	102
		% of Total	2,5%	5,8%	3,5%	11,7%
Total	Count	357	402	110	869	
	% of Total	41,1%	46,3%	12,7%	100,0%	

Esta agrupamento permitiu-nos perceber que a associação é significativa (p-value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre a capacidade de concentração e os diferentes grupos etários.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	52,429 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	48,563	4	,000
Linear-by-Linear Association	46,103	1	,000
N of Valid Cases	869		

a. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,91.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos o grupo etário como variável independente e a capacidade de concentração como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 19,2%, denotando uma associação fraca entre o grupo etário e a capacidade de concentração.

Directional Measures						
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.	
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,204	,031	6,517	,000
		Capacidade de concentração agrupada Dependente	,192	,029	6,517	,000
		Idade categorizada Dependente	,217	,033	6,517	,000

a. Not assuming the null hypothesis. b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 35,1%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p-value < 0.001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,204 e 0,173, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Estes resultados também são estatisticamente significativos (p-value < 0.001).

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,204	,031	6,517	,000
	Kendall's tau-c	,173	,027	6,517	,000
	Gamma	,351	,050	6,517	,000
N of Valid Cases		869			

a. Not assuming the null hypothesis. b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Ler consiste em realizar atividades envolvidas na compreensão e interpretação de textos escritos (e.g., livros, instruções ou jornais em texto ou em Braille), com o objectivo de adquirir conhecimentos gerais ou informações específicas (CIF).

Tabela 63 - Distribuição da capacidade de leitura em função da idade

		Idade categorizada			Total	
		65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos		
Capacidade de leitura	Nenhuma dificuldade	Count	162	128	23	313
		% of Total	17,9%	14,2%	2,5%	34,7%
	dificuldade moderada ténue	Count	100	91	30	221
		% of Total	11,1%	10,1%	3,3%	24,5%
	dificuldade moderada intensa	Count	8	14	3	25
		% of Total	,9%	1,6%	,3%	2,8%
	dificuldade completo	Count	93	181	70	344
		% of Total	10,3%	20,0%	7,8%	38,1%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Relativamente a esta atividade (tabela 63) verifica-se que o grupo etário dos 65-74 anos é o que apresenta uma maior frequência de resposta nas classes: nenhuma dificuldade de leitura (34,7%) e dificuldade de leitura moderada ténue (24,5%). Nas classes dificuldade de leitura moderada intensa (2,8%) e dificuldade de leitura completa (38,1%) é o grupo etário dos 75 a 84 anos que apresenta uma maior frequência observada. De sublinhar ainda que estes valores devem ser

comparados com os 30,7% de pessoas que relativamente ao nível de escolaridade afirmaram não saber ler nem escrever.

Esta associação é significativa (p -value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre a capacidade de leitura e os diferentes grupos etários.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	53,739 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	55,503	6	,000
Linear-by-Linear Association	51,216	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 1 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,49.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos a idade como variável independente e a capacidade de leitura como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 22,4%, denotando uma associação fraca entre ambas.

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Somers' d				
	Symmetric	,212	,028	7,524	,000
	Capacidade de leitura Dependent	,224	,030	7,524	,000
	Idade categorizada Dependent	,202	,027	7,524	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 32,7%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p -value < 0.001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,213 e 0,204, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Este resultado também é estatisticamente significativo (p -value < 0.001).

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,213	,028	7,524	,000
	Kendall's tau-c	,204	,027	7,524	,000
	Gamma	,327	,042	7,524	,000
N of Valid Cases		903			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Escrever é utilizar ou compor símbolos para transmitir informações, como por exemplo, elaborar um relatório escrito de eventos ou ideias ou redigir uma carta (CIF).

Relativamente à atividade escrever (tabela 64) constata-se que cerca de 35,2% não apresenta nenhuma dificuldade de escrita. A este junta-se um grupo de 20,9% de pessoas que apresenta uma dificuldade moderada ténue com idêntica distribuição pelas classes de resposta nos grupos etários dos 65 a 74 anos e 75 a 84 anos.

Nas restantes classes, 6,1% apresentam uma dificuldade moderada intensa e 37,8% uma dificuldade completa, totalizando, por acumulação, 43,9% do total da amostra. Em ambos os casos é

no grupo etário dos 75 a 84 anos que apresenta uma maior frequência observada. Também neste caso, estes valores devem ser comparados com os referidos relativamente aos 30,7% que afirmaram não saber ler nem escrever.

Tabela 64 - Distribuição da capacidade de escrever em função da idade

		Idade categorizada			Total		
		65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos			
Capacidade de escrita	Nenhuma dificuldade	Count	175	125	18	318	
		% of Total	19,4%	13,8%	2,0%	35,2%	
	Dificuldade moderada ténue	Count	72	83	34	189	
		% of Total	8,0%	9,2%	3,8%	20,9%	
	Dificuldade moderada intensa	Count	22	28	5	55	
		% of Total	2,4%	3,1%	,6%	6,1%	
	Dificuldade completa	Count	94	178	69	341	
		% of Total	10,4%	19,7%	7,6%	37,8%	
	Total		Count	363	414	126	903
			% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%

Esta associação é significativa (p -value Chi-Square Tests $< 0,001$), pelo que podemos concluir que existe relação entre a capacidade de escrita e os diferentes grupos etários.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	66,032a	6	,000
Likelihood Ratio	69,275	6	,000
Linear-by-Linear Association	54,786	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,67.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos a idade como variável independente e a capacidade de escrita como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 24,2%, denotando uma associação fraca entre ambas.

Directional Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^b	Approx. T ^a	Approx. Sig.	
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,227	,028	8,190	,000
		Idade categorizada Dependent	,215	,026	8,190	,000
		Capacidade de escrita Dependent	,242	,029	8,190	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 34,6%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p -value $< 0,001$). Os valores de Kendall's tau b e c (0,228 e 0,221, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Este resultado também é estatisticamente significativo (p -value $< 0,001$).

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^b	Approx. T ^a	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,228	,028	8,190	,000
	Kendall's tau-c	,221	,027	8,190	,000
	Gamma	,346	,041	8,190	,000
N of Valid Cases		903			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Resolver Problemas consiste na atividade de encontrar soluções para problemas ou situações identificando e analisando questões, desenvolvendo opções e soluções, avaliando os potenciais efeitos das soluções, e executando uma solução selecionada, como por exemplo, na resolução de uma disputa entre duas pessoas (CIF).

Relativamente à atividade resolver problemas (tabela 65) constata-se que cerca de metade (49,5%) dos idosos não apresenta qualquer dificuldade. A estes acrescem 19,0% de pessoas que apresentam uma dificuldade moderada ténue. Em ambas as classes é o grupo etário dos 65-74 anos o que apresenta uma maior frequência de resposta.

A classe dificuldade moderada intensa representa 14,3% da amostra e a classe dificuldade completa 17,2%. Nestas duas classes é o grupo etário dos 75-84 anos que apresenta uma maior frequência observada. Esta associação é significativa (p -value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre a capacidade de resolver problemas e os diferentes grupos etários.

Tabela 65 - Distribuição da capacidade de resolver problemas em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Capacidade de resolver problemas	Nenhum dificuldade	Count	217	187	43	447
		% of Total	24,0%	20,7%	4,8%	49,5%
	Dificuldade moderada ténue	Count	67	86	19	172
		% of Total	7,4%	9,5%	2,1%	19,0%
	Dificuldade moderada intensa	Count	42	64	23	129
		% of Total	4,7%	7,1%	2,5%	14,3%
	Dificuldade completa	Count	37	77	41	155
		% of Total	4,1%	8,5%	4,5%	17,2%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	48,877 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	47,359	6	,000
Linear-by-Linear Association	45,750	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18,00.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 29,8%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p -value < 0.001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,193 e 0,185, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Este resultado também é estatisticamente significativo (p -value < 0.001).

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^b	Approx. T ^a	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,193	,029	6,601	,000
	Kendall's tau-c	,185	,028	6,601	,000
	Gamma	,298	,043	6,601	,000
N of Valid Cases		903			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos a idade como variável independente e a capacidade de resolver problemas como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 20,3%, denotando uma associação fraca entre ambas.

Directional Measures				Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric		,193	,029	6,601	,000
		Idade categorizada Dependent		,184	,028	6,601	,000
		Capacidade de resolver problemas Dependent		,203	,030	6,601	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tarefas e Exigências Gerais

Realizar a Rotina Diária consiste na atividade de realizar ações coordenadas simples ou complexas de modo a poder planear, gerir e responder às exigências das tarefas e das obrigações do dia-a-dia, como por exemplo, administrar o tempo e planear as atividades individuais ao longo do dia (CIF).

Relativamente a esta atividade (tabela 66) constatamos que 60,9% das pessoas não refere quaisquer dificuldades, às quais acrescem mais 28,0% cujas dificuldades são moderadas. O grupo etário dos 65 a 74 anos é o que apresenta uma maior frequência de resposta na classe nenhuma dificuldade, na realização da rotina diária. Nas classe dificuldade moderada ténue é o grupo etário dos 75 a 84 anos que apresenta uma maior frequência observada.

A classe dificuldade moderada intensa representa 5,9% da amostra e também neste caso a maior frequência observada se situa no grupo dos 75-84 anos. Na classe dificuldade completa (5,2%), são os grupos etários dos 75 a 84 anos e dos 85 ou mais anos os que apresentam a maior frequência.

Tabela 66 - Distribuição da capacidade de desenvolver a rotina diária em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Rotina diária	Nenhuma dificuldade	Count	265	240	45	550
		% of Total	29,3%	26,6%	5,0%	60,9%
	Dificuldade moderada ténue	Count	78	132	43	253
		% of Total	8,6%	14,6%	4,8%	28,0%
	Dificuldade moderada intensa	Count	11	23	19	53
		% of Total	1,2%	2,5%	2,1%	5,9%
	Dificuldade completa	Count	9	19	19	47
		% of Total	1,0%	2,1%	2,1%	5,2%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Esta associação é significativa (p -value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre a capacidade de realização da rotina diária e os diferentes grupos etários.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	84,198 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	75,004	6	,000
Linear-by-Linear Association	69,955	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,56.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos a idade como variável independente e a capacidade de realização da rotina diária como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 23,1%, denotando uma associação fraca entre ambas.

Directional Measures

Ordinal by Ordinal	Somers' d		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
		Symmetric	,244	,030	7,957	,000
		Idade categorizada Dependent	,258	,032	7,957	,000
		Rotina diária Dependent	,231	,028	7,957	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 40,7%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p -value < 0.001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,244 e 0,211, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Este resultado também é estatisticamente significativo (p -value < 0.001).

Symmetric Measures

Ordinal by Ordinal		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
	Kendall's tau-b	,244	,030	7,957	,000
	Kendall's tau-c	,211	,027	7,957	,000
	Gamma	,407	,046	7,957	,000
N of Valid Cases		903			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Comunicação

Comunicar e receber mensagens

Comunicar e receber mensagens orais - Esta atividade consiste em compreender os significados literais e implícitos das mensagens em linguagem oral, como por exemplo, compreender que uma declaração corresponde a um facto ou é uma expressão idiomática

Em relação a esta atividade (tabela 67) verifica-se que a maior parte da amostra, 72,6%, não apresenta dificuldades, distribuindo-se esta percentagem principalmente pelos grupos etários com idade, igual ou inferior a 84 anos; 18,6% apresenta dificuldade moderada ténue, mais evidente entre os 75 e os 84 anos (9,5).

Em contrapartida, 8,2% da amostra apresenta uma dificuldade moderada intensa, mais evidente em indivíduos com idades entre os 75 e os 84 anos. Com uma dificuldade total apenas temos

0,7% da amostra, com maior tradução nos indivíduos com idades entre os 75-84 anos. Deste modo, verificamos que 8,9% dos idosos desta amostra requerem cuidados terapêuticos.

Tabela 67 - Distribuição da capacidade de compreender em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 -74 anos	75 - 84 anos	85 ou mais	
Capacidade de compreender	Sem dificuldades	Count	294	282	56	632
		% of Total	33,8%	32,4%	6,4%	72,6%
	Dificuldade moderada ténue	Count	47	83	32	162
		% of Total	5,4%	9,5%	3,7%	18,6%
	Dificuldade moderadamente intenso	Count	14	34	23	71
		% of Total	1,6%	3,9%	2,6%	8,2%
	Dificuldade total	Count	1	4	1	6
		% of Total	,1%	,5%	,1%	,7%
Total	Count	356	403	112	871	
	% of Total	40,9%	46,3%	12,9%	100,0%	

Uma vez que para se poder aplicar o teste do Qui-quadrado apenas podemos ter 20% das classes com $E_i < 5 \Rightarrow$ agrupámos a 3ª classe (Dificuldade moderadamente intenso) com a 4ª classe (Dificuldade total) da variável capacidade de compreender (tabela 68).

Tabela 68 - Distribuição da capacidade de compreender, com classes de resposta agrupadas, em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Capacidade de compreender agrupada	Sem dificuldades	Count	294	282	56	632
		% of Total	33,8%	32,4%	6,4%	72,6%
	Dificuldade moderada ténue	Count	47	83	32	162
		% of Total	5,4%	9,5%	3,7%	18,6%
	Dificuldade moderadamente intenso e Dificuldade total	Count	15	38	24	77
		% of Total	1,7%	4,4%	2,8%	8,8%
Total	Count	356	403	112	871	
	% of Total	40,9%	46,3%	12,9%	100,0%	

Esta associação é significativa (p-value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre a capacidade de compreender e os diferentes grupos etários.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	54,439 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	51,269	4	,000
Linear-by-Linear Association	51,315	1	,000
N of Valid Cases	871		

a. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,90.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos o grupo etário como variável independente e a capacidade de compreender como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 18,4%, denotando uma associação fraca entre o grupo etário e a capacidade de compreender.

Directional Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.	
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,215	,030	6,838	,000
		Capacidade de compreender agrupada Dependent	,184	,027	6,838	,000
		Idade categorizada Dependent	,257	,036	6,838	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 40,7%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p-value < 0.001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,218 e 0,166, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Estes resultados também são estatisticamente significativos (p-value < 0.001).

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,218	,031	6,838	,000
	Kendall's tau-c	,166	,024	6,838	,000
	Gamma	,407	,053	6,838	,000
N of Valid Cases		871			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Comunicar e Produzir Mensagens

Falar, esta atividade consiste em produzir mensagens verbais constituídas por palavras, frases e passagens mais longas com significado literal e implícito, como por exemplo, expressar um facto ou contar uma história (CIF).

Em relação a esta atividade (tabela 69) verifica-se que quase a totalidade da amostra, 87%, não apresenta dificuldades, sendo essa ausência mais evidente em indivíduos com idade igual ou inferior a 84 anos; 9,8% apresenta dificuldade moderada ténue, mais evidente entre os 75 e os 84 anos (5,2).

Com uma dificuldade moderadamente intensa temos 2,3% da amostra, mais evidente nos indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos. Apenas 0,9% apresentam uma dificuldade total com uma distribuição pelos grupos etários semelhante à anterior.

Tabela 69 - Distribuição da capacidade de falar em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 -74 anos	75 - 84 anos	85 ou mais	
Produzir mensagens verbais	Sem dificuldades	Count	334	347	82	763
		% of Total	38,1%	39,6%	9,4%	87,0%
	Dificuldade moderada ténue	Count	19	46	21	86
		% of Total	2,2%	5,2%	2,4%	9,8%
	Dificuldade moderadamente intenso	Count	4	8	8	20
		% of Total	,5%	,9%	,9%	2,3%
	Dificuldade total	Count	1	4	3	8
		% of Total	,1%	,5%	,3%	,9%
Total	Count	358	405	114	877	
	% of Total	40,8%	46,2%	13,0%	100,0%	

Uma vez que para se poder aplicar o teste do Qui-quadrado apenas podemos ter 20% das classes com $E_i < 5 \Rightarrow$ agrupámos a 3ª classe (Dificuldade moderadamente intenso) com a 4ª classe (Dificuldade total) da variável produzir mensagens verbais (tabela 70).

Tabela 70 - Distribuição da capacidade de falar, com classes de resposta agrupadas, em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Produzir Mensagens verbais agrupada	Sem dificuldades	Count	334	347	82	763
		% of Total	38,1%	39,6%	9,4%	87,0%
	Dificuldade moderada ténue	Count	19	46	21	86
		% of Total	2,2%	5,2%	2,4%	9,8%
	Dificuldade moderadamente intenso e Dificuldade total	Count	5	12	11	28
		% of Total	,6%	1,4%	1,3%	3,2%
Total	Count	358	405	114	877	
	% of Total	40,8%	46,2%	13,0%	100,0%	

Esta associação é significativa (p-value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre o falar e os diferentes grupos etários.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	40,268 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	35,778	4	,000
Linear-by-Linear Association	35,463	1	,000
N of Valid Cases	877		

a. 1 cells (11,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,64.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos o grupo etário como variável independente e a capacidade de compreender como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 11,4%, denotando uma associação fraca entre o grupo etário e a capacidade de compreender.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,165	,028	5,444	,000
		Produzir Mensagens verbais agrupada Dependent	,114	,021	5,444	,000
		Idade categorizada Dependent	,296	,049	5,444	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 45,8%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p-value < 0.001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,184 e 0,103, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Estes resultados também são estatisticamente significativos (p-value < 0.001).

		Symmetric Measures			
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,184	,031	5,444	,000
	Kendall's tau-c	,103	,019	5,444	,000
	Gamma	,458	,070	5,444	,000
N of Valid Cases		877			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Conversa o e utiliza o de dispositivos e de t cnicas de comunica o

Conversa o esta atividade consiste em iniciar, manter e finalizar uma troca de pensamentos e ideias, realizada atrav s da linguagem escrita, oral, gestual ou de outras formas de linguagem (CIF).

Em rela o a esta atividade (tabela 71) verifica-se que mais de $\frac{3}{4}$ da amostra (78,8%) n o apresenta quaisquer dificuldades, distribuindo-se estes predominantemente pelos grupos et rios igual ou inferior a 84 anos; 12,1% apresenta dificuldade moderada t nuo, mais evidente entre os 75 e os 84 anos (6,2).

Com uma dificuldade moderadamente intensa nesta atividade temos 8,0% da amostra, mais evidente nos indiv duos com idade igual ou superior a 75 anos. 1,1% da amostra apresenta dificuldade total, tamb m neste caso com distribui o predominante nos grupos com mais de 75 anos. Por acumula o constatamos que 9,1% do total requer cuidados terap uticos.

Tabela 71 - Distribu o da capacidade de conversar em fun o da idade

		Idade categorizada			Total	
		65 -74 anos	75 - 84 anos	85 ou mais		
Conversar	Sem dificuldades	Count	311	313	68	692
		% of Total	35,4%	35,6%	7,7%	78,8%
	Dificuldade moderada t�nuo	Count	30	54	22	106
		% of Total	3,4%	6,2%	2,5%	12,1%
	Dificuldade moderadamente intenso	Count	16	33	21	70
		% of Total	1,8%	3,8%	2,4%	8,0%
	Dificuldade total	Count	2	4	4	10
		% of Total	,2%	,5%	,5%	1,1%
	Total	Count	359	404	115	878
		% of Total	40,9%	46,0%	13,1%	100,0%

Uma vez que para se poder aplicar o teste do Qui-quadrado apenas podemos ter 20% das classes com $E_i < 5 \Rightarrow$ agrupamos a 3^a classe (Dificuldade moderadamente intenso) com a 4^a classe (Dificuldade total) da vari vel conversar (tabela 72).

Tabela 72 - Distribu o da capacidade de conversar, com classes de resposta grupadas, em fun o da idade

		Idade categorizada			Total	
		65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos		
Conversar agrupada	Sem dificuldades	Count	311	313	68	692
		% of Total	35,4%	35,6%	7,7%	78,8%
	Dificuldade moderada t�nuo	Count	30	54	22	106
		% of Total	3,4%	6,2%	2,5%	12,1%
	Dificuldade moderadamente intenso e Dificuldade total	Count	18	37	25	80
		% of Total	2,1%	4,2%	2,8%	9,1%
	Total	Count	359	404	115	878
		% of Total	40,9%	46,0%	13,1%	100,0%

Esta associação é significativa (p-value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre o Conversar e os diferentes grupos etários.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	44,680 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	40,505	4	,000
Linear-by-Linear Association	39,927	1	,000
N of Valid Cases	878		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,48.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos o grupo etário como variável independente e conversar como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 14,7%, denotando uma associação fraca entre o grupo etário e o conversar.

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Somers' d				
	Symmetric	,185	,030	5,855	,000
	Conversar agrupada Dependente	,147	,025	5,855	,000
	Idade categorizada Dependente	,249	,041	5,855	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 39,1%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p-value < 0.001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,191 e 0,133, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Estes resultados também são estatisticamente significativos (p-value < 0.001).

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,191	,031	5,855	,000
	Kendall's tau-c	,133	,023	5,855	,000
	Gamma	,391	,059	5,855	,000
N of Valid Cases		878			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Mobilidade

Mudar e Manter a Posição do Corpo

Mudar a posição básica do corpo é a atividade de adoptar e sair de uma posição corporal e mover-se de um local para outro, como por exemplo, levantar-se de uma cadeira para se deitar na cama, e adoptar e sair de posições de ajoelhado ou agachado (CIF).

Cerca de $\frac{3}{4}$ da amostra (76,9%) refere não ter qualquer dificuldade nesta atividade (tabela 73). O grupo etário dos 65 a 74 anos é o que apresenta uma maior frequência de resposta nesta classe. A este grupo acrescem 15,0% de pessoas que referem dificuldade moderada.

Por sua vez 5,2% da amostra refere dificuldade moderada intensa e 3,0% referem dificuldade completa, perfazendo por acumulação 8,2% do total. Nesta última classe são os grupos etários dos 75-84 anos e dos 85 ou mais anos os que apresentam a maior frequência. Esta associação é significativa (p -value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre a capacidade de mudar a posição básica do corpo e os diferentes grupos etários.

Tabela 73 - Capacidade de mudar a posição básica do corpo em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Mudar posição corpo	nenhuma dificuldade	Count	310	316	68	694
		% of Total	34,3%	35,0%	7,5%	76,9%
	dificuldade moderada ténue	Count	42	65	28	135
		% of Total	4,7%	7,2%	3,1%	15,0%
	dificuldade moderada intensa	Count	8	24	15	47
		% of Total	,9%	2,7%	1,7%	5,2%
	dificuldade completa	Count	3	9	15	27
		% of Total	,3%	1,0%	1,7%	3,0%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	76,959 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	64,211	6	,000
Linear-by-Linear Association	63,341	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 1 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,77.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos a idade como variável independente e a capacidade de mudar a posição básica do corpo como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 17,2%, denotando uma associação fraca entre ambas.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^b	Approx. T ^a	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,211	,030	6,689	,000
		mudar posição corpo Dependent	,172	,025	6,689	,000
		Idade categorizada Dependent	,273	,038	6,689	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 42,2%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p -value < 0.001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,216 e 0,157, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Este resultado também é estatisticamente significativo (p -value < 0.001).

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,216	,031	6,689	,000
	Kendall's tau-c	,157	,023	6,689	,000
	Gamma	,422	,055	6,689	,000
N of Valid Cases		903			

a. Not assuming the null hypothesis.

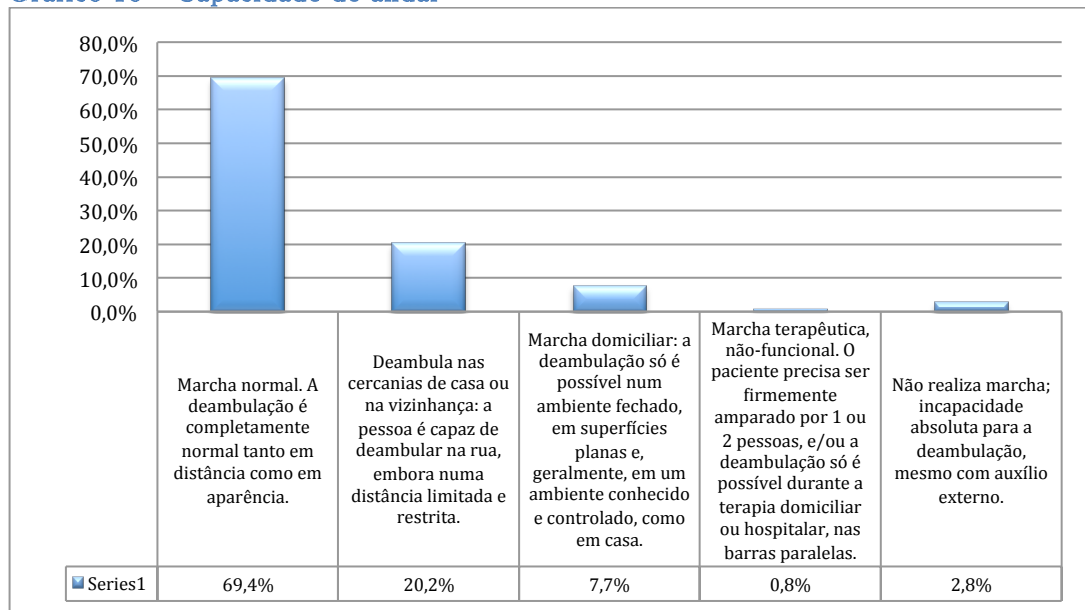
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Andar e Deslocar-se

Andar é uma atividade que consiste em mover-se de pé sobre uma superfície, passo a passo, de modo que um pé esteja sempre no chão, como quando se passeia, caminha lentamente, anda para a frente, para trás ou para o lado (CIF).

Nesta atividade (gráfico 18) verifica-se que uma percentagem muito elevada de pessoas (69,4%) consegue andar normalmente, quer dentro quer fora de casa, sem qualquer dificuldade. A este grupo acrescem 20,2% da amostra que anda apenas nas cercanias de casa. Por último, 7,7% realizam marcha domiciliária, 0,8% realiza apenas marcha terapêutica não funcional e 2,8% não realiza marcha.

Gráfico 18 - Capacidade de andar



Após se fazer a distribuição pelos grupos etários e se ter analisado a distribuição de frequências, concluiu-se que não ter qualquer significância estatística.

Deslocar-se é uma atividade que consiste em mover todo o corpo de um lugar para outro, usando outros meios excluindo a marcha, como por exemplo, escalar uma rocha ou correr por uma rua, saltar, correr em disparada, dar salto mortal ou correr evitando obstáculos (CIF). Dadas as características do grupo em estudo, optámos por inquirir acerca da capacidade para **subir e descer escadas**.

Relativamente a esta atividade (tabela 74) constatamos que 39,8% da amostra diz conseguir subir e descer escadas sem qualquer dificuldade, seguido de 28,0% que diz fazê-lo apenas com uma dificuldade moderada. Em qualquer uma destas classes de resposta o grupo etário dos 65-74 anos é o que apresenta uma maior frequência de resposta.

No outro extremo temos 24,6% das pessoas que referem dificuldade moderada intensa, acrescidas de 7,6% que apresentam dificuldade total. Nesta última classe os grupos etários dos 75-84 anos e 85 ou mais são os que apresentam uma maior frequência.

Tabela 74 - Distribuição da capacidade de subir e descer escadas em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Consegue subir ou descer vários lances de escadas?	Sem dificuldades	Count	184	148	27	359
		% of Total	20,4%	16,4%	3,0%	39,8%
	Dificuldade moderada ténue	Count	106	120	27	253
		% of Total	11,7%	13,3%	3,0%	28,0%
	Dificuldade moderadamente intenso	Count	57	119	46	222
		% of Total	6,3%	13,2%	5,1%	24,6%
	Dificuldade total	Count	16	27	26	69
		% of Total	1,8%	3,0%	2,9%	7,6%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Esta associação é significativa (p -value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre a capacidade de se deslocar e os diferentes grupos etários.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	80,838 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	74,984	6	,000
Linear-by-Linear Association	68,170	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,63.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos a idade como variável independente e a capacidade de andar dentro de casa como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 25,2%, denotando uma associação fraca entre o grupo etário e o andar dentro de casa.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,235	,029	8,092	,000
		Consegue subir ou descer vários lances de escadas? Dependent	,252	,031	8,092	,000
		Idade categorizada Dependent	,220	,027	8,092	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 35,4%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p -value < 0,001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,236 e 0,230, respetivamente), mostram que a

associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Este resultado também é estatisticamente significativo (p -value < 0.001).

		Symmetric Measures			
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,236	,029	8,092	,000
	Kendall's tau-c	,230	,028	8,092	,000
	Gamma	,354	,042	8,092	,000
N of Valid Cases		903			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Deslocar-se dentro de casa é uma atividade que consiste em andar e mover-se dentro da própria casa, num quarto ou entre quartos e em toda a casa ou na área da habitação (CIF).

Uma expressiva maioria das pessoas (86,8%) diz deslocar-se dentro de casa sem qualquer dificuldade (tabela 75). Nesta classe de resposta predominam as pessoas dos grupos etários 65-74 anos e 75-84 anos. 7,3% das pessoas refere ter dificuldades moderadas a desenvolver esta atividade, predominando aqui as pessoas dos grupos etários 75-84 anos e 85 e mais.

As pessoas que requerem cuidados distribuem-se pelas classes dificuldade moderada intensa (2,0%) e dificuldade completa (3,9%). Na classe dificuldade completa o grupo etário dos 85 ou mais anos apresenta uma maior frequência. Esta associação é significativa (p -value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre a capacidade de andar dentro de casa e os diferentes grupos etários.

Tabela 75 - Capacidade de se deslocar dentro de casa em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Dentro de casa	Sem dificuldade	Count	340	361	83	784
		% of Total	37,7%	40,0%	9,2%	86,8%
	Dificuldade moderada ténue	Count	15	32	19	66
		% of Total	1,7%	3,5%	2,1%	7,3%
	Dificuldade moderada intensa	Count	2	9	7	18
		% of Total	,2%	1,0%	,8%	2,0%
	Dificuldade completa	Count	6	12	17	35
		% of Total	,7%	1,3%	1,9%	3,9%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	71,440 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	58,834	6	,000
Linear-by-Linear Association	53,507	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 2 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,51.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos a idade como variável independente e a capacidade de andar dentro de casa como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 13,8%, denotando uma associação fraca entre o grupo etário e o andar dentro de casa.

Directional Measures						
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.	
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,198	,028	6,375	,000
		Dentro de casa Dependent	,138	,021	6,375	,000
		Idade categorizada Dependent	,351	,048	6,375	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 52,3%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p -value < 0.001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,220 e 0,126, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Este resultado também é estatisticamente significativo (p -value < 0.001).

Symmetric Measures						
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.	
Ordinal by Ordinal		Kendall's tau-b	,220	,031	6,375	,000
		Kendall's tau-c	,126	,020	6,375	,000
		Gamma	,523	,064	6,375	,000
N of Valid Cases		903				

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Deslocar-se fora de casa é uma atividade que consiste em andar e deslocar-se perto ou longe da própria casa e de outros edifícios, sem a utilização de transporte, público ou privado, como por exemplo, andar distâncias pequenas e grandes numa aldeia ou cidade (CIF).

A percentagem de pessoas que diz deslocar-se fora de casa sem qualquer dificuldade (78,3%) é menor que as que referem fazê-lo dentro de casa com idêntico grau de dificuldade. Consequentemente aumentam as percentagens das restantes classes de resposta. Assim, 12,1% das pessoas dizem deslocar-se fora de casa com dificuldade moderada ténue, predominando as pessoas do grupo etário 75-84 anos (tabela 76). Enquanto que 2,3% das pessoas diz fazê-lo com dificuldade moderada intensa e 7,3% com dificuldade total. Em ambos os casos a maior frequência de resposta ocorre nos grupos etários 75-84 anos e 85 e mais anos. Esta associação é significativa (p -value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre as classes do andar fora de casa e os diferentes grupos etários.

Tabela 76 - Distribuição da capacidade de se deslocar fora de casa em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Deslocar-se fora de casa	Sem dificuldade	Count	330	314	63	707
		% of Total	36,5%	34,8%	7,0%	78,3%
	Dificuldade moderada ténue	Count	19	61	29	109
		% of Total	2,1%	6,8%	3,2%	12,1%
	Dificuldade moderada intensa	Count	5	11	5	21
		% of Total	,6%	1,2%	,6%	2,3%
	Dificuldade completa	Count	9	28	29	66
		% of Total	1,0%	3,1%	3,2%	7,3%
	Total	Count	363	414	126	903
		% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	106,916 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	97,895	6	,000
Linear-by-Linear Association	84,632	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 1 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,93.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos a idade como variável independente e a capacidade de andar fora de casa como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 22,7%, denotando uma associação fraca entre o grupo etário e o andar fora de casa.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,283	,028	9,249	,000
		Fora de casa Dependent	,227	,024	9,249	,000
		Idade categorizada Dependent	,376	,037	9,249	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 56,8%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p -value < 0.001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,292 e 0,207, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Este resultado também é estatisticamente significativo (p -value < 0.001).

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,292	,029	9,249	,000
	Kendall's tau-c	,207	,022	9,249	,000
	Gamma	,568	,048	9,249	,000
N of Valid Cases		903			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Autocuidados

Lavar-se é uma atividade que consiste em lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e produtos ou métodos de limpeza e secagem apropriados, como por exemplo, tomar banho em banheira ou chuveiro, lavar mãos e pés, cara e cabelo; e secar-se com uma toalha (CIF).

Nesta atividade (tabela 77) constata-se que uma elevada percentagem de pessoas (82,6%) refere não ter qualquer dificuldade. Os grupos etários dos 65-74 anos e 75-84 anos são os que apresentam uma maior frequência de resposta na classe sem dificuldade em lavar-se. Se a estes juntarmos os que referem uma dificuldade moderada ténue (13,1%) verificamos que, cumulativamente, 95,7% da amostra se encontra nestes dois grupos.

A classe dificuldade completa representa 4,3% da amostra, sendo o grupo etário dos 85 ou mais anos o que apresenta uma maior frequência. Esta associação é significativa (p -value Chi-Square

Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre as classes do lavar-se e os diferentes grupos etários.

Tabela 77 - Distribuição da capacidade de se lavar em função da idade

		Idade categorizada			Total	
		65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos		
Lavar-se	Sem dificuldade	Count	339	339	68	746
		% of Total	37,5%	37,5%	7,5%	82,6%
	Dificuldade moderada ténue	Count	21	61	36	118
		% of Total	2,3%	6,8%	4,0%	13,1%
	Dificuldade completa	Count	3	14	22	39
		% of Total	,3%	1,6%	2,4%	4,3%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	117,908 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	100,639	4	,000
Linear-by-Linear Association	92,600	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,44.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos a idade como variável independente e a capacidade de lavar-se como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 20,6%, denotando uma associação fraca entre o grupo etário e o lavar-se.

Directional Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.	
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,277	,027	8,832	,000
		lavar-se Dependent	,206	,023	8,832	,000
		Idade categorizada Dependent	,420	,040	8,832	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 62%. A associação é razoável, positiva e é estatisticamente significativa (p -value < 0.001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,294 e 0,188, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Este resultado também é estatisticamente significativo (p -value < 0.001).

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,294	,029	8,832	,000
	Kendall's tau-c	,188	,021	8,832	,000
	Gamma	,620	,050	8,832	,000
N of Valid Cases		903			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Cuidar de partes do corpo é uma atividade que consiste em cuidar de partes do corpo como pele, cara, dentes, couro cabeludo, unhas e genitais, que requerem mais do que lavar e secar (CIF).

Pela análise da tabela 78, constata-se que 76,1% das pessoas que constituem esta amostra dizem cuidar de partes do corpo sem dificuldades. São os grupos etários dos 65-74 anos e 75-84 anos os que apresentam uma maior frequência de resposta nesta classe. Adicionalmente, 9,9% dizem fazê-lo apenas com uma dificuldade moderada.

A classe dificuldade moderada intensa integra 10,0% da amostra e a classe dificuldade completa 4,1%. Nesta última classe constata-se que é o grupo etário dos 85 ou mais anos o que apresenta uma maior frequência. Esta associação é significativa (*p*-value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre as classes do cuidar de partes do corpo e os diferentes grupos etários.

Tabela 78 - Distribuição da capacidade de cuidar de partes do corpo em função da idade

		Idade categorizada			Total	
		65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos		
Cuidar de partes do corpo	Sem dificuldades	Count	320	310	57	687
		% of Total	35,4%	34,3%	6,3%	76,1%
	Dificuldade moderada ténue	Count	20	47	22	89
		% of Total	2,2%	5,2%	2,4%	9,9%
	Dificuldade moderadamente intenso	Count	19	46	25	90
		% of Total	2,1%	5,1%	2,8%	10,0%
	Dificuldade total	Count	4	11	22	37
		% of Total	,4%	1,2%	2,4%	4,1%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	124,064 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	104,035	6	,000
Linear-by-Linear Association	95,582	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,16.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos a idade como variável independente e a capacidade de cuidar de partes do corpo como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 23,2%, denotando uma associação fraca entre o grupo etário e cuidar de partes do corpo.

Directional Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.	
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,280	,029	8,984	,000
		Cuidar de partes do corpo Dependent	,232	,025	8,984	,000
		Idade categorizada Dependent	,353	,036	8,984	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 53,4%. A associação é razoável, positiva e é estatisticamente significativa (*p*-value < 0.001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,286 e 0,212, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Este resultado também é estatisticamente significativo (*p*-value < 0.001).

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,286	,029	8,984	,000
	Kendall's tau-c	,212	,024	8,984	,000
	Gamma	,534	,048	8,984	,000
N of Valid Cases		903			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Cuidados relacionados com os processos de excreção é uma atividade que consiste em prever a eliminação e eliminar os dejectos humanos (fluxo menstrual, urina e fezes) e proceder à higiene subsequente (CIF).

Nesta atividade (tabela 79) constatamos que 92,1% da amostra não refere qualquer dificuldade nesta atividade. Acrescem a estes 3,6% que dizem ter apenas uma dificuldade moderada. O que significa que apenas 4,3% referem uma dificuldade moderada intensa (1,5%) ou uma dificuldade completa (2,8%).

Tabela 79 - Distribuição da capacidade de assumir cuidados relacionados com o processo de excreção em função da idade

			Idade categorizada			
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	Total
Cuidados relacionados com o processo de excreção	Sem dificuldade	Count	351	383	98	832
		% of Total	38,9%	42,4%	10,9%	92,1%
	Dificuldade moderada ténue e intensa	Count	8	22	16	46
		% of Total	,9%	2,4%	1,8%	5,1%
	Dificuldade completa	Count	4	9	12	25
		% of Total	,4%	1,0%	1,3%	2,8%
Total		Count	363	414	126	903
		% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%

Uma vez que, para se poder aplicar o teste do Qui-quadrado apenas podemos ter 20% das classes com $E_i < 5$, procedemos ao agrupamento da 2ª classe (dificuldade moderada ténue) com a 3ª classe (dificuldade moderada intensa) da variável cuidados relacionados com o processo de excreção.

Constatamos assim que a associação entre a idade e os cuidados relacionados com o processo de excreção é significativa (p -value Chi-Square Tests $< 0,001$), pelo que podemos concluir que existe relação entre as classes de cuidados relacionados com o processo de excreção e os diferentes grupos etários.

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	48,878 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	39,401	4	,000
Linear-by-Linear Association	33,719	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 1 cells (11,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,49.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos a idade como variável independente e os cuidados relacionados com o processo de excreção como a variável dependente, podemos melhorar as

suas previsões em 9,2%, denotando uma associação bastante fraca entre o grupo etário e os cuidados relacionados com o processo de excreção.

Directional Measures						
			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,148	,025	5,175	,000
		cuidados relacionados com o processo de excreção Dependent	,092	,018	5,175	,000
		Idade categorizada Dependent	,378	,061	5,175	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 55,5%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p -value < 0.001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,186 e 0,084, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Este resultado também é estatisticamente significativo (p -value < 0.001).

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,186	,032	5,175	,000
	Kendall's tau-c	,084	,016	5,175	,000
	Gamma	,555	,079	5,175	,000
N of Valid Cases		903			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Vestir-se é uma atividade que consiste em realizar as tarefas e os gestos coordenados necessários para pôr e tirar a roupa e o calçado, segundo uma sequência adequada e de acordo com as condições climáticas e sociais, como por exemplo, vestir, compor e tirar camisas, saias, blusas, calças, roupa interior, saris, quimonos, meias, casacos, calçar sapatos, botas, sandálias e chinelos, por luvas e chapéus (CIF).

Constatamos que uma maioria expressiva da amostra (89,3%) refere não ter qualquer dificuldade em vestir-se, seguindo-se um grupo de mais 3,2% que apenas referem uma dificuldade moderada ténue (tabela 80). Os grupos etários dos 65 aos 74 e 75 a 84 anos são os que apresentam uma maior frequência de resposta na classe sem dificuldade em vestir-se.

A classe dificuldade moderada intensa recolhe 3,5% das opções de resposta e a classe dificuldade completa 4,0%. Nas classes dificuldades moderada ténue e dificuldade moderada intensa é o grupo etário dos 75 a 84 anos que apresenta uma maior frequência observada. Na classe dificuldade completa o grupo etário dos 85 ou mais anos apresenta uma maior frequência. A acumulação das pessoas que requerem cuidados (i.e., dificuldade moderada intensa e dificuldade completa) representa 7,5% do total da amostra.

Esta associação é significativa (p -value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre as classes de vestir-se e os diferentes grupos etários.

Tabela 80 - Distribuição da capacidade de se vestir em função da idade

		Idade categorizada			Total	
		65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos		
Vestir-se	Sem dificuldade	Count	345	371	90	806
		% of Total	38,2%	41,1%	10,0%	89,3%
	Dificuldade moderada ténue	Count	7	15	7	29
		% of Total	,8%	1,7%	,8%	3,2%
	Dificuldade moderada intensa	Count	7	16	9	32
		% of Total	,8%	1,8%	1,0%	3,5%
	Dificuldade completa	Count	4	12	20	36
		% of Total	,4%	1,3%	2,2%	4,0%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	70,948 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	54,509	6	,000
Linear-by-Linear Association	53,160	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 2 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,05.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos a idade como variável independente e a capacidade de vestir-se como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 9,2%, denotando uma associação bastante fraca entre o grupo etário e a capacidade de vestir-se.

Directional Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.	
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,177	,027	5,837	,000
		Vestir-se Dependent	,118	,020	5,837	,000
		Idade categorizada Dependent	,359	,053	5,837	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 53,2%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p -value < 0.001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,205 e 0,107, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Este resultado também é estatisticamente significativo (p -value < 0.001).

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,205	,031	5,837	,000
	Kendall's tau-c	,107	,018	5,837	,000
	Gamma	,532	,070	5,837	,000
N of Valid Cases		903			

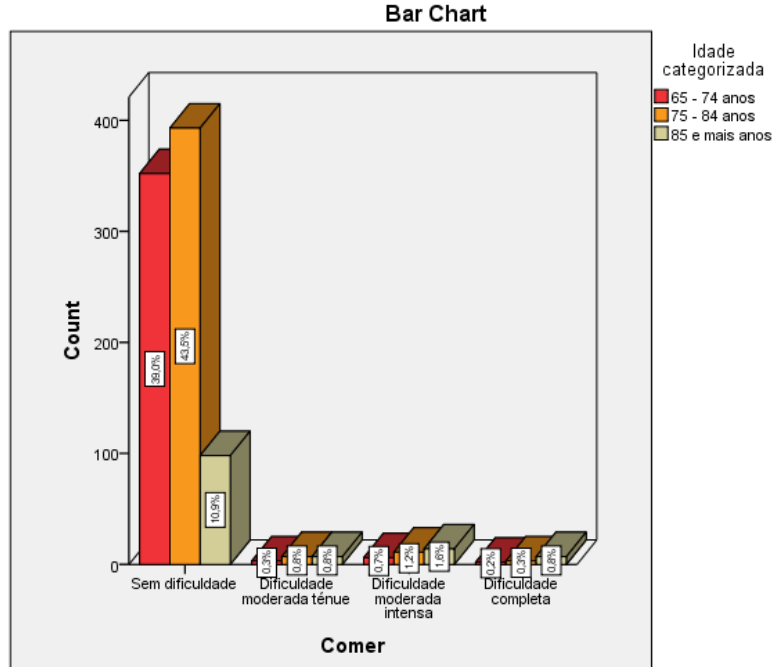
a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Comer, atividade que consiste em executar as tarefas e os gestos coordenados necessários para ingerir os alimentos servidos, levá-los à boca e consumi-los de maneira culturalmente aceitável, cortar ou partir os alimentos em pedaços, abrir garrafas e latas, utilizar os talheres; participar em refeições, banquetes e jantares (CIF).

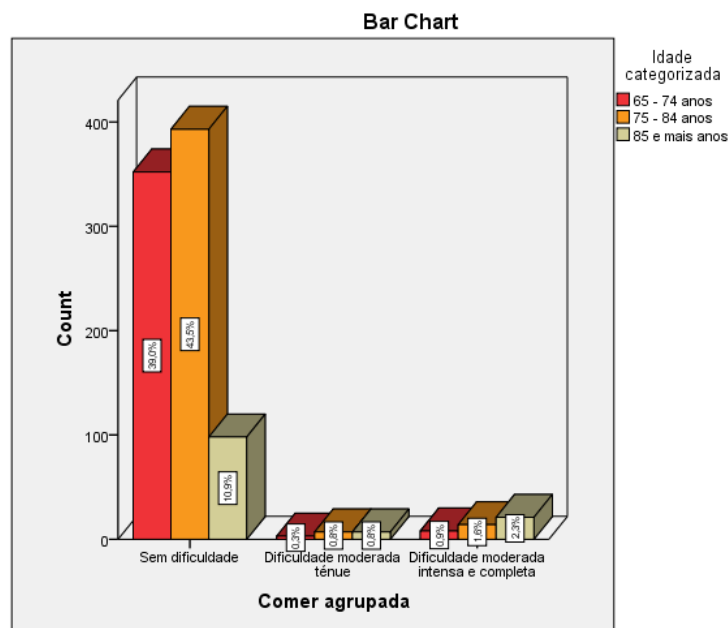
Nesta atividade (gráfico 19) verificamos que uma maioria esmagadora (93,4%) refere não ter qualquer dificuldade. Apenas 3,5% referem dificuldade moderada intensa e 1,3% dificuldade completa. Estes dois últimos grupos totalizam por acumulação, 4,8% do total da amostra.

Gráfico 19 - Distribuição da capacidade de comer em função da idade



Uma vez que para se poder aplicar o teste do Qui-quadrado apenas podemos ter 20% das classes com $E_i < 5$, procedemos ao agrupamento da 3ª classe (dificuldade moderada intensa) com a 4ª classe (dificuldade completa) da variável comer (gráfico 20).

Gráfico 20 - Distribuição da capacidade de comer, com classes de resposta agrupadas, em função da idade



Os grupos etários dos 65-74 anos e 75-84 anos são os que apresentam uma maior frequência de resposta na classe sem dificuldade em comer. Na classe dificuldade moderada ténue todos os grupos etários apresentam uma frequência observada semelhante. Na classe dificuldade moderada intensa e completa o grupo etário dos 85 ou mais anos apresenta uma maior frequência.

Esta associação é significativa (p -value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre a capacidade de comer e os diferentes grupos etários.

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	60,597 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	44,135	6	,000
Linear-by-Linear Association	38,316	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,67.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos a idade como variável independente e a capacidade de comer como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 8,4%, denotando uma associação bastante fraca entre o grupo etário e a capacidade de comer.

Directional Measures						
			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,139	,025	4,805	,000
		Comer Dependent	,084	,017	4,805	,000
		Idade categorizada Dependent	,404	,070	4,805	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 57,4%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p -value < 0.001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,184 e 0,077, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Este resultado também é estatisticamente significativo (p -value < 0.001).

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,184	,033	4,805	,000
	Kendall's tau-c	,077	,016	4,805	,000
	Gamma	,574	,087	4,805	,000
N of Valid Cases		903			

a. Not assuming the null hypothesis.

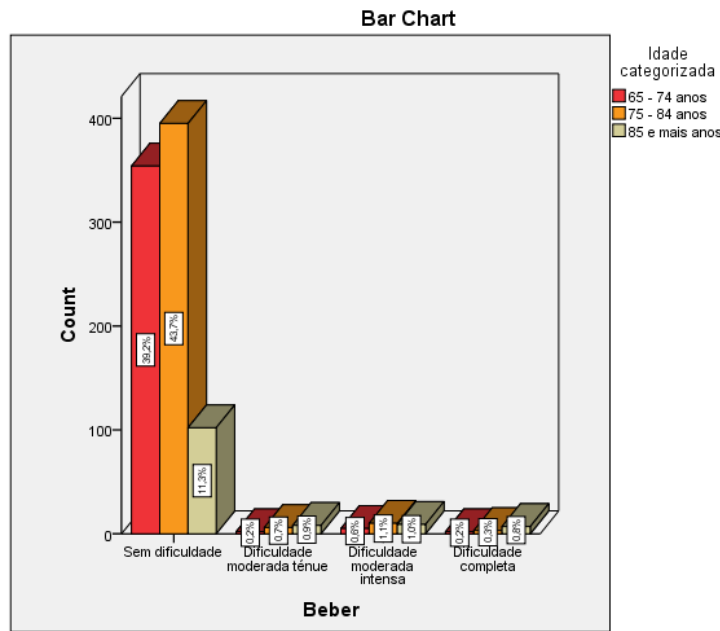
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Beber consiste em coordenar os gestos necessários para tomar uma bebida, levá-la à boca, e consumir a bebida de maneira culturalmente aceitável, misturar, mexer e servir os líquidos para serem bebidos, abrir garrafas e latas, beber por um canudo ou beber água corrente da torneira ou de uma fonte (CIF).

Também neste caso se verifica que uma maioria considerável da amostra (94,2%), refere não ter qualquer dificuldade ou apenas uma dificuldade moderada (1,8%) no desenvolvimento desta ativi-

dade (gráfico 21). Somente 1,7% diz ter uma dificuldade moderada intensa e 1,3% uma dificuldade completa. Ou seja, apenas 3,0% requererão cuidados terapêuticos.

Gráfico 21 - Distribuição da capacidade de beber em função da idade



Uma vez que para se poder aplicar o teste do Qui-quadrado apenas podemos ter 20% das classes com $E_i < 5$, procedemos ao agrupamento da 3ª classe (dificuldade moderada completa) com a 4ª classe (dificuldade completa) da variável beber (tabela 81).

Tabela 81 - Distribuição da capacidade de beber, com classes de resposta agrupadas, em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Beber Agrupada	Sem dificuldade	Count	354	395	102	851
		% of Total	39,2%	43,7%	11,3%	94,2%
	Dificuldade moderada ténue	Count	2	6	8	16
		% of Total	,2%	,7%	,9%	1,8%
	Dificuldade moderada intensa e completa	Count	7	13	16	36
		% of Total	,8%	1,4%	1,8%	4,0%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Os grupos etários dos 65-74 anos e 75-84 anos são os que apresentam uma maior frequência de resposta na classe sem dificuldade em beber. Na classe dificuldade moderada ténue todos os grupos etários apresentam uma frequência observada semelhante. Na classe dificuldade moderada intensa e completa o grupo etário dos 85 ou mais anos apresenta uma maior frequência. Esta associação é significativa (p -value Chi-Square Tests $< 0,001$), pelo que podemos concluir que existe relação entre a capacidade beber e os diferentes grupos etários.

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	49,620 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	36,984	4	,000
Linear-by-Linear Association	30,957	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 1 cells (11,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,23.

O coeficiente Somers' diz-nos que se definirmos a idade como variável independente e a capacidade de beber como a variável dependente, podemos melhorar as suas previsões em 7,4%, denotando uma associação bastante fraca entre o grupo etário e a capacidade de beber.

Directional Measures						
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.	
Ordinal by Ordinal	Somers' d	Symmetric	,125	,024	4,528	,000
		Beber Agrupada Dependent	,074	,016	4,528	,000
		Idade categorizada Dependent	,407	,074	4,528	,000

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

A medida de associação Gamma diz-nos que utilizando uma variável para prever a outra se melhoram as previsões em 58%. A associação é fraca, positiva e é estatisticamente significativa (p -value < 0.001). Os valores de Kendall's tau b e c (0,173 e 0,067, respetivamente), mostram que a associação é fraca e positiva entre as duas variáveis. Este resultado também é estatisticamente significativo (p -value < 0.001).

Symmetric Measures					
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,173	,033	4,528	,000
	Kendall's tau-c	,067	,015	4,528	,000
	Gamma	,580	,092	4,528	,000
N of Valid Cases		903			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

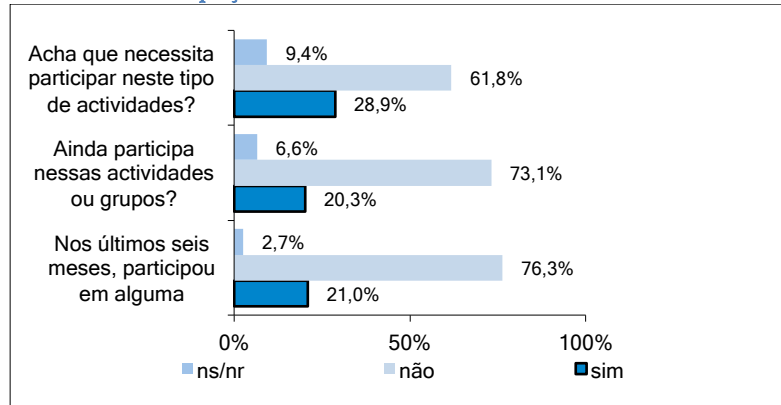
Vida comunitária, social e cívica

Vida Comunitária, social e cívica - trata das ações e tarefas necessárias para participar da vida social organizada, fora do âmbito familiar, em áreas da vida comunitária, social e cívica (**CIF**).

A primeira dimensão deste subcapítulo é a **Vida comunitária** que consiste em participar em todos os aspectos da vida social comunitária, como por exemplo, participar em organizações de beneficência, clubes ou organizações sócio profissionais (CIF).

Tal como se pode verificar pela análise do gráfico 22, a maioria da amostra (61,8%), acha que não necessita de participar nesse tipo de atividades. Apesar disso, cerca de 20% participa atualmente, ou participou nestas atividades, nos últimos seis meses

Gráfico 22 - Participação e interesse em atividades de vida comunitária



Recreação e lazer - participar em qualquer forma de jogos, atividade recreativa ou de lazer, como por exemplo, jogos ou desportos informais ou organizados, programas de exercício físico, relaxamento, diversão, ir a galerias de arte, museus, cinema ou teatro; participar em trabalhos artesanais ou ocupar-se em passatempos, ler por prazer, tocar instrumentos musicais; fazer excursões, turismo e viajar por prazer (CIF).

No que concerne à recreação e lazer foi perguntado especificamente sobre a prática de **Exercício Físico**. Como se pode verificar pela análise da tabela 82 a grande maioria das pessoas (83,4%) diz não praticar exercício físico. Apenas 13,7% diz fazê-lo e estes pertencem preferencialmente ao grupos etários 65-74 anos e 75-84 anos.

Tabela 82 - Distribuição da prática de exercício físico em função da idade

		Idade categorizada			Total	
		65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos		
Exercício físico	Sim	Count	61	50	13	124
		% of Total	6,8%	5,5%	1,4%	13,7%
	Não	Count	296	353	104	753
		% of Total	32,8%	39,1%	11,5%	83,4%
	Nas/nr	Count	6	11	9	26
		% of Total	,7%	1,2%	1,0%	2,9%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,647 ^a	4	,005
Likelihood Ratio	12,620	4	,013
Linear-by-Linear Association	9,691	1	,002
N of Valid Cases	903		

a. 1 cells (11,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,63.

Apesar da significância estatística que nos é demonstrada pelo teste do Qui-Quadrado, o coeficiente Goodman and Kruskal tau diz-nos que se definirmos a idade como variável independente e o fazer exercício físico como a variável dependente, podemos reduzir o erro de previsão sobre o fazer exercício físico em apenas 0,5%, denotando uma associação bastante fraca entre o grupo etário e o fazer exercício físico.

Directional Measures			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,017	,016	1,045	,296
		Exercício físico Dependent	,000	,000	.	.
	Goodman and Kruskal tau	Idade categorizada Dependent	,022	,021	1,045	,296
		Exercício físico Dependent	,005	,004		,085 ^d
		Idade categorizada Dependent	,007	,004		,019 ^d

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.

d. Based on chi-square approximation

Dado que o p-value do teste é 0,085, não se rejeita a hipótese de não haver associação entre as variáveis no universo em estudo (p-value > 0.05), o que não permite dizer que a redução do erro de previsão de 0,5% é estatisticamente significativa. Por outras palavras, a pequena variação explicada é devida a erros amostrais.

Todos os valores indicam que existe uma associação é fraca, positiva entre as duas variáveis, devido aos seus baixos valores. Estes resultados também são estatisticamente significativos ao nível de significância de 5% (p-value < 0.05).

Symmetric Measures			Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi		,127	,005
	Cramer's V		,090	,005
	Contingency Coefficient		,126	,005
N of Valid Cases			903	

Tentámos ainda perceber quantas vezes, por semana, participam as pessoas nessas atividades (tabela 83), tendo sido constatado que o fazem em média 2 vezes, sendo a moda 1.

Tabela 83 - Frequência média semanal de atividade física

N	Valid	91
	Missing	812
Mean		2,99
Median		2,00
Mode		1
Std. Deviation		2,438
Skewness		1,589
Std. Error of Skewness		,253
Kurtosis		3,274
Std. Error of Kurtosis		,500
Range		14
Minimum		0
Maximum		14

Quando inquirimos as pessoas acerca da manutenção da prática de exercício físico no momento atual, verificamos que a maioria (70,4%) diz continuar a fazê-lo (tabela 84).

Tabela 84 - Distribuição da continuidade de frequência da atividade física em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Ainda participa nesses programas de desporto?	Sim	Count	47	33	8	88
		% of Total	37,6%	26,4%	6,4%	70,4%
	Não	Count	11	13	4	28
		% of Total	8,8%	10,4%	3,2%	22,4%
	Nas/nr	Count	4	4	1	9
		% of Total	3,2%	3,2%	,8%	7,2%
Total	Count	62	50	13	125	
	% of Total	49,6%	40,0%	10,4%	100,0%	

Outra questão que colocámos relativamente a esta dimensão foi referente à necessidade que sentiam de fazer algum desporto ou exercício físico (tabela 85). Curiosamente uma maioria de 69,2% diz não ter essa necessidade. Apenas 27,0% admite isso como necessidade. Estas pessoas pertencem preferencialmente aos grupos etários 65-74 anos e 75-84 anos. Esta associação é significativa (p -value Chi-Square Tests $\leq 0,001$), pelo que podemos concluir que existe relação entre a necessidade sentida de fazer desporto e os diferentes grupos etários.

Tabela 85 - Reconhecimento da necessidade de praticar desporto em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Fazer desporto	Sim	Count	124	98	22	244
		% of Total	13,7%	10,9%	2,4%	27,0%
	Não	Count	227	301	97	625
		% of Total	25,1%	33,3%	10,7%	69,2%
	Nas/nr	Count	12	15	7	34
		% of Total	1,3%	1,7%	,8%	3,8%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,294 ^a	4	,001
Likelihood Ratio	18,351	4	,001
Linear-by-Linear Association	16,178	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 1 cells (11,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,74.

O coeficiente Goodman and Kruskal tau diz-nos que se definirmos a idade com variável independente e o fazer desporto como a variável dependente, podemos reduzir o erro de previsão sobre o fazer desporto em 1,6%, denotando uma associação bastante fraca entre o grupo etário e o fazer desporto. Dado que o p -value do teste é 0,000, rejeita-se a hipótese de não haver associação entre as variáveis no universo em estudo (p -value $< 0,001$), o que permite dizer que a redução do erro de previsão de 1,6% é estatisticamente significativa. Por outras palavras, a pequena variação explicada não é devida a erros amostrais.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,034	,019	1,748	,080
		Fazer desporto Dependent	,000	,000	. ^c	. ^c
		Idade categorizada Dependent	,053	,030	1,748	,080
	Goodman and Kruskal tau	Fazer desporto Dependent	,016	,008		,000 ^d
		Idade categorizada Dependent	,011	,005		,001 ^d

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.

d. Based on chi-square approximation

Todos os valores indicam que existe uma associação fraca, positiva entre as duas variáveis, devido aos seus baixos valores. Estes resultados também são estatisticamente significativos (p -value ≤ 0.001).

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,142	,001
	Cramer's V	,101	,001
	Contingency Coefficient	,141	,001
N of Valid Cases		903	

FATORES AMBIENTAIS

Os **factores ambientais** constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida.

Os fatores ambientais incluídos neste estudo são os constantes da tabela seguinte.

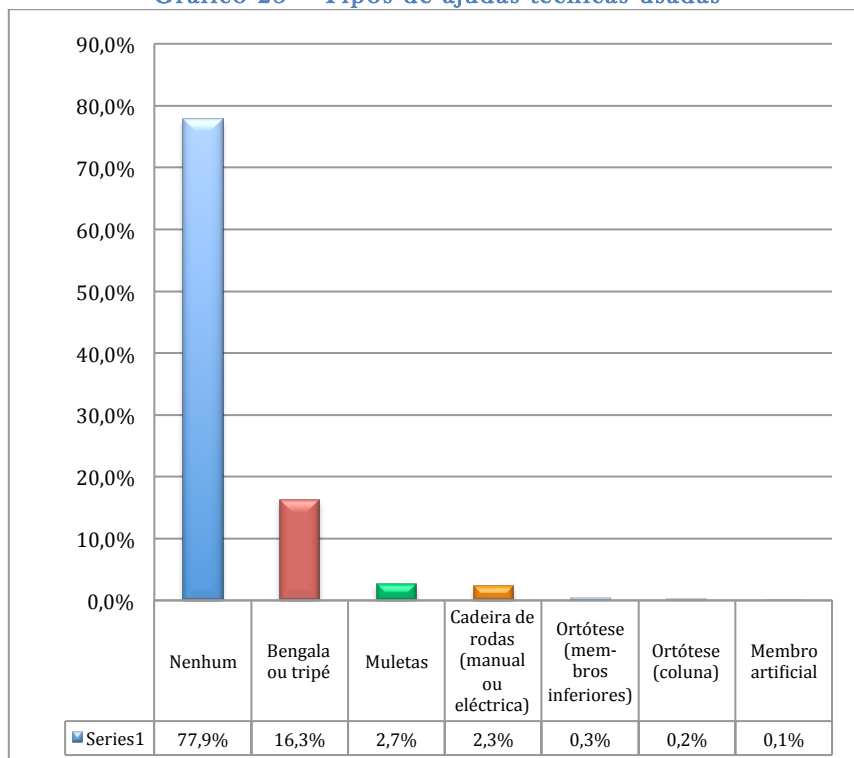
	Fatores Incluídos
Produtos e Tecnologias	e120 Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em ambientes interiores e exteriores
	e125 Produtos e tecnologias para a comunicação
Apoio e Relacionamento	e340 Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais.
	e355 Profissionais de saúde
Serviços, Sistemas e Políticas	e540 Serviços sistemas e políticas relacionados com os transportes
	e580 Serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde

Produtos e Tecnologias

Produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte pessoal em ambientes interiores e exteriores são equipamentos, produtos e tecnologias utilizados pelas pessoas para se deslocarem dentro e fora de edifícios, incluindo aqueles adaptados ou especialmente concebidos, colocados em, sobre ou perto da pessoa que os utiliza (CIF).

Relativamente ao uso deste tipo de produtos (gráfico 23), verifica-se que 77,9% da amostra não utiliza nenhum produto de apoio para facilitar a deslocação. Nos restante elementos da amostra observa-se que são as bengalas ou tripés (16,3%) os produtos de apoio mais referenciados, seguidos das muletas (2,3%) e das cadeiras de rodas com igual percentagem.

Gráfico 23 - Tipos de ajudas técnicas usadas



Produtos e tecnologias para a comunicação são equipamentos, produtos e tecnologias utilizados pelas pessoas em atividades de transmissão e recepção de informações, incluindo aqueles adaptados ou especialmente concebidos situados em, sobre ou perto da pessoa que os utiliza (CIF).

Na tabela 86 apresentamos as distribuições condicionais da variável idade categorizada, relativamente às classes da variável “Usa alguma das seguintes ajudas sempre ou quase sempre”. Verificamos assim que nas idades compreendidas entre os 65-74 anos a percentagem de inquiridos que não usa nada é de 36,7% e a que só usa prótese auricular é de 1,5%, enquanto que nos inquiridos com idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos a percentagem que não usa nada é de 42,5% e a que só usa prótese auricular é de 2,7%. Com 85 anos ou mais 16,2% não usa nada e 0,4% só usa prótese auricular.

Tabela 86 – Ajudas técnicas à comunicação usadas

Usa alguma das seguintes ajudas sempre ou quase sempre?		Usa alguma das seguintes ajudas sempre ou quase sempre?		Idade categorizada			Total		
				65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos			
di- si- on0	Não usa outro	Não usa óculos	Usa alguma das seguintes ajudas sempre ou quase sempre?	Não usa prótese auricular	Count	95	110	42	247
			% of Total		36,7%	42,5%	16,2%	95,4%	
		Prótese auricular	Count	4	7	1	12		
			% of Total	1,5%	2,7%	,4%	4,6%		
	Total				Count	99	117	43	259
					% of Total	38,2%	45,2%	16,6%	100,0%
	Óculos (lentes de contacto ou dispositivo semelhante)	Usa alguma das seguintes ajudas sempre ou quase sempre?	Não usa prótese auricular	Count	228	254	72	554	
			% of Total		39,5%	44,0%	12,5%	96,0%	
		Prótese auricular	Count	5	13	5	23		
			% of Total	,9%	2,3%	,9%	4,0%		
Total				Count	233	267	77	577	
				% of Total	40,4%	46,3%	13,3%	100,0%	
Outro (especifique)	Não usa óculos	Usa alguma das seguintes ajudas sempre ou quase sempre?	Não usa prótese auricular	Count	5	3		8	
			% of Total		50,0%	30,0%		80,0%	
	Prótese auricular	Count	1	1		2			
		% of Total	10,0%	10,0%		20,0%			
Total				Count	6	4		10	
				% of Total	60,0%	40,0%		100,0%	
Óculos (lentes de contacto ou dispositivo semelhante)	Usa alguma das seguintes ajudas sempre ou quase sempre?	Não usa prótese auricular	Count	23	26	4	53		
		% of Total		40,4%	45,6%	7,0%	93,0%		
	Prótese auricular	Count	2	0	2	4			
		% of Total	3,5%	,0%	3,5%	7,0%			
Total				Count	25	26	6	57	
				% of Total	43,9%	45,6%	10,5%	100,0%	

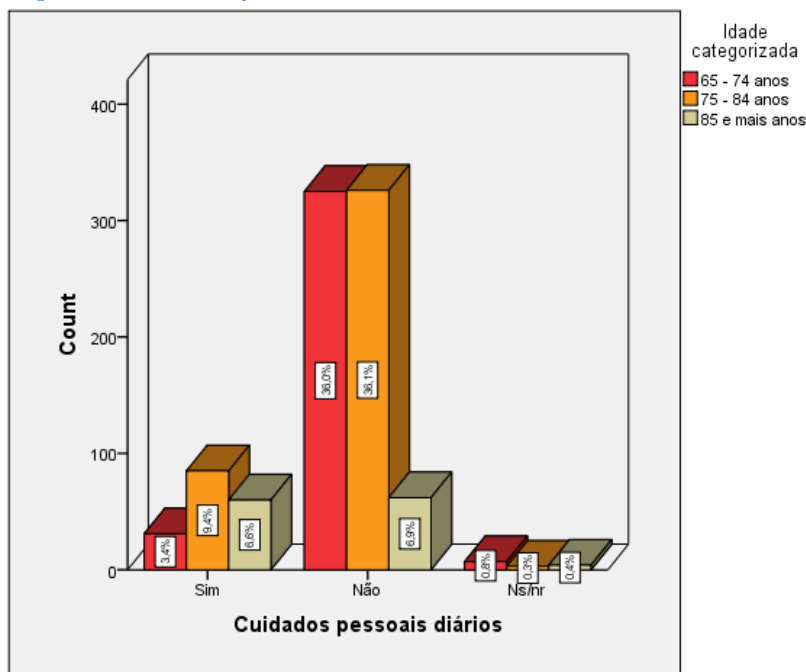
Apoio e Relacionamentos

Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais são indivíduos que prestam os serviços necessários para apoiar as pessoas nas suas atividades diárias e na manutenção do desempenho no trabalho, na educação ou em outras situações da vida, e que são pagos através de fundos públicos ou privados ou trabalham numa base de voluntariado, tais como, pessoas que apoiam na construção e na manutenção das casas, que dão assistência pessoal, assistência nos

transportes, ajudas remuneradas, amas de crianças e outras pessoas que prestam cuidados ou dão apoio.

Pela análise no gráfico 24 constata-se que 19,4% das pessoas diz precisar de apoio nos cuidados pessoais diários. O grupo etário dos 75-84 anos e dos 85 ou mais anos são os que mais precisam de cuidados pessoais diários. Na classe dos que dizem não precisar de cuidados pessoais diários os grupo etários dos 65-74 anos e 75-84 anos apresentam uma maior frequência. Esta associação é significativa (p -value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre os cuidados pessoais diários e os diferentes grupos etários.

Gráfico 24 - Distribuição da necessidade de prestadores de cuidados e/ou assistentes pessoais em função da idade



Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	97,280 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	90,366	4	,000
Linear-by-Linear Association	72,921	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 1 cells (11,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,95.

O coeficiente Goodman and Kruskal tau diz-nos que se definirmos a idade com variável independente e a capacidade de efetuar os cuidados pessoais diários como a variável dependente, podemos reduzir o erro de previsão sobre o comportamento da capacidade de efetuar os cuidados pessoais diários em 9,7%, denotando uma associação bastante fraca entre o grupo etário e a capacidade de efetuar os cuidados pessoais diários. Dado que o p -value do teste é 0.000, rejeita-se a hipótese de não haver associação entre as variáveis no universo em estudo (p -value < 0.001), o que permite dizer que a redução do erro de previsão de 9,7% é estatisticamente significativa. Por outras palavras, a pequena variação explicada não é devida a erros amostrais.

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,006	,005	1,266	,206
		Cuidados pessoais diários Dependent	,000	,000	.	.
		Idade categorizada Dependent	,008	,006	1,266	,206
	Goodman and Kruskal tau	Cuidados pessoais diários Dependent	,097	,021		,000 ^d
		Idade categorizada Dependent	,039	,008		,000 ^d

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.
- d. Based on chi-square approximation

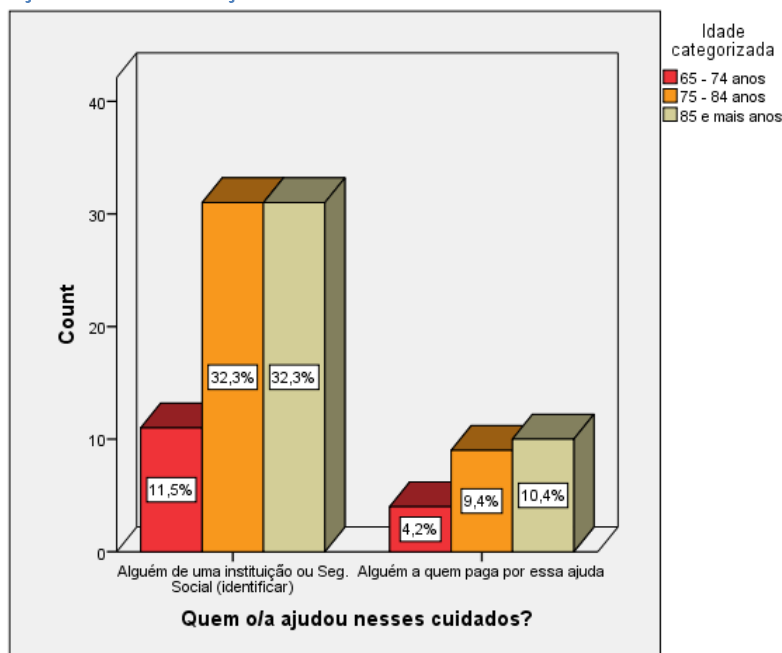
Todos os valores indicam que existe uma associação fraca, positiva entre as duas variáveis, devido aos seus baixos valores. Estes resultados também são estatisticamente significativos (p -value < 0,001).

Symmetric Measures			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,328	,000
	Cramer's V	,232	,000
	Contingency Coefficient	,312	,000
N of Valid Cases		903	

Pretendemos também saber quem foram as pessoas que os ajudaram nesses cuidados (gráfico 25). Verificamos que predomina a ajuda de alguém de uma instituição ou da Segurança Social (76,1%). Os grupos etários dos 75-84 anos e dos 85 ou mais anos são os que tiveram uma maior percentagem de alguém a ajudar nos cuidados pessoais diários, quer de uma instituição ou Segurança Social, quer a pagar para essa ajuda.

Esta associação não é significativa (p -value Chi-Square Tests > 0,05), pelo que não podemos concluir que existe relação entre quem ajudou nos cuidados pessoais diários e os diferentes grupos etários.

Gráfico 25 - Distribuição dos prestadores de cuidados e/ou assistentes pessoais em função da sua afiliação e da idade dos idosos



Constamos ainda que a maioria das pessoas (88,6%) que precisa dessa ajuda continua a recebê-la (tabela 87).

Tabela 87 - Continuidade da ajuda dos prestadores de cuidados e/ou assistentes pessoais

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Ainda está a receber ajuda categorizada	Sim	Count	27	72	57	156
		% of Total	15,3%	40,9%	32,4%	88,6%
	Não e Nas/Nr	Count	4	13	3	20
		% of Total	2,3%	7,4%	1,7%	11,4%
Total	Count	31	85	60	176	
	% of Total	17,6%	48,3%	34,1%	100,0%	

Perguntámos também sobre a necessidade de ajuda num conjunto de cuidados específicos, nomeadamente, tomar banho, vestir-se, comer, ir à casa de banho e constatámos que uma percentagem de 16,8% das pessoas diz precisar dessa ajuda (tabela 88). Esta percentagem é muito próxima das que referiram precisar de apoio nos cuidados pessoais diários (19,4%).

Tabela 88 - Auto percepção da necessidade de ajuda em alguns autocuidados

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Acha que necessita de ajuda para tomar banho, vestir-se, comer, ir à casa de banho, etc.?	Sim	Count	25	77	50	152
		% of Total	2,8%	8,5%	5,5%	16,8%
	Não	Count	320	319	67	706
		% of Total	35,4%	35,3%	7,4%	78,2%
	Nas/nr	Count	18	18	9	45
		% of Total	2,0%	2,0%	1,0%	5,0%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Quando analisamos a distribuição das pessoas que dizem necessitar de ajuda nos cuidados, verificamos que elas se distribuem preferencialmente pelos grupos etários 75-84 e 85 e mais anos. Esta associação é significativa (p -value Chi-Square Tests < 0,001), pelo que podemos concluir que existe relação entre a necessidade de ajuda para tomar banho, vestir-se, comer, ir à casa de banho, etc. e os diferentes grupos etários.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	77,459 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	73,697	4	,000
Linear-by-Linear Association	44,193	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,28.

O coeficiente Goodman and Kruskal tau diz-nos que se definirmos a idade como variável independente e a necessidade de ajuda para tomar banho, vestir-se, comer, ir à casa de banho, etc. como a variável dependente, podemos reduzir o erro de previsão sobre o comportamento da a necessidade de ajuda para tomar banho, vestir-se, comer, ir à casa de banho, etc. em 6,8%, denotando uma associação bastante fraca entre o grupo etário e a necessidade de ajuda para tomar banho, vestir-se, comer, ir à casa de banho, etc. Dado que o p -value do teste é 0.000, rejeita-se a

hipótese de não haver associação entre as variáveis no universo em estudo ($p\text{-value} < 0.001$), o que permite dizer que a redução do erro de previsão de 6,8% é estatisticamente significativa. Por outras palavras, a pequena variação explicada não é devida a erros amostrais.

Directional Measures				Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric		,001	,038	,038	,969
		Acha que necessita de ajuda para tomar banho, vestir-se, comer, ir à casa de banho, etc.? Dependent		,000	,000	.	.
		Idade categorizada Dependent		,002	,053	,038	,969
Goodman and Kruskal tau		Acha que necessita de ajuda para tomar banho, vestir-se, comer, ir à casa de banho, etc.? Dependent		,068	,017		,000 ^d
		Idade categorizada Dependent		,033	,007		,000 ^d

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.

d. Based on chi-square approximation

Todos os valores indicam que existe uma associação fraca, positiva entre as duas variáveis, devido aos seus baixos valores. Estes resultados também são estatisticamente significativos ($p\text{-value} < 0.001$).

Symmetric Measures				Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal		Phi		,293	,000
		Cramer's V		,207	,000
		Contingency Coefficient		,281	,000
N of Valid Cases				903	

Serviços, Sistemas e Políticas relacionados com os transportes são serviços, sistemas e políticas que possibilitam a deslocação de pessoas e mercadorias de um local para outro.

Para tentar compreender a problemática relacionada com os transportes, tentámos perceber a adequação dos transportes disponíveis às necessidades das pessoas. Assim, começámos por perguntar quantas deslocações as pessoas fazem por semana e constatámos que em média fazem 2, sendo que a moda é 1 (tabela 89).

Tabela 89 - Frequência média de deslocação em transporte de serviço público

N	Valid	546
	Missing	357
Mean		3,67
Median		2,00
Mode		1
Std. Deviation		7,360
Skewness		8,662
Std. Error of Skewness		,105
Kurtosis		95,689
Std. Error of Kurtosis		,209
Range		100
Minimum		0
Maximum		100

Tentámos, por outro lado perceber se as pessoas necessitam de transportes mais vezes do que aquelas de que dispõem. Pela análise da tabela 90 verificamos que cerca de $\frac{3}{4}$ da amostra (76,2%), diz não precisar de mais. Contudo, 19,5% da amostra diz precisar de mais transportes do

que aqueles de que dispõe. Estes distribuem-se preferencialmente pelos grupos etários 65-74 anos e 75-84 anos (tabela 92).

Tabela 90 – Distribuição da necessidade de transporte face à sua necessidade em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Acha que necessita de transporte mais vezes do que dispõe atualmente para visitas, saídas, etc.?	Sim	Count	73	88	15	176
		% of Total	8,1%	9,7%	1,7%	19,5%
	Não	Count	281	309	98	688
		% of Total	31,1%	34,2%	10,9%	76,2%
	Nas/nr	Count	9	17	13	39
		% of Total	1,0%	1,9%	1,4%	4,3%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Esta associação é significativa ao nível de significância de 5% (*p*-value Chi-Square Tests < 0,05), pelo que podemos concluir que existe relação entre a necessidade de transporte mais vezes do que dispõe atualmente para visitas, saídas, etc. e os diferentes grupos etários.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,082 ^a	4	,001
Likelihood Ratio	16,218	4	,003
Linear-by-Linear Association	7,381	1	,007
N of Valid Cases	903		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,44.

Todavia, o coeficiente Goodman and Kruskal tau diz-nos que se definirmos a idade como variável independente e a necessidade de transporte mais vezes do que dispõe atualmente para visitas, saídas, etc. como a variável dependente, podemos reduzir o erro de previsão sobre o comportamento a necessidade de transporte mais vezes do que dispõe atualmente para visitas, saídas, etc. em 0,5%, denotando uma associação bastante fraca entre o grupo etário e necessidade de transporte mais vezes do que dispõe atualmente para visitas, saídas, etc.. Dado que o *p*-value do teste é 0.072, não se rejeita a hipótese de não haver associação entre as variáveis no universo em estudo (*p*-value > 0.05), o que não permite dizer que a redução do erro de previsão de 0,5% é estatisticamente significativa ao nível de significância de 5%. Por outras palavras, a pequena variação explicada é devida a erros amostrais.

Directional Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^c	Approx. T	Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,000	,000	^b	^b
		Acha que necessita de transporte mais vezes do que dispõe atualmente para visitas, saídas, etc.? Dependent	,000	,000	^b	^b
		Idade categorizada Dependent	,000	,000	^b	^b
Goodman and Kruskal tau		Acha que necessita de transporte mais vezes do que dispõe atualmente para visitas, saídas, etc.? Dependent	,005	,003		,072 ^c
		Idade categorizada Dependent	,007	,003		,019 ^c

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.

c. Based on chi-square approximation

Todos os valores indicam que existe uma associação é fraca, positiva entre as duas variáveis, devido aos seus baixos valores. Estes resultados também são estatisticamente significativos ($p\text{-value} \leq 0.001$).

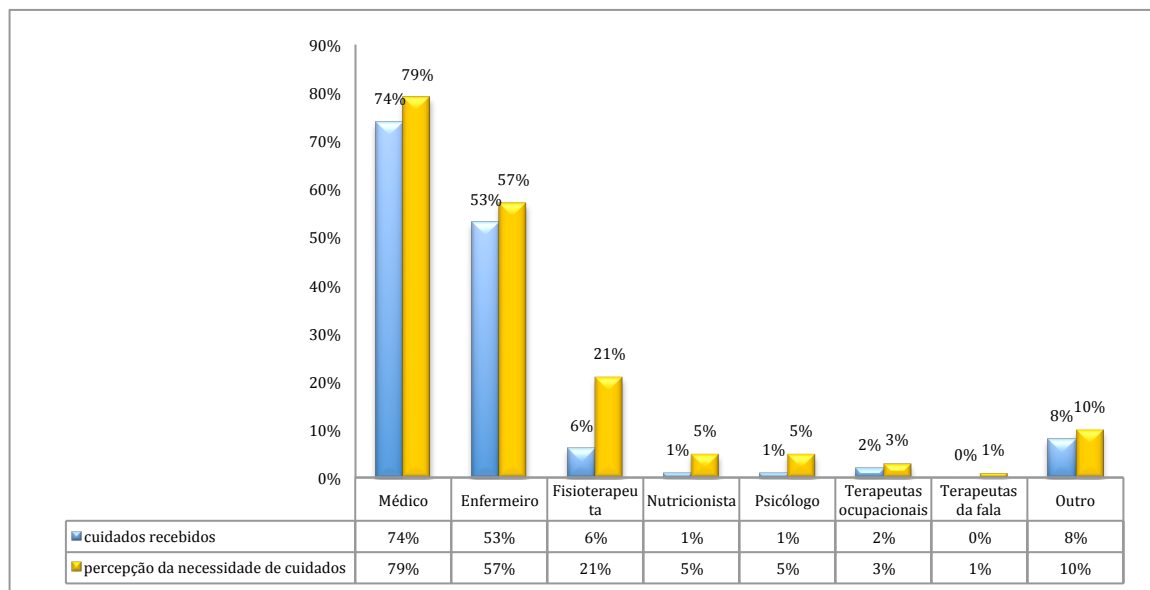
Symmetric Measures			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,142	,001
	Cramer's V	,100	,001
	Contingency Coefficient	,140	,001
N of Valid Cases		903	

Serviços, sistemas e políticas, são serviços, sistemas e políticas de prevenção e tratamento de problemas de saúde, oferta de reabilitação médica e promoção de um estilo de vida saudável.

Quando questionados sobre a percepção de necessidade de cuidados de saúde e os cuidados de saúde recebidos (gráfico 26), verifica-se que são os cuidados médicos os mais recebidos por 74% da amostra e os mais requeridos por 79% da amostra. Os cuidados de enfermagem, são recebidos por 53% da amostra e requeridos por 57%. Os restantes cuidado de saúde são recebidos por menos de 8% da amostra.

A discrepância, da amostra, entre os cuidados recebidos e a necessidade de cuidados na maioria das tipologias de cuidados analisadas é inferior 5 pontos percentuais, excepto os cuidados de fisioterapia, em que a diferença entre os cuidados recebidos e os cuidados prestados é de 15 pontos percentuais.

Gráfico 26 - Auto-percepção dos cuidados recebidos versus necessidade de cuidados prestados por profissionais



Considerando ainda o fator ambiental, serviços, sistemas e políticas relacionados com a saúde, tentamos também perceber se as pessoas sentem necessidades de apoio psicológico. Para o efeito perguntamos se nos últimos seis meses, recebeu alguma orientação ou tratamento por problemas pessoais ou familiares, ou por problemas de nervos ou emocionais (tabela 91). Apenas 6,5% das pessoas diz ter recebido esse tipo de apoio, preferencialmente dos grupos etários 65-64 anos e 75-84 anos.

Tabela 91 - Distribuição da necessidade auto-percebida de apoio psicológico em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Necessidade de apoio psicológico	Sim	Count	26	31	2	59
		% of Total	2,9%	3,4%	,2%	6,5%
	Não	Count	332	368	113	813
		% of Total	36,8%	40,8%	12,5%	90,0%
	Nas/nr	Count	5	15	11	31
		% of Total	,6%	1,7%	1,2%	3,4%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Esta associação é significativa (p -value Chi-Square Tests $\leq 0,001$), pelo que podemos concluir que existe relação entre a necessidade de apoio psicológico e os diferentes grupos etários.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,469 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	20,732	4	,000
Linear-by-Linear Association	12,166	1	,000
N of Valid Cases	903		

a. 1 cells (11,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,33.

O coeficiente Goodman and Kruskal tau diz-nos que se definirmos a idade com variável independente e a necessidade de apoio psicológico como a variável dependente, podemos reduzir o erro de previsão sobre a necessidade de apoio psicológico em 0,6%, denotando uma associação bastante fraca entre o grupo etário e a necessidade de apoio psicológico. Dado que o p -value do teste é 0.028, rejeita-se a hipótese de não haver associação entre as variáveis no universo em estudo (p -value < 0.05), o que permite dizer que a redução do erro de previsão de 0,6% é estatisticamente significativa ao nível de significância de 5%. Por outras palavras, a pequena variação explicada não é devida a erros amostrais.

Directional Measures

			Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Lambda	Symmetric	,000	,000	^b	^b
		Necessidade de apoio psicológico Dependent	,000	,000	^b	^b
		Idade categorizada Dependent	,000	,000	^b	^b
	Goodman and Kruskal tau	Necessidade de apoio psicológico Dependent	,006	,003		,028 ^c
	Idade categorizada Dependent	,008	,003		,007 ^c	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Cannot be computed because the asymptotic standard error equals zero.

c. Based on chi-square approximation

Todos os valores indicam que existe uma associação é fraca, positiva entre as duas variáveis, devido aos seus baixos valores. Estes resultados também são estatisticamente significativos ($p\text{-value} \leq 0.001$).

Symmetric Measures			
		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,151	,000
	Cramer's V	,106	,000
	Contingency Coefficient	,149	,000
N of Valid Cases		903	

Pretendemos ainda saber se nos últimos seis meses, esteve hospitalizado alguma vez por problemas de nervos ou emocionais e constatámos que apenas 1,2% da amostra responde afirmativamente (tabela 92).

Tabela 92 - Distribuição da hospitalização psiquiátrica no último ano em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Hospitalização psiquiátrica	Sim	Count	6	3	2	11
		% of Total	,7%	,3%	,2%	1,2%
	Não	Count	352	399	117	868
		% of Total	39,0%	44,2%	13,0%	96,1%
	Nas/nr	Count	5	12	7	24
		% of Total	,6%	1,3%	,8%	2,7%
Total	Count	363	414	126	903	
	% of Total	40,2%	45,8%	14,0%	100,0%	

Também no que concerne ao acompanhamento psiquiátrico em regime de consulta nos últimos seis meses, verificamos que cerca de $\frac{1}{4}$ da amostra respondeu a esta pergunta e destes, 90,7% não teve qualquer consulta psiquiátrica. Os que tiveram consulta psiquiátrica, tiveram maioritariamente 1 ou 2 (tabela 93).

Tabela 93 - Distribuição da frequência de consultas psiquiátricas no último ano em função da idade

			Idade categorizada			Total
			65 - 74 anos	75 - 84 anos	85 e mais anos	
Consultas psiquiátricas	0	Count	81	96	27	204
		% of Total	36,0%	42,7%	12,0%	90,7%
	1	Count	5	6	2	13
		% of Total	2,2%	2,7%	,9%	5,8%
	2	Count	5	1	0	6
		% of Total	2,2%	,4%	,0%	2,7%
	5	Count	1	0	0	1
		% of Total	,4%	,0%	,0%	,4%
	8	Count	0	1	0	1
		% of Total	,0%	,4%	,0%	,4%
	Total	Count	92	104	29	225
		% of Total	40,9%	46,2%	12,9%	100,0%

CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA SOBRE OS IDOSOS NO ALENTEJO

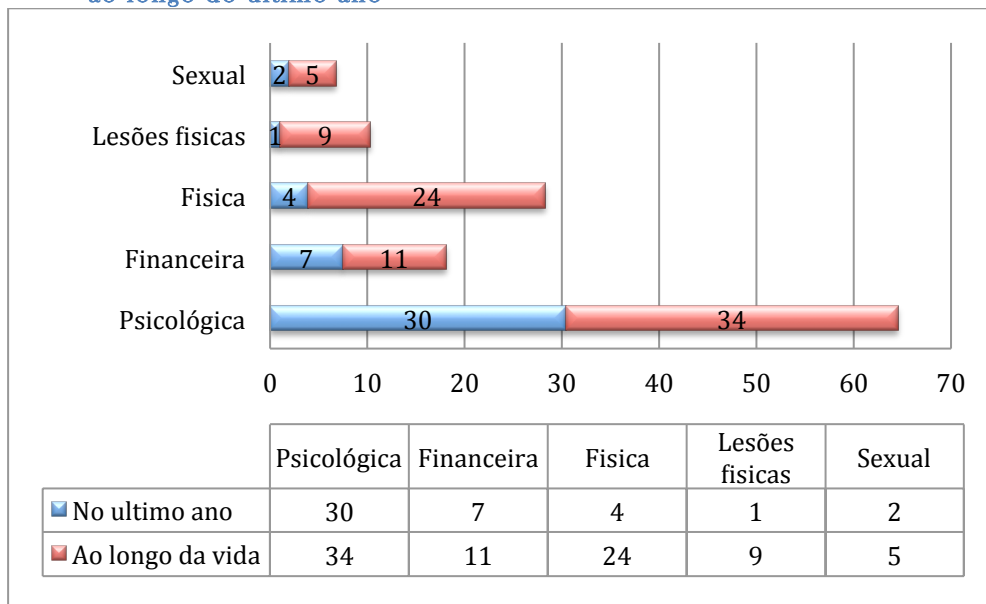
No sentido de percebermos a expressão do fenómeno da violência sobre idosos nesta região, decidimos inquirir as pessoas que constituíram esta amostra usando para o efeito a parte do ABUEL (Abuse of Elderly in Europe) específica da violência.

Os dados recolhidos com o referido questionário permitem-nos compreender a expressão da violência ao longo da vida e no último ano. Assim e relativamente ao último ano constata-se que a forma de violência que prevalece é a violência psicológica referida por 30,0% da amostra (ver gráfico 27). Após, é referida por 7,0% das pessoas a violência financeira. A violência física é referida por 4,0% e as lesões físicas e a violência sexual apresenta valores residuais.

No que diz respeito à violência ao longo da vida constata-se que os valores referidos são superiores aos anteriores. Assim, 34,0% das pessoas referem ter sofrido violência psicológica ao longo da vida, enquanto que 24,0% dizem ter sofrido violência física, 11,0% violência financeira, 9,0% ter tido lesões físicas resultante de violência e 5,0% terem sofrido violência sexual.

Ou seja, para um número expressivo de pessoas, a violência parece ter sido uma constante ao longo da vida e manter-se ainda durante a sua velhice.

Gráfico 27 - Distribuição percentual das diversas formas de violência ao longo da vida e ao longo do último ano



Considerando a considerável quantidade de classes de resposta para cada um destes tipos de violência, entendemos como adequado proceder a uma análise factorial no sentido de identificar os factores que melhor explicam este fenómeno. Assim e relativamente à violência psicológica os resultados são os constantes da tabela 94.

A estrutura relacional dos itens da violência psicológica foi avaliada pela Análise Factorial sobre a matriz de correlações, com extração dos factores pelo método das componentes principais seguida de uma rotação Varimax. Os factores comuns retidos foram os que apresentavam um eigenvalue superior a 1, em consonância com o Scree Plot e a percentagem de variância retida. Para avaliar a validade da análise factorial utilizou-se o critério KMO (Kaiser-Meyer-Olkin). Tendo-se observado um valor de $KMO = 0,892$ a recomendação face à análise factorial é boa. Outro método para avaliar a adequação da análise factorial é o teste de esfericidade de Bartlett em que se testa se a matriz de correlações populacionais é a matriz identidade (hipótese nula) contra ser diferente da matriz identidade. A análise factorial só é útil se a matriz de correlações populacionais for significativamente diferente da matriz identidade. O teste de esfericidade de Bartlett apresenta um p-value <0.001 pelo que rejeitamos a hipótese nula e concluímos que as variáveis estão correlacionadas significativamente.

Tabela 94 - Análise factorial da violência psicológica

Rotated Component Matrix ^a			
	Component		h ²
	1	2	
Alguém o(a) rebaixou ou menosprezou o que você faz?	,651		,741
Alguém destruiu alguma coisa sua?	,653		,565
Alguém ameaçou bater-lhe ou atirar-lhe alguma coisa?	,664		,608
Alguém o(a) ameaçou (ex. deixá-lo(a) num lar; destruir coisas suas)?	,701		,544
Alguém o(a) excluiu ou ignorou repetidamente?	,707		,672
Alguém ameaçou magoar alguém de quem gosta (ex. animais de estimação, familiares)?	,753		,621
Alguém o(a) impediu de ver pessoas de quem gosta?	,780		,761
Alguém fez alguma coisa para ofendê-lo(a)?		,678	,647
Alguém o(a) chamou de gordo(a), feio(a) ou outros nomes?		,695	,571
Alguém gritou ou berrou consigo?		,833	,527
Alguém o(a) insultou ou lhe praguejou?		,840	,582
Initial Eigenvalues	Total	5,742	1,098
	% Variância explicada	52,197	9,979
Cronbach's Alpha		,867	,833
Kaiser- Meyer-Olkin		,887	,792
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	3166,797	1342,656
	df	28	6
	Sig.	,000	,000
Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.			
a. Rotation converged in 3 iterations.			

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,892
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	4885,926
	df	55
	Sig.	,000

RELIABILITY STATISTICS

Cronbach's Alpha	N of Items
,900	11

Através da análise dos resultados desta tabela conseguem identificar-se dois factores comuns latentes que explicam a estrutura relacional da violência psicológica. Um primeiro factor constituído por um

conjunto de elementos que têm a ver essencialmente com ameaça ou exclusão relacional e explica 52,2% da variância total. O segundo fator constituído por elementos que têm a ver com ofensas e insultos explica 10% da variância total (no global, os dois fatores explicam 62,2% da variância total). Adicionalmente, todas as comunalidades (h^2) são elevadas, demonstrando que os dois fatores retidos são apropriados para descrever a estrutura correlacional latente os itens da violência psicológica. De referir por fim que nenhuma das classes de resposta foi excluída neste processo de análise factorial.

Procedemos de igual forma relativamente à variável violência física. Neste caso foram identificados 5 fatores, tendo sido excluída uma classe de resposta por apresentar comunalidades inferiores a 0,5.

Tabela 95 - Análise factorial da violência física

	Component					h^2
	1	2	3	4	5	
Alguém o(a) queimou ou esaldou de propósito?	,889					,817
Alguém o(a) amarrou?	,888					,853
Alguém o(a) prendeu de qualquer outra forma?	,878					,830
Alguém o(a) fechou no quarto?	,693					,724
Alguém o(a) tentou estrangular?		,724				,648
Alguém lhe atirou alguma coisa que o(a) magoou?		,595				,593
Alguém usou uma faca, uma pistola ou outra arma contra si?		,760				,638
Alguém o(a) atirou contra uma parede, porta ou mobília?		,516				,561
Alguém torceu o seu braço ou lhe puxou o cabelo?			,853			,754
Alguém o(a) ameaçou com uma faca, uma pistola ou outra arma?			,874			,837
Alguém o(a) agarrou?				,717		,785
Alguém lhe deu pontapés?				,796		,692
Alguém o(a) empurrou ou lhe deu um encontrão?				,527		,708
Alguém o(a) esbofeteou?					,715	,870
Alguém o(a) esmurrou ou feriu?					,641	,611
Alguém o(a) espancou?					,714	,580
Initial Eigenvalues	Total	5,412	2,58	1,250	1,170	1,083
	% Variância explicada	33,827	16,15	7,813	7,313	6,769
Cronbach's Alpha		,904	,839	,664	,698	0,659
Kaiser- Meyer-Olkin		,796	,743	,700	,604	0,710
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	2579,3	2463,8	11,14	556,570	340,00
	df	6	6	1	3	3
	Sig.	,000	,000	,000	,000	,000
Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.						

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,725
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	7564,999
	df	120
	Sig.	,000

RETIRADO Item por comunalidade inferior a 0,5 - Alguém lhe deu drogas ou Medicamentos para Controla-lo (a) ou torná-lo (a) dócil?

Pela análise dos dados constantes da tabela 95 constatamos que o primeiro fator é constituído por elementos que têm a ver essencialmente com contenção física e explica 33,8% da variância total. O segundo fator é constituído por elementos que têm a ver com atos potencialmente causadores

de lesões físicas graves que atentam contra a vida e explica 16,2% da variância total. O terceiro fator integra dois elementos que têm a ver com atos intimidatórios explica 7,8% da variância total. Por sua vez o quarto fator integra elementos que podemos apelidar de coação física grave e explica 7,3% da variância total e o quinto fator é constituído por elementos que têm a ver com atos potencialmente causadores de lesões físicas graves explica 6,8% da variância total. No global, os cinco fatores explicam 71,9% da variância total. Adicionalmente, todas as comunalidades (h^2) são elevadas, demonstrando que os dois fatores retidos são apropriados para descrever a estrutura correlacional latente os itens da violência física.

Sendo o valor de $KMO = 0,725$ a recomendação face à análise factorial é média. O teste de esfericidade de Bartlett apresenta um p-value <0.001 pelo que rejeitamos a hipótese nula e concluímos que as variáveis estão correlacionadas significativamente.

Por sua vez e relativamente às lesões físicas, foram identificados dois fatores latentes. O primeiro constituído por elementos que têm a ver com consequências de lesões graves que exigiram cuidados diferenciados e explica 56,2% da variância total. O segundo com consequências que poderemos considerar menores (ver tabela 96) explica 22% da variância total (no global, os dois fatores explicam 78,2% da variância total). Adicionalmente, todas as comunalidades (h^2) são elevadas, demonstrando que os dois fatores retidos são apropriados para descrever a estrutura correlacional latente os itens das lesões físicas.

Tabela 96 - Análise factorial das lesões físicas

Rotated Component Matrix*				
		Component		h^2
		1	2	
Desmaiou porque lhe bateram na cabeça?		,759		,840
Foi ao médico porque lhe bateram?		,872		,811
Precisou de ir ao médico por lhe terem batido mas não foi?		,857		,786
Partiu algum osso porque lhe bateram?		,898		,827
Teve uma entorse, nódoas negras ou golpes porque lhe bateram?			,884	,577
Sentiu dor, mesmo no dia seguinte a lhe terem batido?			,921	,856
Initial Eigenvalues	Total	3,375	1,322	
	% Variância explicada	56,246	22,026	
Cronbach's Alpha		,833	,789	
Kaiser-Meyer-Olkin		,814	,500	
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	2083,269	545,669	
	df	6	1	
	Sig.	,000	,000	
Extraction Method: Principal Component Analysis.				
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.				

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,783
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	2795,599
	df	15
	Sig.	,000

RELIABILITY STATISTICS

Cronbach's Alpha	N of Items
,704	6

Sendo o valor de $KMO = 0,783$ a recomendação face à análise factorial é média. O teste de esfericidade de Bartlett apresenta um $p\text{-value} < 0,001$ pelo que rejeitamos a hipótese nula e concluímos que as variáveis estão correlacionadas significativamente.

Relativamente à violência financeira (tabela 97) foi excluída uma classe de resposta por apresentar comunalidades inferiores a 0,5 e conseguimos identificar dois fatores comuns. O primeiro factor é constituído essencialmente por elementos que têm a ver com apropriação ou tentativa de apropriação dos bens contra sua vontade e explica 49% da variância total. O segundo tem a ver principalmente com coação ou fraude explica 16,7% da variância total (no global, os dois fatores explicam 65,7% da variância total). Adicionalmente, todas as comunalidades (h^2) são elevadas, demonstrando que os dois fatores retidos são apropriados para descrever a estrutura correlacional latente os itens da violência financeira.

Tabela 97 - Análise factorial da violência financeira

Rotated Component Matrix'			
	Component		h^2
	1	2	
Alguém o(a) obrigou a dar-lhe o seu dinheiro, bens materiais ou propriedades, contra a sua vontade?	,695		,779
Alguém tentou que o senhor(a) lhe desse o seu dinheiro, os seus bens materiais ou propriedades?	,769		,559
Alguém tentou, através de fraude, tirar-lhe dinheiro, bens materiais ou propriedades?	,790		
Alguém tentou roubar-lhe dinheiro, bens materiais ou propriedades?	,760		,602
Alguém lhe roubou dinheiro, bens materiais ou propriedades?	,775		,592
Alguém tentou tomar ou manter o poder sobre o seu representante legal/advogado contra a sua vontade?		,880	,844
Alguém usou uma fraude para tirar-lhe dinheiro, bens materiais ou propriedades?		,637	,667
Alguém tomou ou manteve o poder sobre o seu representante legal/advogado contra si?		,891	,844
Initial Eigenvalues	Total	3,920	1,336
	% Variância explicada	48,997	16,698
Cronbach's Alpha		,833	,743
Kaiser- Meyer-Olkin		,800	,622
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1746,502	907,452
	df	10	3
	Sig.	,000	,000

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Retirado Item: Alguém fez outra coisa para tirar-lhe dinheiro, bens materiais ou propriedades? Comunalidade inferior a 0,5

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,754
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	3178,205
	df	28
	Sig.	,000

RELIABILITY STATISTICS

Cronbach's Alpha	N of Items
,828	8

Sendo o valor de $KMO = 0,754$ a recomendação face à análise factorial é média. O teste de esfericidade de Bartlett apresenta um p-value <0.001 pelo que rejeitamos a hipótese nula e concluímos que as variáveis estão correlacionadas significativamente.

Também na violência sexual (tabela 98) foram identificados dois fatores latentes. O primeiro constituído por elementos que podemos apelidar de coação sexual e explica 77,5% da variância total. O segundo fator é constituído por elementos que podemos designar de violentação sexual grave explica 17,9% da variância total (no global, os dois fatores explicam 95,4% da variância total). Adicionalmente, todas as comunalidades (h^2) são elevadas, demonstrando que os dois fatores retidos são apropriados para descrever a estrutura correlacional latente os itens da violência sexual. Contudo, não foi possível determinar o valor de KMO nem do teste de esfericidade de Bartlett devido ao facto da matriz não ser definida positiva.

Tabela 98 - Análise factorial da violência sexual

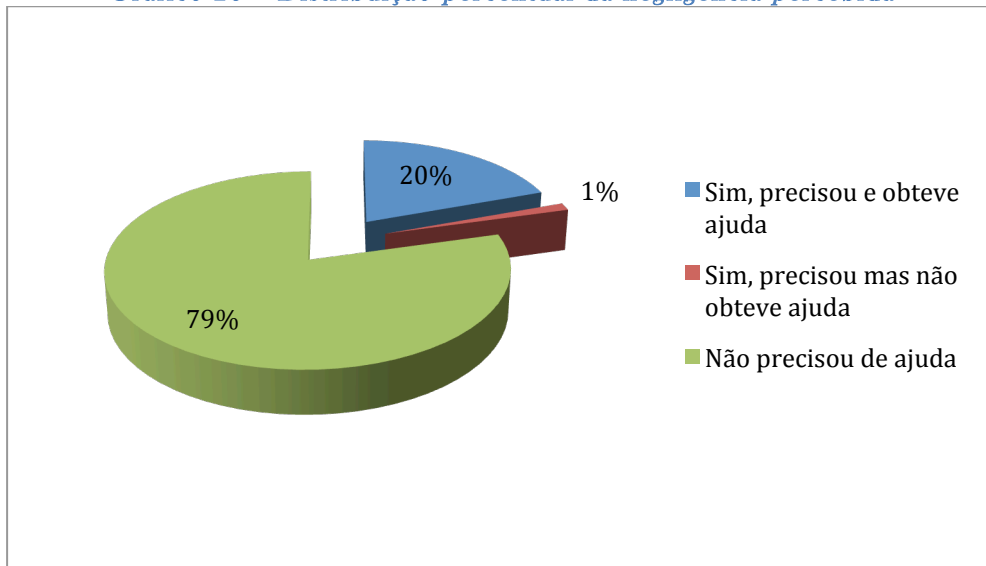
Rotated Component Matrix ^a			
	Component		h^2
	1	2	
Alguém lhe falou de forma sexual?	,905		,869
Alguém lhe tocou, sexualmente, contra a sua vontade?	,909		,958
Alguém tentou tocar-lhe, sexualmente, contra a sua vontade?	,924		,962
Alguém o(a) obrigou a ver pornografia contra a sua vontade?		,923	,958
Alguém tentou fazer-lo(a) ver pornografia contra a sua vontade?		,923	,958
Alguém teve relações sexuais consigo contra a sua vontade?		,919	,956
Alguém tentou ter relações sexuais consigo contra a sua vontade?		,904	,938
Alguém teve outros comportamentos sexuais abusivos?		,783	,644
Initial Eigenvalues	Total	5,422	1,250
	% Variância explicada	77,461	17,863
Cronbach's Alpha		,955	,956
Kaiser- Meyer-Olkin		,708	a. This matrix is not positive definite.
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	4252,288	
	df	3	
	Sig.	,000	
Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.			

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		a. This matrix is not positive definite
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	
	df	
	Sig.	
RELIABILITY STATISTICS		
Cronbach's Alpha	N of Items	
,930	8	

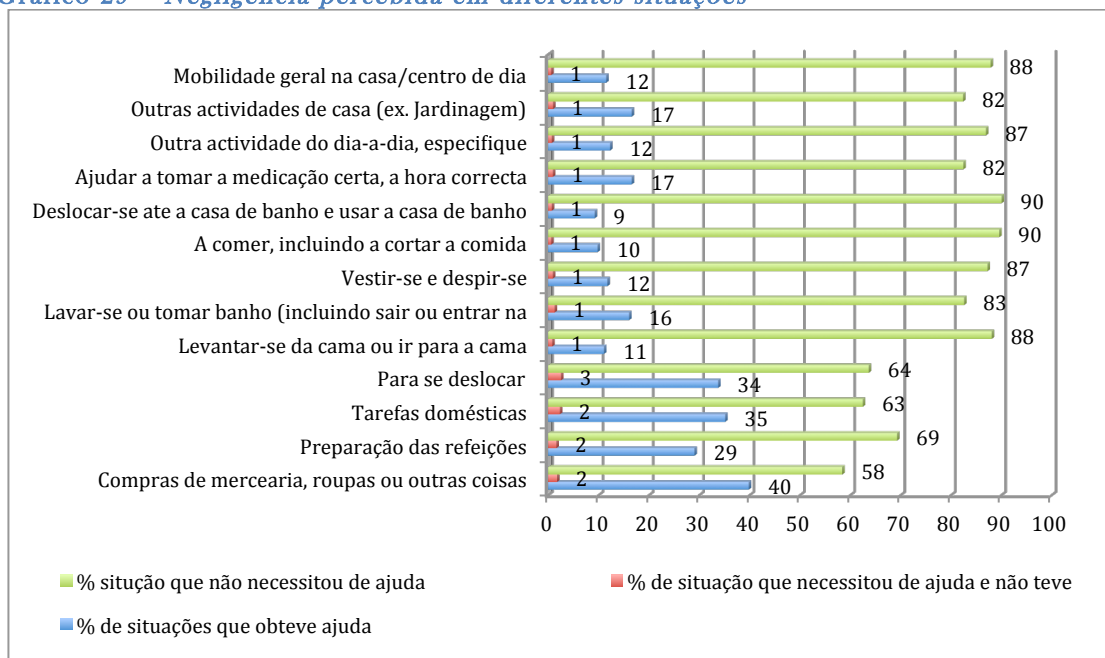
A negligência foi estudada inquirindo as pessoas acerca das atividades ou situações de vida para as quais precisou de ajuda e a obteve. Assim, constata-se que 79% da amostra considerou que não necessitou de ajuda, nas diversas situações da vida diárias, 21% necessitou de ajuda e obteve-a e 1% necessitou de ajuda na realização de atividades de vida diária, mas não a obteve (gráfico 28).

Gráfico 28 - Distribuição percentual da negligência percebida



Através do gráfico 29 percebemos em pormenor quais as situações em que os idosos sentiram que precisarem de ajuda e a obtiveram ou a mesma lhes foi negada. Percebe-se assim que as situações mais problemáticas se observam na ajuda para se deslocarem onde 3,0% dos idosos precisou de ajuda e não a obteve, o mesmo se passando com 2,0% dos idosos que não tiveram ajuda quando dela precisarem nas tarefas domésticas, na preparação das refeições e na compra de mercearia, roupas ou outras coisas.

Gráfico 29 - Negligência percebida em diferentes situações



DISCUSSÃO DOS DADOS

Temos consciência que a discussão dos dados por nós encontrados não se afigura fácil, principalmente por duas razões. Porque existem poucos estudos cujo objetivo seja conhecer a funcionalidade dos idosos e feitos com uma amostra de base populacional. E porque são ainda menos os estudos que, tendo esses objetivos, tenham sido feitos com base na Classificação Internacional da Funcionalidade.

Face ao exposto, sempre que tal nos seja possível, compararemos os nossos dados com os de outros estudos. Quando isso não for possível, realçaremos os aspectos mais importantes dos dados por nós encontrados.

Referir ainda que, apesar de na maioria das variáveis por nós estudadas, principalmente as associadas à funcionalidade, predominar uma percentagem expressiva de idosos que não apresentam alterações susceptíveis de requerer cuidados, na discussão dos dados daremos especial atenção à percentagem de idosos que apresenta alterações.

Relativamente aos elementos de caracterização sócio biográfica, na amostra estudada, destaca-se a predominância de mulheres em qualquer dos grupos etários considerados. Se perspetivarmos a totalidade da amostra constatamos uma Relação de Masculinidade¹⁹ de 76,0 a qual compara com 72,4 que é a relação de masculinidade da população portuguesa com 65 e mais anos (INE, 2011). Este diferença é congruente com todos os restantes indicadores relativos ao envelhecimento desta região, os quais nos confirmam tratar-se de uma região particularmente envelhecida. Por outro lado, os mais recentes dados do INE (2011) dizem-nos ainda que o desequilíbrio na relação entre homens e mulheres, com predomínio destas, se acentua à medida que a idade avança e ainda que este processo se tem vindo a agudizar ao longo dos últimos anos. Os dados atrás referidos justificam também o elevado de número de mulheres viúvas.

Relativamente ao Índice de Massa Corporal e como mais atrás referimos, destaca-se por um lado o facto de 29,2% dos idosos apresentarem excesso de peso, mas também o de 11% apresentar baixo peso. Quer um quer outro destes valores devem merecer atenção e obrigar ao desenvolvimento de um mais adequado estudo do estado nutricional dos idosos. Efetivamente, de acordo com alguns autores (e.g., Ribeiro, 2010), o IMC deve ser usado com cautela na avaliação de idosos. Apesar disso, sabemos que o excesso de peso e a obesidade são fatores associados a diversas doenças crónicas e a uma diminuição da qualidade de vida. Por sua vez um IMC muito baixo pode ser indicador de desnutrição. Alguns estudos dizem-nos que um IMC elevado ou muito baixo são fatores preditores do desenvolvimento de incapacidade em idades mais avançadas (Shepard, 1997, Carvalho, 2003).

Não são abundantes os estudos de base populacional com idosos portugueses com os quais possamos comparar estes resultados. Todavia, num rastreio de avaliação nutricional de um grupo de

¹⁹ Relação entre o número de homens e de mulheres numa dada população.

idosos da Santa Casa da Misericórdia de Bragança (Marcelino, 2007), conclui-se que 18,2% da amostra tem excesso de peso enquanto apenas 1,5% apresenta baixo peso. Por sua vez num estudo desenvolvido por Ribeiro (2010) com uma pequena amostra (61 mulheres e 23 homens) concluiu que 73% dos homens e 70% das mulheres são consideradas com excesso de peso/obesidade.

Por sua vez, nos dados por nós apresentados no enquadramento teórico e no que diz respeito ao excesso de peso, constatamos que as pessoas da faixa etária 65-74 anos de idade apresentam valores consideravelmente superiores à meta fixada para 2010 e que no período em análise (2004-2010) a situação não evoluiu favoravelmente. A problemática do excesso de peso atinge mais os homens que as mulheres e de entre estes, são os que habitam na região de Lisboa e Vale do Tejo e no Alentejo os que atingem valores mais elevados. A obesidade nesta faixa etária (64-75 anos) teve também uma evolução negativa, ou seja, aumentou a percentagem de pessoas obesas, afastando-se consideravelmente da meta fixada para 2010. A obesidade é um problema que atinge homens e mulheres, mas que se distribui de forma desigual pelas regiões. Assim e relativamente aos homens, atinge maiores percentagens na região Norte e menores na região do Algarve. Relativamente às mulheres, atinge maiores percentagens no Alentejo e menores de novo no Algarve.

Estes estudos apresentam valores díspares entre si e diferentes dos por nós encontrados, o que sugere a necessidade de se aprofundar o estudo desta dimensão.

No que concerne à variável nível de escolaridade destaque-se o facto de 30,7% declarar não saber ler nem escrever, sendo que esta percentagem recai predominantemente sobre mulheres (21,5%) e sobre os grupos etários 75-84 anos e 85 e mais. Estes valores do nível de escolaridade declarada devem ser comparados com os valores por nós encontrados para as variáveis capacidade de ler e de escrever. Verificamos assim que os 30,7% de incapacidade de ler e escrever declarados se transformam em 40,9% de incapacidade de ler e em 43,9% de incapacidade de escrever. Estes outros valores terão razões diversas que poderão ir das dificuldades visuais à iliteracia funcional. Em qualquer dos casos, traduzem-se numa dificuldade concreta a qual acarretará com certeza dificuldades adicionais em diversos outros domínios de vida e/ou do desempenho de diversas funcionalidades.

Na análise destes valores devemos considerar os dados apresentados pelo INE/PORDATA (2012) segundo os quais a percentagem de pessoas com mais de 65 anos sem qualquer nível de escolaridade era em 2011 de 34,6%. Devemos considerar ainda os dados do Inquérito ao Emprego²⁰ de 2001, através do qual se determinaram os níveis de instrução da população idosa com base nas categorias da International Standard Classification of Education (ISCED) utilizada pelas Nações Unidas. Pode constatar-se que mais de metade da população com 65 e mais anos (55,1%) não tinha qualquer nível de instrução, enquadrava-se no nível 0 do ISCED. Esta proporção é su-

²⁰ http://alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades_29.pdf

perior no caso das mulheres (64,7% contra 41,3% dos homens). Pela comparação destas diferentes fontes compreende-se que existe uma clara diferença entre nível de escolaridade e capacidade de ler e escrever. Compreende-se ainda que existe um decréscimo progressivo do número de pessoas sem qualquer nível de escolaridade à medida que o tempo passa. Pode concluir-se por fim que a população idosa detém, de um modo geral, baixos níveis de instrução, mas, de acordo com os nossos dados detém ainda mais baixas capacidade de ler e escrever. Dentro desse grupo, as mulheres registam níveis mais baixos que os homens.

No que concerne ao número de filhos, verifica-se que apenas uma pequena percentagem (14,4%) refere não os ter. Esta variável é importante no sentido de perceber a potencial rede familiar. Todavia, apesar do valor atrás referido, cerca de 23% da população, principalmente pertencente ao grupo etário 75-84 anos, vive sozinha.

Um outro conjunto de variáveis atrás referidas e que nos parecem importantes na análise da situação de saúde dos idosos têm a ver com as dimensões financeiras. Assim constatamos que uma percentagem de 18,7% da amostra diz não ter as suas necessidades de alimentação satisfeitas; 19,2% diz não ter as de habitação; e 26% afirma não ter as de saúde. Estes dados devem ser confrontados com os que nos são fornecidos pelo Eurostat²¹ (2012) sobre o risco de pobreza dos idosos. Verificamos assim que este teve uma redução sistemática entre 2004 e 2009, todavia em 2010 sofreu uma inversão na tendência voltando a subir para 21,0%. Curiosamente os valores atrás referidos aproximam-se deste.

Apesar disso constatamos ainda que apenas 9,3% são beneficiários do Complemento Solidário para Idosos, só 17,7% conhecem o cheque dentista e apenas 1,1% o utilizou, apesar de 9,3% ter direito direto e imediato a ele. Concomitantemente, apenas 3,9% da população admite desenvolver um trabalho remunerado (comerciantes essencialmente). Ou seja, por uma lado, as pessoas assinalam dificuldades em responder a algumas das suas necessidades básicas, por outro, denunciam um baixo nível de conhecimento e usufruto dos meios sociais de apoio a algumas dessas necessidades. Apresentam ainda uma baixa participação no mercado de trabalho. Admitimos a hipótese de esta variável estar subavaliada devido ao receio de poderem vir a ser prejudicados caso declarem o exercício de alguma atividade concomitantemente com o recebimento de uma reforma.

Na discussão dos dados relativos à avaliação da funcionalidade adoptaremos a estrutura que esteve na base da apresentação dos resultados. Por outro lado, nesta discussão daremos especial atenção ao grupo de pessoas que, devido às suas limitações funcionais, precisarão de cuidados, ou seja, às que incluírem as duas últimas classes de resposta: problema moderado intenso e problema completo.

²¹ <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/Tabela.do?tab=Tabela&init=1&language=en&pcode=tsdde320&plugin=0>

Tal como já referimos as **FUNÇÕES DO CORPO** são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas). De entre estas avaliámos as funções mentais, as quais de acordo com a CIF, são funções do cérebro que incluem funções mentais globais como consciência, energia e impulso, e funções mentais específicas como memória, linguagem e cálculo.

As funções mentais globais por nós estudadas incluem as funções de consciência, de orientação e do sono. De entre estas começamos por fazer referência às duas primeiras (i.e., funções de consciência e de orientação). Nestas a percentagem de pessoas idosas que se situa no nível acima do qual carecem de cuidado terapêutico é inferior a 6%. Sendo que nas funções de consciência essa percentagem é mesmo inferior a 3%, não se tendo provado qualquer associação com a idade. Nas funções de orientação a percentagem é um pouco superior, percebendo-se neste caso uma associação com o progredir da idade, sendo claro que é nos indivíduos com idade igual ou superior a 85 anos que é mais evidente a presença de um problema moderado intenso (1,7%) e de um problema completo (1%).

Não encontramos dados de base populacional relativamente à variável “funções de consciência” que nos permitam comparações. Todavia encontrámo-los relativamente à variável “funções de orientação”. Neste caso e ainda que com diferente metodologia, Montejo et al. (2011) desenvolveram um estudo com o objetivo de conhecer a prevalência de queixas de memória em pessoas com mais de 65 anos da cidade de Madrid. De entre os resultados destacamos: 32,4% dos indivíduos relataram queixas subjetivas de memória. A prevalência dessas queixas depende da idade, educação, sexo, humor e desempenho cognitivo. As queixas subjetivas aumentam de 24% nos grupos etários 65-69 para 57% no grupo de 90 e mais. Por outro lado e através de testes cognitivos de orientação, perceberam ainda que os indivíduos sem falhas de orientação (81%) têm uma frequência de 22,2% de queixas subjetivas de memória e os indivíduos que falham todos os itens de orientação (4%) têm uma frequência de 93% de queixas.

Ressalvadas as diferenças metodológicas na avaliação desta função, sobram diferenças consideráveis entre os dados dos dois estudos, os quais exigem que outros estudos se desenvolvam, não só para compreender a prevalência, mas também as características específicas desta alteração.

As funções do sono merecem uma atenção especial porque cerca de $\frac{1}{4}$ da amostra refere um problema moderado intenso ou completo, embora sem qualquer relação com a idade. Tal denota que a qualidade do sono está comprometida.

De acordo com Happe (2011), o sono reparador é um fator importante para a preservação da saúde e qualidade de vida. A qualidade do sono está associada com a idade, distúrbios do sono ocorrem mais frequentemente em particular após a idade de 75 anos. Além disso, o sono mostra uma associação com o sexo feminino, a inatividade, a insatisfação com a vida social, sintomas de-

pressivos, dor, ingestão de sedativos, predisposição genética e aumento da morbidade e mortalidade em idosos.

Roepke & Ancoli-Israel (2010) dizem-nos que quase metade dos adultos mais velhos relatam dificuldade em iniciar e manter o sono. Com a idade, ocorrem diversas mudanças que podem colocar um risco de perturbação do sono, incluindo aumento da prevalência de condições médicas, uso de medicação aumentada, mudanças relacionadas com a idade em vários ritmos circadianos, e as mudanças ambientais e estilo de vida. Embora as queixas de sono sejam comuns entre todos os grupos etários, os idosos têm maior prevalência de muitas desordens primárias do sono, incluindo distúrbios respiratórios do sono, movimentos periódicos dos membros durante o sono, síndrome das pernas inquietas, movimentos oculares rápidos (REM) distúrbio comportamental do sono, insônia e distúrbios circadiano do ritmo.

Por seu lado, através de um estudo de natureza epidemiológica desenvolvido num distrito italiano por Bonanni et al., (2010), conclui-se que a insônia foi observada em 44,2% da população, enquanto a sonolência em 31,3%, o ronco em 47,2% e apneia do sono em 9,0%.

Face ao exposto podemos afirmar que os dados por nós apresentados se enquadram nas queixas próprias desta etapa da vida, o que não significa que não devam merecer toda a atenção e cuidado, até pela interferência que esta função tem em muitas outras bem como no desenvolvimento das atividades de participação.

As funções mentais específicas por nós estudadas incluem as funções de atenção, de memória e cognitivas de nível superior.

Neste caso verifica-se que a percentagem de pessoas idosas com problemas que requerem a intervenção de cuidados terapêuticos é crescente. E em todos eles com uma associação estatisticamente significativa com a idade, a qual nos indica que a presença destas dificuldades ocorre preferencialmente em idades superiores a 75 anos. Assim, nas funções de atenção a percentagem é de cerca de 9%, nas funções de memória a percentagem é um pouco superior a 25% e nas funções cognitivas de nível superior é de cerca de 45%.

Relativamente a este grupo de funções socorremo-nos de novo do estudo de Montejo et al., (2011), já atrás referido, desenvolvido com o objetivo de conhecer a prevalência de queixas de memória em pessoas com mais de 65 anos da cidade de Madrid, através do qual concluíram que 32,4% dos indivíduos relataram queixas subjetivas de memória. A prevalência dessas queixas depende da idade, educação, sexo, humor e desempenho cognitivo.

Por sua vez e de acordo com McFarland, Ross & Giltrow (2002), o envelhecimento cognitivo traz vários declínios da memória, capacidade de trabalho, que impedem a aquisição de competências cognitivas complexas.

Também Sharps (2007) refere que o envelhecimento está relacionado com a diminuição da velocidade de raciocínio, diminuição da memória, da tomada de decisão em situações mais complexas, com implicações na diminuição da aprendizagem social e declínio relacionados com a idade.

Por último, Benjamin (2010), refere que as pessoas idosas apresentam défices ao nível dos processos psicológicos. Esta conclusão baseia-se em grande parte nas interações empíricas, na observação dos comportamentos das pessoas com 65 e mais anos de idade e as repercussões nos processos de tomada de decisão.

Relativamente às restantes funções por nós estudadas não encontramos dados que nos permitam comparação.

De entre as funções Sensoriais e de dor, estudámos as funções auditivas e de dor.

Nas funções auditivas assinalamos que cerca de 15% dos idosos carecem de cuidados, mais uma vez com uma associação estatisticamente significativa com a idade.

De acordo com um estudo, de âmbito nacional, levado a cabo nos Estados Unidos da América (Caban, Lee, Gomez Marin, Lam, & Zheng, 2005), percebeu-se que cerca de 30% das pessoas com idades compreendidas entre 65-79 e 37% com 80 e mais anos tem perda de capacidade auditiva.

Em dois outros estudos levados a cabo com populações latinas e com base em dados de autorreferência, concluiu-se que a perda de audição afeta 25%-58% das pessoas com 65 ou mais anos (Davanipour, Lu, Lichtenstein, & Markides, 2000; Torre, Moyer, & Haro, 2006)

Por sua vez, em estudo desenvolvido por Hong et al., (2009), numa comunidade latina dos Estados Unidos da América percebeu-se que entre 87% e 99% dos participantes do estudo apresentam algum nível de deterioração da capacidade auditiva tanto em altas como em baixas frequências. Este transtorno é mais comum em homens que em mulheres. A perda de audição aumenta significativamente com a idade.

Face ao exposto e se tivermos em consideração a importância da audição para um conjunto diversificado de atividades tais como comunicar, interagir, mas também andar, entre muitas outras, percebemos que se trata de um aspecto da funcionalidade dos idosos a ter em consideração.

Na funções de dor o problema é mais grave com cerca de 58% da amostra a incluir-se no grupo das pessoas que carecem de cuidados, as quais referem dor com especial incidência na coluna lombar, (33,9%), seguido do joelho direito com 15,5%, do joelho esquerdo com 14,6% e da região dorsal com 12,4%.

De acordo com o Estudo Nacional sobre Saúde e Envelhecimento no México (ENASEM 2001), a prevalência de dor auto referida é de 41,5%, mais frequente em mulheres (48.3% vs. 33.6%), com maior prevalência à medida que a idade avança e menor à medida que o nível de escolaridade aumenta. A dor associou-se diretamente com a coexistência de artrite, doenças pulmonares,

quedas, hipertensão, depressão, acidente vascular cerebral (AVC) e história de cancro, assim como com a alteração da funcionalidade. Concluíram os autores que a dor é um problema frequente entre os idosos mexicanos e que se associa com um grande número de patologias.

Num outro estudo desenvolvido por Iliffe et al., (2009), concluíram que 39.9% de uma amostra de idosos da zona suburbana de Londres tiveram dor nas últimas 4 semanas.

Também num estudo da responsabilidade da Escola de Medicina da Universidade do Texas, levado a cabo numa amostra populacional mexicano-americana com 74 e mais anos, concluíram que 64,7% das pessoas referiram dor nas últimas 4 semanas, e 49,7% referiram que essa dor interferiu com o desenvolvimento das suas atividades de vida. O sexo feminino, baixos níveis de escolaridade, fragilidade, reduzida mobilidade, incapacidade, elevadas comorbilidade e IMC e sintomatologia depressiva estão significativamente associados com a intensidade da dor e a interferência com as atividades de vida.

Os dados encontrados no nosso estudo relativos à intensidade da dor são congruentes com os que apresentamos de outros estudos feitos em diferentes partes do mundo. Pelo exposto compreende-se que nem os dados referentes a esta variável nem os referentes a qualquer outra devem ser vistos de forma isolada, dadas as relações existentes entre elas. Daqui resulta não só a necessidade de se aprofundar o estudo dessas relações mas também a necessidade de considerar as referidas relações em qualquer intervenção que se pretenda desenvolver.

Podemos afirmar que o grupo das funções que acabámos de referir (funções auditivas e de dor) são essenciais à relação consigo próprio, com os outros e com o contexto de uma forma mais alargada. Sendo assim, torna-se evidente que em diversas destas funções uma percentagem expressiva de pessoas apresenta dificuldades que as limitam nesse processo de relação e consequentemente em todas as atividades que com isso possam estar relacionadas.

No que concerne às funções do aparelho cardiovascular, demos particular atenção às funções de tolerância ao exercício. Neste caso o grupo que merece cuidados especiais é constituído por 12,8% das pessoas (10,2% que diz conseguir andar apenas alguns metros sem ficar dispneico e 2,6% da amostra que refere que a dispneia os impede de sair de casa).

Com o objetivo de avaliarem o valor diagnóstico dos sintomas respiratórios no diagnóstico de limitação do fluxo aéreo Medbø & Melbye (2008), fizeram um estudo transversal de base populacional, através do uso de espirometria com uma amostra de 3954 indivíduos com mais de 60 anos. Os resultados mostram-nos que as limitações do fluxo aéreo é de 15,5% a 20,8% em mulheres e homens respetivamente, enquanto que a correspondente prevalência de limitação grave do fluxo aéreo é de 3,4% e 4,9%. Neste estudo perceberam ainda que a pieira, dispneia em caminhar sem pressa, dispneia em marcha rápida, e tosse com catarro foram preditores independentes de qualquer limitação do fluxo aéreo.

Apesar de os objetivos do estudo atrás referido serem de natureza diferente, os seus resultados são passíveis de comparação tendo em conta o facto de a dispneia em caminhar sem pressa, dispneia em marcha rápida, entre outros, serem preditores de qualquer limitação do fluxo aéreo.

Podemos assim afirmar que estamos perante uma percentagem expressiva de idosos que é portador de uma limitação numa função que é importante em si própria e também na repercussão que tem no desenvolvimento de diversas atividades.

De entre as funções do aparelho digestivo, investigámos as funções de defecação, sendo de assinalar que 1,6% da amostra apresenta uma alteração com diminuição da frequência e 1,3% apresenta uma alteração com aumento da frequência.

Por sua vez, das funções genitourinárias, avaliámos as funções miccionais. De entre estes destacamos o grupo das pessoas que apresentam condições especiais nesta função e que correspondem a 3,8% do total da amostra. Destes indivíduos, pouco mais de metade, 52,9%, usa fralda, 29,4% é incontinente e 17,6% está algaliado.

Quer num como noutro destes dois casos constata-se que a percentagem de pessoas que carecem de cuidados é relativamente baixa, todavia são situações onde a necessidade de cuidados se torna particularmente evidente e as restrições que advêm destas limitações repercutem-se a diversos outros níveis da funcionalidade.

A corroborar o que afirmamos referimos um estudo transversal e descritivo, realizado com 107 idosos com idade superior a 60 anos da área de abrangência de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município de Goiânia/GO por Nakatani et al., (2009), constatou-se que entre os participantes, no geral, 28,6% referiram dificuldade para o controle do esfíncter urinário. Esse contingente representa 69,8% entre os idosos com algum comprometimento nas AVD. Do total de idosos, na amostra, 6,6% alegaram dificuldade de controle do esfíncter anal, que representa 16,3% entre aqueles com algum comprometimento nas AVD. Os idosos que apresentam incontinência, em geral, passam constrangimentos, levando-os a restringirem-se ao lar. Esta condição contribui para agravos como solidão, depressão e alteração cognitiva.

De entre as funções neuromusculoesqueléticas, demos especial atenção às Funções das articulações e dos ossos, nomeadamente às Funções de Mobilidade das Articulações e às Funções Musculares. No que diz respeito às primeiras, constata-se que uma percentagem inferior a 4% apresenta problemas que carecem de cuidados terapêuticos na mobilidade das articulações dos membros superiores. Todavia, cerca de 10% apresentam problemas de mobilidade das articulações do tronco e uma percentagem muito semelhante de pessoas com problemas na mobilidade das articulações dos membros inferiores. Em todas estas situações se constata uma associação estatisticamente significativa com a idade.

Já no que concerne às funções musculares, avaliámos as funções de força muscular e de tónus muscular. Na primeira destas funções, 13,4% das pessoas apresentam dificuldades que requerem

cuidados terapêuticos. Na segunda (i.e., tônus muscular), 5,5% das pessoas requer esses cuidados. Em ambos os casos existe uma relação estatisticamente significativa com a idade, distribuindo-se as respostas pelos grupos etários superiores a 75 anos.

Deste grupo de funções sublinhe-se uma percentagem mais expressiva de pessoas que apresenta dificuldades na mobilidade das articulações do tronco e dos membros inferiores. De assinalar também uma percentagem importante de pessoas que apresenta uma limitação da força muscular que requer cuidados terapêuticos.

De assinalar por outro lado que na análise das funções neuromusculares devemos ter em consideração neste grupo em concreto o que atrás foi referido relativamente às funções de tolerância ao exercício, mas também às funções de dor.

Em estudo realizado por Simões et al., (2010), com 65 idosos, com o objetivo de caracterizar a força dos músculos respiratórios e de membros inferiores, bem como as possíveis correlações existentes com a capacidade funcional dos idosos, constatou-se que todas as análises indicaram correlações moderadas com significância estatística ($p < 0,001$) entre a função dos músculos dos membros inferiores e a dos respiratórios, assim como entre a desses últimos e a distância de caminhada.

No que diz respeito às **ESTRUTURAS DO CORPO**, avaliámos as estruturas relacionadas com voz e fala, nomeadamente as estruturas da boca e também as estruturas relacionados com o movimento dos membros superiores e inferiores.

Relativamente às estruturas da boca, foi avaliado o estado dos dentes tendo-se constatado que apenas 26,7% da amostra tem uma dentição funcional. Os restantes 73,3% não tem uma dentição funcional. Esta distribuição não tem qualquer relação significativa com a idade. Ou seja cerca de $\frac{3}{4}$ da amostra não tem uma dentição funcional o que terá repercussões a diversos níveis que vão desde as questões ligadas à alimentação, digestão, mas também à expressão verbal e não verbal.

A OMS, a Federação Dentária Internacional (FDI) e a Associação Internacional para Pesquisa Odontológica nomearam, em 2003, uma comissão que propusesse metas globais para a saúde oral em 2020, como diretrizes para os serviços de saúde. A presença de pelo menos 20 dentes na cavidade oral foi selecionada como condição de dentição funcional. Neste contexto torna-se importante avaliar a perda dentária em idosos (Hobdell et al., 2003; Silva, et al., 2011).

Os resultados por nós alcançados são semelhantes aos de outros estudos (Matos & Lima-Costa, 2006; Silva, 2011). Para a cabal compreensão dos resultados por nós alcançados devemos invocar ainda os dados relativos ao desconhecimento ou escasso uso do cheque dentista e ainda ao baixíssimo recurso aos profissionais de saúde da especialidade, o que reforça a importância das visitas periódicas para a preservação dos dentes (Araújo et al, 2009; Silva, et al., 2011). Os idosos tendem a utilizar cada vez menos estes serviços, sendo a utilização ainda mais reduzida para os que não preservaram os dentes (Siva, 1999; Silva & Fernandes, 2001; Araújo et al., 2009).

Nas Estruturas relacionadas com o movimento, avaliámos as estruturas dos membros superiores e inferiores. Relativamente aos primeiros não foram percebidas quaisquer alterações. Todavia constata-se que um pouco mais de 4,0% das pessoas apresenta problemas que requerem cuidados terapêuticos nos membros inferiores. Constata-se ainda que essas alterações têm uma relação estatisticamente significativa com a idade, com particular incidência nos grupos etários superiores a 75 anos.

Mais uma vez socorremo-nos do estudo de Simões et al. (2010), já atrás referido e segundo os quais existem correlações positivas e significativas entre as funções dos músculos respiratórios e dos membros inferiores, assim como dos parâmetros físicos desses músculos com a capacidade funcional dos idosos. Estudos prévios correlacionaram a força dos músculos respiratórios com a musculatura periférica e a força inspiratória com a distância caminhada em idosos, o que corrobora os resultados deste estudo.

Podemos assim afirmar que as limitações funcionais atrás referidas não se poderão atribuir exclusivamente às estruturas corporais.

De entre as **ATIVIDADES DE PARTICIPAÇÃO** foram diversas as que foram avaliadas neste estudo.

O primeiro grupo por nós avaliado foi a aprendizagem e aplicação de conhecimentos, nomeadamente, aprendizagem básica e aplicação de conhecimentos.

Na aprendizagem básica avaliámos a aquisição de competências e constatámos que cerca de 15% das pessoas apresenta dificuldades que requerem cuidados terapêuticos, havendo uma associação estatisticamente significativa com a idade.

Na aplicação de conhecimentos avaliámos a concentração da atenção, ler, escrever e resolver problemas. Na concentração da atenção constatámos que cerca de 12% das pessoas apresenta dificuldades. Na leitura as dificuldades ultrapassam os 40% (40,9%) bem como na escrita (43,9%). Em ambos os casos deve salientar-se ainda que estes valores se devem comparar com os 30,7% de pessoas que na caracterização sócio-biográfica disse não saber ler nem escrever. Por outro lado, saliente-se o facto de haver uma associação estatisticamente significativa com a idade, com predominância destes problemas em idades superiores a 75 anos.

No que diz respeito à resolução de problemas verifica-se que existem dificuldades que carecem de ajuda em 31,5% das pessoas, com particular incidência, estatisticamente significativa, no grupo etário dos 75-84 anos.

De acordo com os mais recentes desenvolvimentos das neurociências, não são lineares as associações entre a idade e a diminuição das capacidades de aprendizagem e de aplicação de conhecimentos. Serão com certeza diversas as razões que concorrem para as dificuldades referidas neste grupo de atividades de participação. A estas não será estranha a baixíssima escolaridade deste

grupo de pessoas, a qual tem razões históricas conhecidas. Tal condição configura uma limitação em si própria, mas também com limitações a diversos outros níveis que têm a ver com a relação da pessoa consigo própria e com o contexto, mas também com a capacidade de cuidar da sua saúde, entre outros.

De acordo com o já referido estudo de Nakatani et al., (2009) realizado com 107 idosos com idade superior a 60 anos da área de abrangência de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município de Goiânia/GO, algumas incapacidades evidenciadas na amostra como: tomar medicação, discar o telefone, manusear dinheiro, fazer compras e usar meios de transportes, associam-se ao analfabetismo conforme os relatos dos idosos entrevistados. Somam-se a isso as dificuldades de acompanharem as transformações sociais, econômicas, tecnológicas devido ao afastamento progressivo da vida social.

Também de acordo com McFarland, Ross & Giltrow (2002), já atrás citados, o envelhecimento cognitivo parece implicar declínios na capacidade de trabalho, que impedem a aquisição de competências cognitivas complexas. Sharps (2007), de algum modo confirma, dizendo que o envelhecimento está relacionado com a diminuição da velocidade de raciocínio, diminuição da memória, da tomada de decisão em situações mais complexas, com implicações na diminuição da aprendizagem social e declínio relacionados com a idade.

No grupo das tarefas e exigências gerais, avaliámos a realização da rotina diária e verificámos que cerca de 11% das pessoas apresenta dificuldades que requerem ajuda, também neste caso com particular incidência nos grupos etários com idades superiores a 75 anos, sendo esta associação estatisticamente significativa.

Também neste caso podemos comparar este resultados com os do estudo desenvolvido por Nakatani et al., (2009) no qual 58,1% possuíam algum grau de dependência, para administrar o seu ambiente e lidar com a vida social, sendo 57,1% com dependência parcial e 1% com dependência total. Entre os itens das AIVD nos quais os idosos apresentaram algum grau de dependência, identificamos: lavar roupa (38,1%), trabalho doméstico - limpar casa e tirar poeira (32,4%), utilizar o telefone (30,5%), usar os meios de transporte (24,5%), fazer compras (17,1%), manuseio de dinheiro (16,1%), tomar medicação (12,4%) e preparar as refeições (7,6%).

Por sua vez no grupo da comunicação avaliámos a capacidade de comunicar e receber mensagens, comunicar e produzir mensagens e de conversação e utilização de dispositivos.

Relativamente à capacidade de comunicar e receber mensagens orais, verificámos que 8,9% da amostra apresenta dificuldades que carecem de cuidados terapêuticos. Na capacidade de comunicar e produzir mensagens avaliámos a capacidade de falar. Neste caso apenas 3,2% das pessoas apresenta dificuldades que carecem de ajuda. Por sua vez na capacidade de conversação e utilização de dispositivos avaliámos a conversação e constatámos que cerca de 9% das pessoas apresenta dificuldades.

Em qualquer um destes casos existe uma associação estatisticamente significativa com a idade, sendo as referidas dificuldades mais frequentes em idades superiores a 75 anos.

Em resumo, podemos dizer que neste grupo e com exceção da capacidade de falar, as dificuldades estão presentes em cerca de 9% das pessoas idosas, com especial incidência em pessoas com idade superior a 75 anos.

Na atividade de mudar e manter a posição do corpo, avaliámos a capacidade de mudar a posição básica do corpo e constatámos que 8,2% da amostra apresenta dificuldades que requerem ajuda terapêutica. Estas dificuldades são particularmente frequentes em pessoas com idades superiores a 75 anos.

Relativamente às atividades associadas à mobilidade avaliámos a capacidade andar e deslocar-se. Na atividade andar verificámos que 10,5% das pessoas apresenta dificuldades que requerem ajuda terapêutica.

Na atividade deslocar-se avaliámos a capacidade de subir e descer escadas, onde constatámos dificuldades em 32,2% das pessoas. Por sua vez na atividade deslocar-se dentro de casa apenas 5,9% das pessoas referem dificuldades. Já na atividade deslocar-se fora de casa são referidas dificuldades por 9,6% das pessoas. Nestes últimos 3 casos existe mais uma vez associação estatisticamente significativa com a idade.

Também Nakatani et al., (2009) avaliaram a capacidade de subir e descer escadas e constataram que a mesma estava comprometida para 12,4% do total de idosos, na amostra, que representa 30,2% entre aqueles com algum comprometimento nas AVD. Este achado indica perdas motoras maiores do que as encontradas em outro estudo (Soares & Moraes, 2002), em que subir escadas representou 4,6% das limitações, na execução das AVD. A dificuldade para subir e descer escadas, dentro ou fora do domicílio, prejudica a sua autonomia para ir e vir. O idoso precisará de ajuda para ir a serviços de saúde, supermercados, lojas, instituições religiosas, casas de parentes e amigos, e a família nem sempre estará disponível para acompanhá-lo. Caso isto ocorra sistematicamente, poderá comprometer a socialização do idoso.

No que concerne aos autocuidados, avaliámos a atividade lavar-se, cuidar de partes do corpo, cuidados relacionados com os processos de excreção, vestir-se, comer e beber.

No que concerne à atividade lavar-se, verifica-se uma dificuldade completa em 4,3% da amostra, sendo o grupo etário dos 85 ou mais anos o que apresenta uma maior frequência. Na atividade cuidar de partes do corpo são 14,1% das pessoas que apresentam dificuldades que requerem ajuda terapêutica, sendo estas dificuldades mais evidentes nos grupos com idades superiores a 85 anos. Já nos cuidados relacionados com os processos de excreção apenas 4,3% referem dificuldades que carecem de cuidados terapêuticos. A percentagem de pessoas com dificuldades em vestir-se é de 7,5%, com particular incidências nas pessoas com idades superiores a 75 anos. Já na atividade comer apenas 4,8% referem dificuldades e na atividade beber apenas 3,0%. Em todas as

atividades relacionadas com o autocuidado existe uma associação estatisticamente significativa com a idade.

As dificuldades no autocuidado têm expressões percentuais variáveis, sendo mais significativas nos casos em que os mesmos exigem alguma minúcia na atividade como é o caso de cuidar de partes do corpo ou vestir-se.

De acordo com um estudo transversal de base populacional com idosos com 60 anos de idade ou mais, residentes na zona urbana da cidade de Ubá, Minas Gerais, Brasil, desenvolvido por Nunes et al., (2009), o resultado encontrado após avaliação dos pontos da escala de auto percepção da capacidade funcional nas AVDs, constatou-se que 20,2% dos idosos estavam nos três primeiros níveis de classificação (muito ruim, ruim e média) e apresentavam dependência em, pelo menos, uma AVD. A classificação em boa e muito boa foi observada em 79,8% dos indivíduos estudados. Constatou-se algum tipo de limitação funcional em 44,6% dos idosos e incapacidade total em 2,0% dos idosos. Ao calcular as medidas de associação, observou-se que idosos do sexo feminino, com idade acima da mediana, viúvas, analfabetas, morando sós, com baixa renda, sedentários e inativos no mercado de trabalho apresentaram maiores chances para o comprometimento da capacidade funcional. Quando se verificou a associação com as distintas faixas etárias, observou-se que o aumento da idade implica maior comprometimento da capacidade funcional. Idosos na faixa etária entre 70 e 79 anos têm 7,3 vezes mais chances (IC 95%:3,6-14,9) de apresentarem comprometimento da capacidade funcional (OR:7,3; IC 95%; 3,6-14,9) em relação aos idosos na faixa etária entre 60 e 69 anos, enquanto os idosos de 80 anos e mais apresentaram 3,5 vezes mais chances (IC 95%; 3,5-14,6) em relação aos idosos de 70 a 79 anos

Nas atividades de participação avaliámos ainda um conjunto de atividades relacionadas com a vida comunitária, social e cívica e constatámos que a maioria da amostra (61,8%), acha que não necessita de participar nesse tipo de atividades.

Avaliámos também a atividade recreação e lazer, especificamente o exercício físico e constatámos que a grande maioria das pessoas (83,4%) diz não praticar exercício físico. Apenas 13,7% diz fazê-lo e estes pertencem preferencialmente ao grupos etários 65-74 anos e 75-84 anos. Em média fazem-no duas vezes por semana. De referir ainda que uma maioria de 69,2% diz não ter essa necessidade. Apenas 27,0% admite isso como necessidade. Estas últimas pessoas pertencem preferencialmente aos grupos etários 65-74 anos e 75-84 anos.

Salientamos a relevância destes dados principalmente no que diz respeito à importância da atividade física num envelhecimento ativo. Todavia o dado mais relevante é o que diz respeito ao não reconhecimento desta necessidade.

De acordo com uma pesquisa longitudinal desenvolvida por Hsu (2007), com o objetivo de estudar o efeito da participação social na mortalidade e no comprometimento cognitivo dos idosos de

Taiwan, concluiu-se que a participação em alguns tipos de atividades sociais pode reduzir a mortalidade ou o comprometimento cognitivo nos idosos.

Relativamente aos FATORES AMBIENTAIS, avaliámos essencialmente alguns produtos e tecnologias, apoios e relacionamentos e serviços e sistemas políticos.

De entre os produtos e tecnologias avaliámos os destinados a facilitar a mobilidade e transporte e verificámos que só 22,1% da amostra diz utilizar algum dispositivo para facilitar a mobilidade. Nestes, observa-se que são as bengalas ou tripés (16,3%) os produtos de apoio mais referenciados, seguidos das muletas (2,3%) e das cadeiras de rodas com igual percentagem. Isto apesar das dificuldades referidas quer nas funções neuromusculoesqueléticas, quer nas atividades de mobilidade.

Por sua vez relativamente aos produtos e tecnologias para comunicação, verificámos que apenas percentagens residuais de cerca de 4% dizem usar este tipo de tecnologias, nomeadamente prótese auricular. Isto apesar de 15% de pessoas necessitar de cuidados nas funções auditivas.

No que concerne aos apoios e relacionamentos, especificamente no que diz respeito aos prestadores de cuidados e assistentes pessoais, verificámos que 19,4% das pessoas diz precisar de apoio nos cuidados pessoais diários. O grupo etário dos 75-84 anos e dos 85 ou mais anos são os que mais precisam de cuidados pessoais diários. Assinalamos que esta percentagem é superior à de pessoas que manifesta necessidade de ajuda nos autocuidados.

Pretendemos também saber quem foram as pessoas que os ajudaram nesses cuidados. Verificamos que predomina a ajuda de alguém de uma instituição ou da Segurança Social (76,1%).

No que diz respeito aos serviços, sistemas e políticas avaliámos os serviços, sistemas e políticas relacionadas com os transportes e constatámos que em média as pessoas fazem 2 deslocações por semana e que cerca de $\frac{3}{4}$ da amostra (76,2%), diz não precisar de mais. Contudo, 19,5% da amostra diz precisar de mais transportes do que aqueles de que dispõe.

Por fim uma referência para as questões relacionadas com a **VIOLÊNCIA SOBRE IDOSOS**. De acordo com os dados por nós apresentados, 30,0% dos idosos referem ter sido vítimas de violência psicológica ao longo do último ano, enquanto que 7,0% referem ter sofrido violência financeira e 4,0%, violência física.

Em Portugal, tal como na maioria dos países, os estudos sobre violência sobre idosos não só são escassos como carecem maior investimento no uso de instrumentos cientificamente robustos. Isso mesmo foi constatado numa revisão sistemática de 48 estudos que mediram a prevalência de abuso e negligência sobre os idosos, da responsabilidade de Cooper et al (2008), concluiu-se que, daqueles 48 apenas 7 usavam instrumentos de medida que apresentavam critérios de validade e confiabilidade. Nessa mesma revisão sistemática concluiu-se que 6,0% das pessoas reportaram

abuso significativo no último mês e 5,6% dos casais reportaram violência física na sua relação no último ano.

De acordo com os resultados do projeto ABUEL (Soares et al., 2010), o qual consistiu num survey desenvolvido com uma amostra randomizada de pessoas com 60 a 84 anos da população em geral oriundos de centros urbanos de 7 países europeus (Alemanha; Estugarda; Grécia, Atenas; Itália, Ancona; Lituânia, Kaunas; Portugal, Porto; Espanha, Granada; Suécia, Estocolmo), chegou-se às seguintes conclusões:

19,4% dos idosos (60-84 anos) foram expostos a violência psicológica, 2,7% a violência físico, 0,7% a violência sexual, 3,8% a violência financeira e 0,7% a ferimentos.

A violência psicológica ocorre com mais frequência na Suécia (29,7%) e Alemanha (27,1%). A violência física ocorre também com mais frequência na Suécia (4,0%) e na Lituânia (3,8%). A violência sexual ocorre com maior frequência na Grécia (1,5%) e em Portugal (1,3%). A violência financeira ocorre com maior frequência em Portugal (7,8%) e na Espanha (4,8%). Os ferimentos ocorrem com maior frequência na Lituânia (1,5%) e na Grécia (1,1%).

Mais homens que mulheres são vítimas de violência psicológica (20% vs 18,9%); violência física (2,8% vs 2,6%); violência financeira (4,2% vs 3,7%). Mais mulheres que homens são vítimas de violência sexual (1,0% vs 0,3%) e ferimentos (0,9% vs 0,4%).

O número estimado de pessoas na população (60-84 anos) que sofreram violência psicológica durante os últimos 12 meses é de 244.085; de sofrerem violência física de 33.846; violência sexual 8.742 pessoas; violência financeira 48.000 pessoas e ferimentos 8.583 pessoas.

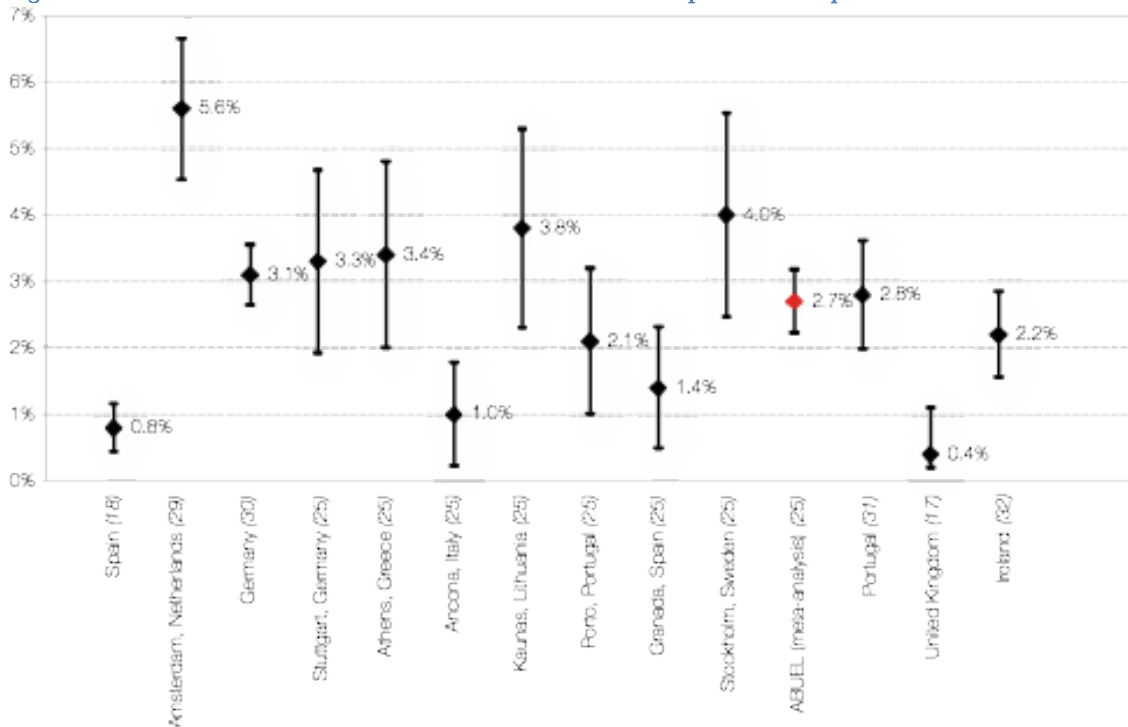
Neste mesmo estudo os valores relativos a Portugal são os seguintes: violência psicológica 21,9%; violência física 2,1%; violência sexual 1,3%; violência financeira 7,8% e ferimentos 0,7%. Estes últimos dados são particularmente importantes uma vez que no nosso estudo foi usado o mesmo instrumento que neste survey. Assim e como podemos verificar, no nosso estudo a prevalência de violência psicológica é superior (30,0%), bem como a violência física (4,0%), a violência sexual (2,0%) e os ferimentos (1,0%), todavia a violência financeira é menor (7,0%). De referir por fim que apesar de o instrumento usado ser o mesmo, a técnica de colheita de dados foi diferente. No projeto ABUEL, foi por entrevista telefónica e no nosso estudo, por entrevista direta e presencial. Também a amostra tem características diferentes. Enquanto que no projeto ABUEL se tratou de uma amostra de natureza urbana, no nosso estudo, tratou-se de uma amostra de base populacional de uma região.

Nos Estados Unidos da América Acierno et al. (2010), desenvolveram um estudo com amostra de 5777 pessoas com mais de 60 anos e constaram que 5,9% referiram sentir-se negligenciadas, enquanto que 0,6% referiram ter sido vítimas de violência sexual e 56,2% vítimas de violência financeira.

Por sua vez, Apratto Junior (2010), desenvolveu um estudo com o objetivo de compreender a magnitude e as características da violência contra idosos no domicílio por pessoas de confiança no bairro da Ilha da Conceição, em Niterói (RJ), adscritos ao Programa Saúde da Família. Para o efeito aplicou um inquérito domiciliar, tendo entrevistado 343 indivíduos com 60 anos ou mais, selecionados por amostragem aleatória simples. De acordo com este estudo percebeu que 43,2% dos idosos referiram ter sofrido pelo menos um episódio de violência psicológica no ano anterior à entrevista. A violência física de qualquer gravidade foi relatada por cerca de 10% dos entrevistados, enquanto 6,1% dos idosos referiram a ocorrência de violência física grave nesse período.

Por sua vez e de acordo com a OMS (2011), e tal como se pode constatar na figura abaixo os valores de prevalência de abuso físico são bastante díspares entre os diferentes países da Europa.

Figura 9 - Prevalência de violência física em diversos países europeus



Fonte: WHO - Regional Office for Europe (2011)

Estamos assim perante um conjunto de dados muito díspares, que resultam de estudos feitos com base em diferentes metodologias, instrumentos e técnicas de recolhas de dados e em diferentes culturas. Tal diversidade alerta-nos para por um lado, o facto de a violência sobre idosos ser uma realidade e como tal carecer de medidas de intervenção, todavia para a efetividade dessa intervenção exigem-se mais estudos

CONCLUSÃO

Após um tão longo percurso de trabalho, envolvendo investigadores de diversas áreas disciplinares e de diferentes instituições, bem assim como profissionais de saúde que aqui assumiram o papel de co-investigadores, importa fazer um balanço.

O primeiro ponto desse balanço é exatamente o que acabámos de referir no parágrafo anterior. Indubitavelmente, a pluralidade das equipas é um ganho em si mesmo. Foi também um ganho a integração de investigadores juniores em processo de doutoramento. Todavia, no caso em apreço, pensamos que foi um ganho adicional pelo facto de termos integrado profissionais de saúde como co-investigadores. O termos facultado formação a esses profissionais, numa área que lhes vai ser útil na intervenção clínica, bem assim como a devolução dos resultados, que em alguns casos já se fez, constituíram-se como ganhos para todos os intervenientes.

O segundo e talvez mais importante ponto deste balanço tem a ver com os efetivos resultados deste processo de investigação. O estudo realizado resulta da aplicação de uma sequência de metodologias de investigação previamente definidas e planeadas que se mostraram adequadas á concretização dos objetivos específicos propostos e conseqüentemente permitiram alcançar o objetivo geral do estudo que definimos da seguinte forma: caracterizar a funcionalidade da população do Alentejo com idade superior a 65 anos bem assim como a prevalência de violência e a Saúde oral desta população. Para responder a este objetivo agregamos os dados em três grande dimensões:

- caracterização sócio biográfica;
- caracterização da funcionalidade segundo as dimensões da CIF;
- caracterização da violência sobre os idosos;
- caracterização da saúde oral dos idosos.

Na caracterização da funcionalidade daremos ênfase não só a esta, mas também às limitações e conseqüentes necessidades de cuidados daí decorrentes.

Caracterização sócio biográfica

No que concerne às características sócio biográficas desta população concluímos que 94,9% da amostra teve capacidade de responder individualmente ao questionário. Recordamos que a amostra foi de base populacional, o que no caso em apreço significa que, se a pessoa não está no local de residência que consta dos ficheiros dos centros de saúde, é excluída da amostra. Portanto, os idosos institucionalizados, provavelmente os mais dependentes, não responderam a este questionário.

O nível de escolaridade mais frequente nesta população é a 4^a classe com exame, apesar de cerca de 30,7% não saber ler nem escrever. Este é um facto relevante que deve ser conjugado com os

dados relativos à capacidade de ler e escrever, avaliadas nas atividades de participação. Esses dados demonstram-nos que a incapacidade de ler e escrever é consideravelmente superior ao analfabetismo declarado. Esta incapacidade, para além das limitações que impõe ao nível da participação social, tem repercussões a todos os níveis da saúde que de algum modo dependam da literacia.

Relativamente às condições familiares, a maioria (85,3%) da amostra tem filhos e 68% vive com familiares. Todavia é de assinalar o facto de 22,9% dos idosos, principalmente dos grupos etários com mais de 75 anos, viverem sozinhos.

No que concerne à participação no mercado de trabalho verifica-se que a quase totalidade da amostra (96,1%) não desenvolve nenhum trabalho remunerado. Assinale-se também o facto de 86,4% não ser beneficiário do complemento solidário para idosos, isto apesar de percentagens expressivas afirmarem que as suas necessidades de alimentação (18,7%), de habitação (19,2%) e as de saúde (26,0%) não estarem satisfeitas. De salientar por fim as questões associadas ao desconhecimento e consequente não uso do cheque dentista.

Parece assim estarmos perante um grupo populacional que não conhece adequadamente os direitos que tem e como tal não usufrui dos mesmos. Tal situação contribuirá para condições de saúde de menos favoráveis e consequentemente para uma menor qualidade de vida.

Caracterização da funcionalidade.

A caracterização da funcionalidade desta população teve como referência as dimensões da Classificação Internacional da OMS. Esta classificação permite realizar duas leituras: classificar a incapacidade e classificar a funcionalidade de uma pessoa ou população. A classificação da incapacidade resulta da identificação das deficiências, da identificação de restrições na participação e identificação das atividades limitadas. A classificação da funcionalidade depende da identificação do funcionamento das funções do corpo, da identificação das atividades que são realizadas e identificação da participação da pessoa numa situação da vida real. No âmbito deste estudo os dados foram interpretados de forma múltipla. Apesar do objetivo deste estudo ser classificar a funcionalidade, algumas situações justificaram a análise à luz do conceito da incapacidade, por serem dados sugestivos da necessidade de adequação de cuidados de saúde.

Funções do Corpo

Na dimensão das funções do corpo, observou-se que nas funções mentais globais, a consciência está mantida na maioria da amostra (92,9%). Nas funções de orientação apesar de as mesmas estarem preservadas numa maioria expressiva da amostra (83,4%), deve salientar-se a percentagem de idosos que apresentam dificuldades, sendo que os mesmos são principalmente de grupos etários com idades superiores a 75 anos.

Em contraponto com as funções anteriores, constata-se que apenas metade da amostra não apresenta alterações das funções da memória (51%) e cerca de ¼ da amostra refere um problema moderado intenso ou completo nas funções do sono.

Na sub-dimensão das funções mentais específicas, as funções da atenção estão mantidas em grande parte da amostra (66,55%). No que concerne às funções emocionais, constata-se que as emoções mais sentidas são as emoções positivas. Contudo, salienta-se que 45,8% da amostra apresenta alterações nas funções cognitivas de nível superior.

Nas funções sensoriais verificou-se que só 59,9% dos idosos não apresenta dificuldades de audição. Este é um dado que deve merecer atenção tendo em consideração o facto de tão poucos idosos referir o recurso a tecnologias que facilitem a audição. Considerando a dor como uma função sensorial específica, verificou-se que mais de metade da amostra (58,2%) refere ter dor, sendo os locais mais referenciados, a coluna lombar e a os joelhos. É surpreendente o número de pessoas que refere dor com intensidade tal que requer um cuidado terapêutico. Todavia, também neste caso, devemos conjugar este dado com os relativos a diversas outras variáveis.

Nas funções cardiorrespiratórias apenas 25% da amostra não refere grau de dispneia ao esforço, segundo uma escala de Borg.

Nas funções do aparelho digestivo a maioria da amostra (97,1%) refere uma função normal na defecção e nas funções miccionais a média é de 6 micções por dia.

Na sub-dimensão das funções neuro-musculares relacionadas com o movimento constatou-se que grande parte da amostra (87,4%) não apresenta problemas de mobilidade articular. Segundo os elementos da amostra que referiram alteração das funções das articulações é o tronco, e membros inferiores as regiões mais referenciadas com algum problema. No que concerne à força muscular o grau de força funcional está mantido em 70% e o tónus muscular não apresenta alterações em 76%.

Estruturas do Corpo

Nesta dimensão a amostra apenas foi caracterizada para as estruturas dos dentes, e as estruturas dos membros. Verificando-se que apenas 26,7% da amostra tem uma dentição funcional e mais de 75% não apresenta alterações dos membros inferiores.

Atividades e Participação

Nas atividades classificadas como atividades de aprendizagem e aplicação de conhecimentos, constata-se que 54,9% da amostra não apresenta dificuldades na aquisição de competências. Todavia, devem merecer especial atenção os 14,3% de pessoas que apresentam dificuldades que carecem de ajuda. De salientar ainda que 62,3% também não apresenta dificuldades na aplicação de conhecimentos. Na atividade ler, existe maior percentagem de elementos da amostra com dificuldade completa (38,1%) do que percentagem da amostra que lê sem dificuldade (34%). Na ati-

vidade escrever, apenas 35,2% escreve sem dificuldade. Ainda dentro desta dimensão, 49,5% da amostra não apresenta dificuldade na resolução de problemas, contudo, 31,5% apresenta dificuldades que carecem de ajuda. Com base neste grupo de dados evidenciam-se as dificuldades de percentagens expressivas da amostra associadas às questões da literacia.

Nas tarefas de exigência geral, como realizar a rotina diária, 60,9% não apresenta dificuldade, contudo, 11,1% da amostra refere dificuldades que exigem cuidados terapêuticos.

Na sub-dimensão das atividades relacionadas com a comunicação, 72,6% da amostra não apresenta dificuldades no receber mensagens, 87% também não apresenta dificuldades no comunicar e produzir mensagens orais, assim como na atividade falar. Na dimensão conversar o valor de amostra que não apresenta dificuldade é de 78,8%, ligeiramente inferior à representatividade da atividade comunicar e falar.

Nas atividades associadas à mobilidade, 76,9% da amostra não apresenta dificuldade na mudança da posição básica do corpo. Deve todavia ser dada especial atenção aos 8,2% que precisa de ajuda para desenvolver essa atividade. Apesar de 69,4% referir andar sem dificuldade, só, 39,8% sobe e desce escadas sem problemas, 86,8% desloca-se dentro de casa sem dificuldade e 78,3% consegue deslocar-se sem dificuldade fora de casa. Assinale-se neste caso as dificuldades impostas pelas barreiras arquitectónicas, quer sejam as escadas quer os eventuais obstáculos na rua que fazem com que mais pessoas tenham dificuldades de deslocação nesses contextos.

Nas atividades relacionadas com os autocuidados, 82,6% da amostra lava-se sem dificuldades, 76,1% consegue cuidar de partes do seu corpo sem dificuldade e 92,2% assumem que conseguem sozinhos realizar as atividades relacionadas com os processos de excreção. Noutras atividades como vestir-se, comer e beber também se verificaram níveis de participação sem dificuldade superiores a 89%. Salientando-se que neste conjunto de atividades a necessidade de cuidados é imperativa no grau de “dificuldade ligeira”, uma vez que a realização destas atividades com dificuldade ligeira compromete o nível de funcionalidade, e a condição de saúde, ou doença da população em estudo.

Na dimensão da vida comunitária, social e cívica constatou-se que a maioria das pessoas com mais de 65 anos não participa nestas atividades (76,3%), nomeadamente na participação em clubes, organizações de beneficência, organização sócio recreativas, entre outras. Este aspecto poderá considerar-se como fator que promove a pouca participação social, logo, contribui para a solidão nesta população. Não é possível aferir se a falta de participação nestas atividades sociais e cívicas é resultante da falta de oferta desta tipologia de serviços, ou se é uma opção pessoal.

Fatores Ambientais

Desta dimensão da CIF, apenas foram analisados a influência de um número restrito de fatores ambientais, como produtos de apoio para a mobilidade e comunicação, apoio e relacionamento, política de transportes, e política de saúde.

Relativamente aos produtos de apoio observou-se que a maioria (77,9%) não recorre a um produto de apoio para a mobilidade, mas só um minoria (36,7%) refere necessitar de um produto de apoio para comunicar. Todavia, a percentagens que pessoas que manifestamente carece deste tipo de produtos é superior à que refere necessidades, como se percebe pelas dificuldades que as pessoas apresentam na audição.

O recursos aos apoios e relacionamentos como fator facilitador observou-se apenas em 36% da amostra, existindo 19,45% da amostra que refere necessitar de ajuda como fator facilitador.

Na políticas de transporte a maioria não necessitar de mais transporte (76,2%) que aquele de que dispõe.

A percepção da necessidade de cuidados de saúde face aos recebidos foi a forma de classificar as políticas de saúde vigentes como facilitadores da funcionalidade ou da saúde de uma população. Neste sentido verifica-se que a maioria dos idosos (79%) tem a percepção que carece de mais cuidados médicos que aqueles que tem, seguido de cuidados de enfermagem (57%). Verifica-se ainda que a maior discrepância entre os cuidados de saúde prestadores e os cuidados requeridos é na área da fisioterapia.

Caracterização da Violência Sobre os Idosos

No que concerne à violência sobre os idosos são diversos os aspetos que merecem reflexão. Assim e no que concerne à prevalência de violência no último ano, verificamos que a forma de violência que prevalece é a violência psicológica referida por 30,0% da amostra. Também a violência financeira aparece referida por 7,0% das pessoas e a violência física por 4,0%. As lesões físicas e a violência sexual apresenta valores residuais. Por sua vez e no que diz respeito à violência ao longo da vida constata-se que os valores referidos são superiores aos anteriores. Assim, 34,0% das pessoas referem ter sofrido violência psicológica ao longo da vida, enquanto que 24,0% dizem ter sofrido violência física, 11,0% violência financeira, 9,0% ter tido lesões físicas resultante de violência e 5,0% terem sofrido violência sexual.

Interessa referir que frequentemente nos foi relatado pelos profissionais de saúde que recolheram os dados, que quando este assunto era abordado, os inquiridos olhavam à volta para perceber quem estaria a ouvir. Por outro lado e pelos dados apresentados, a violência parece fazer parte da história de vida de percentagens consideráveis de pessoas. Apesar destes números admitimos que o fenómeno possa estar subavaliado pela presumível pouca consciência dos seus direitos, mas também pela vergonha de admitir que alguém que lhes é próxima as possa maltratar. Admitimos ainda, aliás de acordo com dados de outros estudos, que estes valores possam sofrer um incremento em momentos de crise como os que atualmente vivemos. Recordamos que estes dados foram recolhidos no início da crise. Por último salientamos mais uma vez o facto de os dados terem sido recolhidos quase exclusivamente em idosos não institucionalizados.

Caracterização da Saúde Oral

De acordo com os resultados obtidos no que respeita às estruturas da boca e à análise realizada conclui-se que a população idosa do Alentejo que participou neste estudo não possui condições clínicas satisfatórias, apresentando na sua grande maioria uma dentição não funcional. Esta situação é mais frequente em indivíduos que não foram a uma consulta de medicina dentária nos últimos 12 meses.

Da população idosa em estudo 9,3% é beneficiária do Complemento Solidário para idosos (CSI) tendo por isso direito ao Cheque Dentista. No entanto apenas 1% já o utilizou.

Todas estas situações são o reflexo da escassez de cuidados de saúde oral para esta faixa etária, alertando para a necessidade de ações de promoção e educação para a saúde oral.

Constrangimentos do estudo

A realização deste estudo dependeu da implicação de todos os colaboradores envolvidos na recolha de dados e da participação de todos os elementos da amostra. Associado ao envolvimento de tão elevado número pessoas, existiram alguns constrangimentos que impediram a finalização deste projeto no tempo inicialmente previsto. Alguns desses constrangimentos foram:

- Resistência ao preenchimento dos questionários, justificada pelo princípio de resistência à mudança;
- Falta de formação dos profissionais de saúde sobre sistema de classificação da saúde, nomeadamente da CIF. Este constrangimento foi ultrapassado com a realização de uma formação a todos os entrevistadores, antes de iniciarem a recolha de dados, o que se constituiu como um ganho, mas atrasou a concretização dos objetivos;
- Pouca sensibilização para a necessidade de recolha de informação sobre o estado funcional;
- Dificuldade de trabalho em equipa entre técnicos de diferentes áreas.

Fatores facilitadores

Apesar do conjunto de constrangimentos identificados, existiram também fatores facilitadores que contribuíram para a implementação do projeto, são eles:

- Aprovação da CIF em termos nacionais na 240^a Deliberação do Conselho Superior de Estatística em 2002;
- Publicação no D. R., II^a Série, de 7 de Janeiro de 2003, da aprovação a CIF para uso no Sistema Estatístico Nacional;
- Publicação da CIF em Português no site da DGS em 2004;

- A aplicação da CIF como instrumento de recolha de informação é diretiva da OMS em incumprimento no contexto nacional;
- O modelo conceptual desta classificação é suportado por um modelo bio-psico-social, com o qual os profissionais de saúde se puderam identificar;
- A informação recolhida vai ao encontro das necessidades de informação dos profissionais das unidades funcionais dos cuidados de saúde primários.

Com o desenvolver deste estudo verificou-se que um dos aspetos inovadores deste projeto foi o facto de desenvolver um mecanismo de registo de informação em saúde, centrado na pessoa e nas suas dimensões de funcionalidade, de forma a complementar os registos de doença, realizados por recurso à Classificação Internacional de Doenças (CID), e os registos de procedimentos, por referência aos Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH).

Outro aspecto inovador deste projeto centra-se na sua abordagem, uma vez que faz a caracterização da funcionalidade de uma etapa do ciclo de vida e não de uma doença ou de conjunto de procedimentos. Esta abordagem será em função de diversos factores como a idade, funções e estruturas corporais, atividade de participação e factores ambientais, contribuindo assim para uma mais adequada compreensão desta fase do ciclo de vida.

Implicações e Recomendações

Em nosso entender são múltiplas as implicações deste estudo. A primeira delas tem a ver com a necessidade de um maior desenvolvimento do instrumento ora criado. Apesar das potencialidades já reveladas, entendemos que precisa continuar a ser desenvolvido. Disponibilizamo-nos assim para dar continuidade a este trabalho sob várias formas (e.g., apresentação de projetos a financiamentos, integração de doutorandos nesta área temática, definição de uma linha de investigação sobre esta temática num centro de investigação). A segunda implicação decorre ainda das potencialidades deste instrumento e na possibilidade de a partir dele se desenvolverem alguns outros com objetivo de responderem a necessidades específicas de um grupo profissional ou outras. Tal é o caso de um dos projetos de doutoramento integrado neste projeto, o qual se desenvolve neste momento no sentido de, a partir do instrumento principal (i.e. *Core Set* dos Idosos), se construir um *Core Set* dos Idosos, mas apenas com os códigos sensíveis aos cuidados de enfermagem. Qualquer um destes desenvolvimentos permitirá incrementar a capacidade de fazer a avaliação diagnóstica da funcionalidade dos idosos, através da mesma focalizar os cuidados nas dimensões onde se constataram maiores dificuldades e por fim, avaliar a eficácia dos cuidados com recurso ao mesmo instrumento. Permitirá também um diagnóstico de saúde da funcionalidade numa perspectiva comunitária. Por último permitirá paulatinamente a estratificação desta população por níveis de funcionalidade em função de diversos critérios (e. g., idade e sexo).

Um segundo conjunto de implicações tem a ver com o que fazer com estes resultados? Em nosso

entender, estes resultados evidenciam um conjunto diversificado de áreas que carece de intervenção a vários níveis e de natureza diversificadas. Assim destacamos:

- Intervenção das redes de apoio autárquico, das IPSS e outras estruturas de apoio aos idosos, dirigida à promoção da atividade - observou-se neste estudo a pouca integração ativa das pessoas com 65 e mais anos de idade, que é expressada pela não promoção de atividade física (83,4%) e não participação na vida comunitária, social e cívica local (69,2%), com rede de suporte familiar pouco evidente, sendo que 14,4% das pessoas não têm filhos e 23% da população vive sozinha.
- Necessidade de intervenção dos serviços de saúde ao nível da promoção terapêutica da mobilidade nas várias dimensões - observamos neste estudo que 10,5% das pessoas têm dificuldades em andar, 9,6% têm dificuldade em deslocarem-se, 32,2% de pessoas têm dificuldade em subir e descer escadas, 12,8% com têm dificuldades na tolerância ao exercício, 12,8% de pessoas têm necessidades de cuidados especiais na força muscular, 8,2% da amostra apresenta dificuldades na mudança básica do corpo e 29,2% das pessoas apresentarem excesso de peso.
- Intervenção dos serviços de saúde ao nível do autocuidado terapêutico e do ensino dos cuidadores - observámos que 4,3% das pessoas têm dificuldade completa no lavar-se, 14,1% com dificuldades em cuidar de partes do corpo e 7,5% no vestir-se e 19,4% das pessoas diz precisar de apoio nos cuidados pessoais diários.
- Intervenção ao nível dos serviços sociais no apoio efetivo à pessoa, na manutenção da sua rotina diária - 11% das pessoas apresenta dificuldades na rotina diária, 18,7% refere não ter as suas necessidades de alimentação satisfeitas, 19,2% da população não tem satisfeitas as necessidades mínimas de habitação e 40,9% não tem as necessidades de saúde satisfeitas. Só 17,7% da população conhece o cheque dentista, apenas 1,1% o utilizou, apesar de 9,3% ter direito direto e imediato a ele.
- Intervenção dos serviços comunitários e de saúde ao nível da estimulação cognitiva e sensorial - 25% das pessoas têm alterações ao nível da memória, com necessidade de intervenção terapêutica, nas funções cognitivas de nível superior esta percentagem é de 45%.
- Intervenção urgente do sistema de saúde ao nível do tratamento e alívio da dor das pessoas com 65 e mais anos de idade através de uso e associação de estratégias farmacológicas com as não farmacológicas. Intervenção de equipas multidisciplinares especializadas no controlo da dor e continuidade de cuidados neste âmbito, com a criação de uma linha telefónica de apoio permanente, pois observámos que se trata de um problema que afeta 58,2% da população de um modo que requer cuidados terapêuticos.
- Criação de redes de vizinhança locais que ajudem e monitorizem necessidades ao nível do apoio à resolução de problemas e tomada de decisões do dia-a-dia - observamos que na aquisição de competências 15% das pessoas revelam dificuldades, 30,7% declara não

saber ler nem escrever, sendo que esta percentagem recai predominantemente sobre mulheres (21,5%) e ao nível da resolução de problemas 31,5% das pessoas carecem de ajuda.

Perante os dados que resultaram deste estudo e a evidência da sua natureza interrelacional, uma consequência nefasta será a medicalização desta população. Poderá ser aparentemente mais fácil resolver alguns dos problemas aqui referenciados com recurso a medidas farmacológicas, todavia, muitos dos problemas são resolúveis com medidas simples e financeiramente acessíveis como as atrás expostas. Além de que diversos estudos demonstram que muitos idosos estão de tal modo polimedicados que será com certeza contraproducente acrescentar mais medicamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acierno, R.; Hernandez, M.A.; Amstadter, A.; Resnick, H.; Steve, K.; Muzzy, W. & Kilpatrick, D.G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Health*, 100(2): 292-297.
- Afonso, P. C.(2010). Contraturalização em ambiente de Cuidados de Saúde de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume temático: 9. 59-64.
- Apratto Junior, P. C. (2010). A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*. Vol.15, n.6, pp. 2983-2995. ISSN 1413-8123.
- Araújo, C.S.; Lima, R.C.; Peres, M.A.; Barros, A.J.D. (2009). Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 25(5): 10063-72.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2004),“Estatísticas 2004, 1º semestre”. Disponível em: <http://www.apav.pt>
- Atchley, R. C. (1993). Critical perspectives on retirement. *In: T. R. Cole, W. A. Achenbaum, P. L. Jakobi, & R. Kastenbaum (Eds.), Voices and visions: Toward a critical gerontology* (pp. 3-19). New York: Springer.
- Baltes P.B.; Smith J. (2003). New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontol.* 49(2):123-35.
- Baltes, P. B. & Smith, J. (1999). Multilevel and systemic analyses of old age: Theoretical and empirical evidence for a fourth age. *In V. L. Bengtson & K. W. Schaie (Eds.), Handbook of theories of aging* (pp. 153-173). New York: Springer.
- Barragán-Berlanga. A., Mejía-Arango, S., & Gutiérrez-Robledo, L. (2007). Pain in the elderly prevalence and associated factos. *Salud Pública de México*, 49 Suppl 4Sd88-S494.
- Bartholomeyczik, S.; Boldt, C.; Grill, E. & König, P. (2006). Development and use of the ICF from the nursing point of view--a position statement of the German speaking working group "ICF and Nursing. *Pflege Zeitschrift* . (59(9)
- Bengtson, B.L. & Bonder, B.R. (2009). Theories of Aging: A Multidisciplinary Review for Occupational and Physical Therapists. *In: Bonder, B.R. & Belo-Haas, V.D. Functional performance in older adults*. 3th ed. Philadelphia : F.A. Davis Co.

- Benjamin, A. S. (2010). Representational Explanations of "Process" Dissociations in Recognition: The DRYAD Theory of Aging and Memory Judgments. *Psychological Review*, 117(4), 1055-1079.
- Bickenbach, J.E. (2003). Functional status and health information in Canada: proposals and prospects, *Health Care Financing Review* 24(3), 89-102.
- Bickenbach, J.E. (2003), Disability and equality, *Journal of Law and Equality* 2(1), 7-15
- Bickenbach, J.E.; S. Chatterji, N.; Kostansjek, T.B. ; Üstün (2003), Ageing, disability and the WHO's international classification of functioning, disability and health (ICF), *The Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice* 28(2),294-303
- Bierman, A. & Spector, W. (2001). Improving the health and health care of older Americans: a report of the AHQ task force on aging, Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Boldt, C.; Brach, M.; Grill, E.; Berthou, A.; Meister, K.; Scheuringer, M.; et al. (2005). The ICF categories identified in nursing interventions administered to neurological patients with post-acute rehabilitation needs. *Disability & Rehabilitation* (27(7/8): 431-436.
- Boldt, C.;Gril, E.; Wildner, M.; Portenier, L.;Wilke, S.; Stucki, G.; et al. (2005). ICF Core Set for patients with cardiopulmonary conditions in the acute hospital. *Disability & Rehabilitation* 27(7/8) . 375-380.
- Bonanni, E.; Tognoni, G.; Maestri, M.; Salvati, N.; Fabbrini, M.; Borghetti, D.; Di Coscio, E.; Choub, A.; Sposito, R.; Pagni, C.; Iudice, A.; Murri, L. (2010). *Acta Neurológica Scandinavica* [Acta Neurol Scand] , ISSN: 1600-0404. Vol. 122 (6), pp 389-97; PMID: 20175759
- Brach, M.; Cieza, A.; Stucki, G.; Füssl, M.; Cole, A.; Ellerin, B. & Melvin, J. (2004). ICF Core Sets for breast cancer. *Journal Of Rehabilitation Medicine: Official Journal Of The UEMS European Board Of Physical And Rehabilitation Medicine*, (44 Suppl), 121-127.
- Busse, R. et al. (2010) Tackling chronic disease in Europe : strategies, interventions and challenges. Brussels, Belgium : European Observatory on Health Systems and Policies. (Observatory studies series; 20).
- Caban, A. J.; Lee, D. J.; Gomez-Marin, O.; Lam, B. L. & Zheng, D. D. (2005). Prevalence of concurrent hearing and visual impairment in U.S. adults: The National Health Interview Survey, 1997-2002. *American Journal of Public Health*, 95(11), 1940-1942.
- Caple, C. & Schub, T. (2011). Quick Lesson about...Elder Abuse. Published by Cinahl Information Systems. December 23.
- Carstensen, L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7, 331-338.

- Caughey, G. E.; Vitry, A.I.; Gilbert, A. L. & Roughead, E. E. (2008). Prevalence of comorbidity of chronic diseases in Australia BMC Public Health. 8:221
- Cieza, A.; Ewert, T.; Üstün, T.B. (2004), Development of ICF core sets for patients with chronic conditions, *Journal of Rehabilitation Medicine* 44 (Suppl.), 9-11
- Cieza, A.; Ewert, T.; Ustün, T.; Chatterji, S.; Kostanjsek, N. & Stucki, G. (2004). Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. *Journal Of Rehabilitation Medicine: Official Journal Of The UEMS European Board Of Physical And Rehabilitation Medicine*, (44 Suppl), 9-11.
- Clauser, S.; Bierman, A. (2003), Significance of functional status data for payment and quality, *Health Care Financing Review* 24(3), 1-12.
- Cooper, C., Selwood, A., Livingston, G. (2008) The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and Ageing*. 37: 151-160
- Creswell, J. W. (1994), *Social sciences; Research; Methodology; Statistical methods, Research design: Qualitative & quantitative approaches*. Thousand Oaks, CA: SAGE
- Cristofalo, V. J.; Tresini, J.; Francis, M. K. & Volker, C. (1999). Biological theories of senescence. In V. L. Bengtson & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 98-112). New York: Springer.
- Cumming, E., & Henry, W. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books.
- Davanipour, Z.; Lu, N. M.; Lichtenstein, M. & Markides, K. S. (2000). Hearing problems in Mexican American elderly. *The American Journal of Otology*, 21, 168-172
- Davis, E. (2005). Challenges Posed by Ageing to Financial and Monetary Stability. *Geneva Papers on Risk & Insurance - Issues & Practice*, 30(4), 542-564.
- Dias, I. (2004). *Violência na família, Uma abordagem sociológica*. Porto, Edições Afrontamento.
- Dionísio, B. M. (2001) "Os velhos ao espelho e o reflexo dos outros: imagens, percepções e atitudes em torno da velhice", in *Fórum Sociológico*, nº 5/6, Lisboa. 241-255.
- Direcção-Geral da Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa. Tradução de: Organização Mundial da Saúde (resolução WHA54.21)
- Domeij, D., & Flodén, M. (2006). Population aging and international capital flows. *International Economic Review*, 47(3), 1013-1032. doi:10.1111/j.1468-2354.2006.00404.x.
- _Eurostat_information.

Doran, D. M., & Pringle, D. (2011). *Patient outcomes as accountability*. In D. Doran (Ed.), *Nursing outcomes: The state of the science* (2nd ed., pp. 1–27). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Dowd, J. J. (1975). Aging as exchange: A preface to theory. *Journal of Gerontology*, 30, 584–594.

Emanuel, E.J.,; et al (2008) *The Oxford Textbook of Clinical Research Ethics*. Oxford: Oxford University Press.

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: W. W. Norton.

European COMMISSION. (EC) (2009) *The 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*. [Em linha]. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. ISBN 978-92-79-11363-9 [consultado em 17-02-2011]. Disponível em http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication14992_en.pdf.

European, COMMISSION. (EC) (2010). *Population, Europe in figures – Eurostat yearbook 2010*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 978-92-79-14884-2.

European, COMMISSION. (EC) (2011). *Population, Key figures on Europe – 2011 edition*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, ISBN 978-92-79-18441-3.

European, COMMISSION. (EC) (2011a). *Economia, Key figures on Europe – 2011 edition*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, ISBN 978-92-79-18441-3.

European, COMMISSION. (EC) (2011b). *Demographic balance and crude rates*. European Commission Statistical Office of the European Communities: Luxembourg Available from URL: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database. Accessed 28 August 2010.

European, COMMISSION. (EC) (2011c). *Health personnel by NUTS 2 region*. European Commission Statistical Office of the European Communities: Luxembourg Available from URL: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database. Accessed 28 August 2010.

EUROSTAT (2009). *Mortality and life expectancy statistics*. [Em linha]. EUROSTAT, 2009. [consultado em 17-02-2011]. Disponível em: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics

EUROSTAT (2010a). *Population and social conditions - Statistics in focus*. 9/2010.

EUROSTAT (2010b). *Population structure and ageing*. [em linha]. European Commission. [consultado em 17-02-2011]. Disponível em http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_structure_and_ageing #FurtherEUROSTAT: New European Population projections 2008-2060&PUBLICACOESmodo=2.

- Failla, G. (1958). The aging process and cancerogenesis. *Ann NY Acad Sci.* 71: 1124-35.
- Finch & Seeman (1999). Evidence for an interaction between apolipoprotein E genotype, gender, and Alzheimer disease. *Alzheimer Disease And Associated Disorders*, 13(4), 216-221.
- Finch, C. E., & Seeman, T. E. (1999). Stress theories of aging. In V. L. Bengtson & K. W. Schaie (Eds.), *Hand- book of theories of aging* (pp. 81-97). New York: Springer.
- Fulmer, T.; Guadagno, L.; Bitondo, C., & Connoly, T. (2004). Progress in elder abuse screening and assessment instruments. *JAGS* , 52, 297-304.
- Greenfield, S.; Nelson, E. (2005). Recent Development and Future. Uses of Health Status Measurements in Clinical Practice. *Medical. Care* 30.
- Grill, E.; Joisten, S.; Swoboda, W., & Stucki, G. (2007). Early-stage impairments and limitations of functioning from the geriatric ICF core set as determinants of independent living in older patients after discharge from post-acute rehabilitation. *Journal Of Rehabilitation Medicine* (Stiftelsen Rehabiliteringsinformation), 39(8), 591-597.
- Haley, S., & Jette, A. (2000). RRTC for measuring rehabilitation outcomes: extending the frontier of rehabilitation outcome measurement and research. *Journal Of Rehabilitation Outcomes Measurement*, 4(4), 31-41.
- Happe, S. (2011). Sleep and its disorders in the elderly. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 54(12), 1311-1318
- Hobdell, M.; Peterson, P.E.; Clarkson, J.; Johnson, N. (2003). Global goals for oral health 2020. [Em Linha]. Geneva: World Health Organization. [Consult. Janeiro de 2012]. Disponível em: http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_goals_2020.pdf
- Hong, O.; Haan, M., & Moore, K. (2009). Prevalence of hearing loss in older Mexican Americans in Sacramento area. *Hispanic Health Care International*, 7(2), 88-94
- Hsu, H.C. (2007). Does social participation by the elderly reduce mortality and cognitive impairment? *Aging & Mental Health*, 11(6), 699-707.
- Illife, S.; Kharicha, K.; Carmaciu, C.; Haran, D.; Swift, C.; Gillman, G., & Stuck, A. (2009). The relationship between pain intensity and severity and depression in older people: exploratory study. *BMC Family Practice*, 1054.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2010a). Anuário estatístico de Portugal. [em linha]. Lisboa : Instituto Nacional de estatística, I.P. ISBN 978-989-25-0047-8. [consultado em 17-02-2011]. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_públicacoes&PUBLICACOESpub_boui=104996740

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2011). As pessoas. [em linha]. Lisboa : Instituto Nacional de estatística, I.P. ISBN 978-989-25-0074-4. Consultado em 17-02-2011]. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=108445117&PUBLICACOESmodo

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2010b). Indicadores Sociais 2009. [em linha]. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística, I.P.. ISBN 978 -989-25-0054-6. [consultado em 17-02-2011]. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=105186688&PUBLICACOESmodo

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2010c). Revista de Estudos Demográficos. [em linha]. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística, I.P.. ISSN 1645-5657. [consultado em 17-02-2011]. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=90343389&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2008). Projecções de população residente em Portugal 2008- 2060. Disponível em www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=66023625&att_display=n&att_download=y (Abr. 5, 2009). Portugal.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2008). Projecções de população residente em Portugal 2008- 2060. Disponível em www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=66023625&att_display=n&att_download=y (Abr. 5, 2009). Portugal.

INE/INSA (2009) - Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa - Portugal.

Instituto Nacional de Estatística. (INE) (2011). *Estimativas Anuais da População Residente*. Serviço de Difusão. Lisboa Available from URL: <http://metaweb.ine.pt/sim/variaveis/pesquisasimples.aspx?ID=PT> . Accessed 28 August 2010.

Ingham, B.; Chirijevskis, A., & Carmichael, F. (2009). Implications of an increasing old-age dependency ratio: The UK and Latvian experiences compared. *Pensions: An International Journal*, 14(4), 221-230. doi:10.1057/pm.2009.16

Jette A.M.; Haley, S.M.; Kooyoomjian, J.T. (2003). Are the ICF Activity and Participation dimensions distinct? *J Rehabil Med.*, 35:145-149

Jette, A.M.(2006). Toward a common language for function, disability, and health. *Phys Ther.* 86(5). 726-34.

- Kanaan, S.B. (2001). National Health Committee on Vital and Health Statistics (NCVHS). Classifying and Reporting Functional Status. 1-18
- Kuypers, J. A., & Bengtson, V. L. (1973). Social breakdown and competence: A model of normal aging. *Human Development*, 16, 181-201.
- Kuypers, J., & Bengtson, V. (1973). Social breakdown and competence. A model of normal aging. *Human Development*, 16(3), 181-201.
- Lafortune, G., & Balestat, G. (2007). Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 oecd countries and the future implications. *Oecd papers*, 7(3), 1-79.
Doi:10.1787/217072070078.
- Lemon, B. W.; Bengtson, V. L., & Peterson, J. A. (1972). An exploration of the activity theory of aging. *Journal*
- Lemon, B.; Bengtson, V., & Peterson, J. (1972). An exploration of the activity theory of aging: activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *Journal Of Gerontology*, 27(4), 511-523.
- Maggi, S. (1993). Proceedings of the 1991 International Symposium on Data on Aging. World Health Organization program for research on aging. Vital And Health Statistics. Series 5, Comparative International Vital And Health Statistics Reports, (7), 43-50. Retrieved from MEDLINE with Full Text database.
- Marengoni, A.; Winblad, B.; Karp, A.; Fratiglioni, L. (2008). Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *Am J Public Health*. 98:1198-1200.
doi: 10.2105/AJPH.2007.121137
- Matos, D.L.; Lima-Costa, M.P. (2006). Auto-avaliação da Saúde Bucal entre adultos e idosos residentes na região sudeste: resultados do Projecto SB-Brasil, 2003. *Revista de Saúde Pública*, 22(8): 1699-1707.
- McFarland, C.; Ross, M., & Giltrow, M. (2002). Biased recollections in older adults: the role of implicit theories of aging. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 62(5), 837-850.
- Medawar, P. B. (1952). *An unsolved problem of biology*. London: H. K. Lewis.
- MedbØ, A., & Melbye, H. (2008). What role may symptoms play in the diagnosis of airflow limitation? A study in an elderly population. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26(2), 92-98.
- Momberg (1998). Políticas de Salu: Ética en la Asignación de recursos. In Calvente, M.M.G. - Ética y Salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. 77-87.

- Montejo, P.; Montenegro, M.; Fernandez, M., & Maestu, F. (2011). Subjective complaints in the elderly: Prevalence and influence of temporal orientation, depression and quality of life in a population-based study in the city of Madrid. *Aging & Mental Health*, 15(1), 85-96
- Muehlbauer, M., & Crane, P. (2006). Elder abuse and neglect. *Journal Of Psychosocial Nursing And Mental Health Services*, 44(11), 43-48.
- Mueller, M.; Boldt, C.; Grill, E.,; Strobl, R., & Stucki, G. (2008). Identification of ICF categories relevant for nursing in the situation of acute and early post-acute rehabilitation. *BMC Nursing*, 73.
- Napel, H. (2003), The Dutch ICF electronic tool for following the ICF in applications (statistics, surveys, records), Meeting of WHO Collaborating Centres for the Family of International Classifications, Cologne, Germany. 19-25 October
- Nunes, M.; Ribeiro, R.; Rosado, L., & Franceschini, S. (2009). The influence of sociodemographic and epidemiological characteristics on the functional capacity of elderly residents in the city of Ubá, Minas Gerais. *Brazilian Journal of Physical Therapy/Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13(5), 376-382.
- O'Donovan, M.; Doyle, A., & Gallagher, P. (2009). Barriers, activities and participation: Incorporating ICF into service planning datasets. *Disability & Rehabilitation*, 31(25), 2073-2080.
- of Gerontology*, 27, 511-523.
- Oliveira, Érika Cecília Soares; Martins, Sueli Terezinha Ferreira (2007) *psicologia social*, 19 (1): 90-98, Jan-Abr. <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/index.php>
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2002). *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*.
- Orgel, L.E. (1963) The maintenance of the accuracy of protein synthesis and its relevance to aging. *Proceedings of the National Academy of Science USA* 1963: 49: 517-21
- Parrish, R.G. (2010). *Measuring Population Health Outcomes. Preventing Chronic Disease: Public health research, practice, and policy*. 2010 Jul;7(4); 1-11.
- Pereira, C. (2008). *Contributo para a implementação da Classificação Internacional de Funcionalidade, para a identificação de ganhos em saúde nas doenças crónicas*. Repositório do Instituto Superior das Ciências da Empresa e do Trabalho. Lisboa
- Pereira, L. (1993). "Medicina Paralela e Prática Social", in *Sociologia - Problemas e Práticas*, nº 14, Lisboa: CIES, pp. 159-175.
- Perel-Levin, S. (2008). *Discussing screening for elder abuse at primary health care level / by Silvia Perel-Levin*. In WHO, World Health Organization. Based on the MSc dissertation by the same author .St. Bartholomew School of Nursing & Midwifery, City University, London

- Pilichowski, E., Arnould, E., & Thrkisch, E. (2007). Ageing and the Public Sector: Challenges for Financial and Human Resources. *OECD Journal on Budgeting*, 7(4), 123-162. Retrieved from Business Source Complete database.
- Portugal - Presidência do Conselho de Ministros - Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2010_DR_n.º 243, Série I de 2010-12-17 - Aprova o IV Plano Nacional contra a Violência Doméstica (2011-2013) - <http://dre.pt/pdf1sdip/2010/12/24300/0576305773.pdf>
- PRODATA - Base de Dados sobre Portugal Contemporâneo.
<http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+Censos-525>
- Roepke, S., & Ancoli-Israel, S. (2010). Sleep disorders in the elderly. *The Indian Journal Of Medical Research*, 131302-310.
- Rose, A. (1964). A current theoretical issue in social gerontology. *The Gerontologist*, 4, 46-50.
- Sharps, M. J. (2007). Age-related change in visual information processing: Toward a unified theory of aging and visual.. *Current Psychology*, 16(3/4), 284.
- Silva, S.R.C. (1999). Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade, 1999. *Dissertação* (Doutoramento em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Silva, S.R.C.; Fernandes, R.A.C. (2001). Auto percepção das condições de Saúde Bucal para Idosos. *Brasil: Revista de Saúde Pública*. 35(4): 349-55.
- Silva, D.D. et al. (2011). Autopercepção da saúde bucal em idosos e factores associados em Campinas, SP, 2008-2009. *Rev Saúde Pública*. 45(6):1145-53.
- Silveira, T.M., Caldas, C.P., Carneiro, T.F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(8):1629-1638.
- Simões, L.A., Dias, J.D., Marinho, K.C., Pinto, C.R., & Britto, R.R. (2010). Relação da função muscular respiratória e de membros inferiores de idosos comunitários com a capacidade funcional avaliada por teste de caminhada. *Brazilian Journal of Physical Therapy/Revista Brasileira de Fisioterapia*. 14(1), 24-30.
- Soares, E.R.B.; Rocha, K.B.; Moraes, M.E.R. (2002). Diagnóstico da Situação da População idosa em quatorze municípios do estado de Goiás [monograph]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG.
- Storck, P. A., & And, O. (2007). *Fiction and Psychology: An Assessment of the Activity and Disengagement Theories of Aging as Applied to Elderly Protagonists*.

- Teaster, P. B.; Lawrence, S. A. & Cecil, K. A. (2007). *Elder abuse and neglect*. *Aging Health*, 3(1), 115-128
- Thomson, Mary J.; Lietzau, Lauren K.; Doty, Megan M.; Cieslik, Linda; Williams, Ramona; Meurer, Linda N. (2011). An Analysis of Elder Abuse Rates in Milwaukee County. *Wisconsin Medical Journal*. Vol110 (N.6).
- Torre, P.; Moyer, C. J., & Haro, N. R. (2006). The accuracy of self-reported hearing loss in older Latino-American adults. *International Journal of Audiology*, 45, 559-562.
- Turner, B. S. (2009). Ageing, status politics and sociological theory. *British Journal Of Sociology*, 40(4), 588-606.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (UN) (2011). *Total population (both sexes combined) by major area, region and country, annually for 1950-2100* (thousands), Estimates, 1950-2010. *World Population Prospects: The 2010 Revision*, CD-ROM Edition.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (UN) (2011a). *Total population (both sexes combined) by five-year age group, major area, region and country, 1950-2100* (thousands), Estimates, 1950-2010. *World Population Prospects: The 2010 Revision*, CD-ROM Edition.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (UN) (2011b). *Old-age dependency ratio 65+/(20-64) by major area, region and country, 1950-2100* (ratio of population 65+ per 100 population 20-64). *World Population Prospects: The 2010 Revision*, CD-ROM Edition.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (UN) (2011c). *Total dependency ratio (<20 & 65+)/(20-64) by major area, region and country, 1950-2100* (ratio of population 0-19 and 65+ per 100 population). *World Population Prospects: The 2010 Revision*, CD-ROM Edition.
- Van Gerven, P. M.; Paas, F. C.; Van Merriënboer, J. G., & Schmidt, H. G. (2002). Cognitive load theory and aging: effects of worked examples on training efficiency. *Learning & Instruction*, 12(1), 87-105.
- Warner, T.; Gluck, J. (2003). What do we really know about conflict of interests in biomedical research?, *Psychopharmacology*. 171: 36-46)
- Weaver, G.; Kuo, Y.; Raji, M.; Al Snib, S.; Ray, L.; Torres, E., & Ottenbacher, K. (2009). Pain and disability in older Mexican-American adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(6), 992-999.

World Health Organization (WHO). T. R. (1984). The uses of epidemiology in the study of the elderly . Report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging.7061-84.

World Health Organization (WHO). (2002). The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse = Declaração de Toronto pela Prevenção Global do Abuso de Idosos. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). (2011). Regional Office for Europe - European report on preventing elder maltreatment. Edited by Sethi, D.; Wood, S.; Mitis, F.; Bellis, M.; Penhale, B.; Marmolejo, I. I.; Lowenstein, A.; Manthorpe, G. & Kärki, F. U. Web. O8. 2012.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf

Williams, G. C. (1957). Pleiotropy, natural selection and the evolution of senescence. *Evolution*, 11, 398-411.

Yoon, J. (2009). Beyond the Crisis: Toward a New Horizon. *SERI Quarterly*, 2(4), 52-61.

Zarit S.H.; Stevens, H.E.; Edwards, A.B. (1996). Caregiving: research and clinical intervention. In: Woods RT, editor. *Handbook of the clinical psychology of ageing*. Chichester: John Wiley & Sons. p.333-68