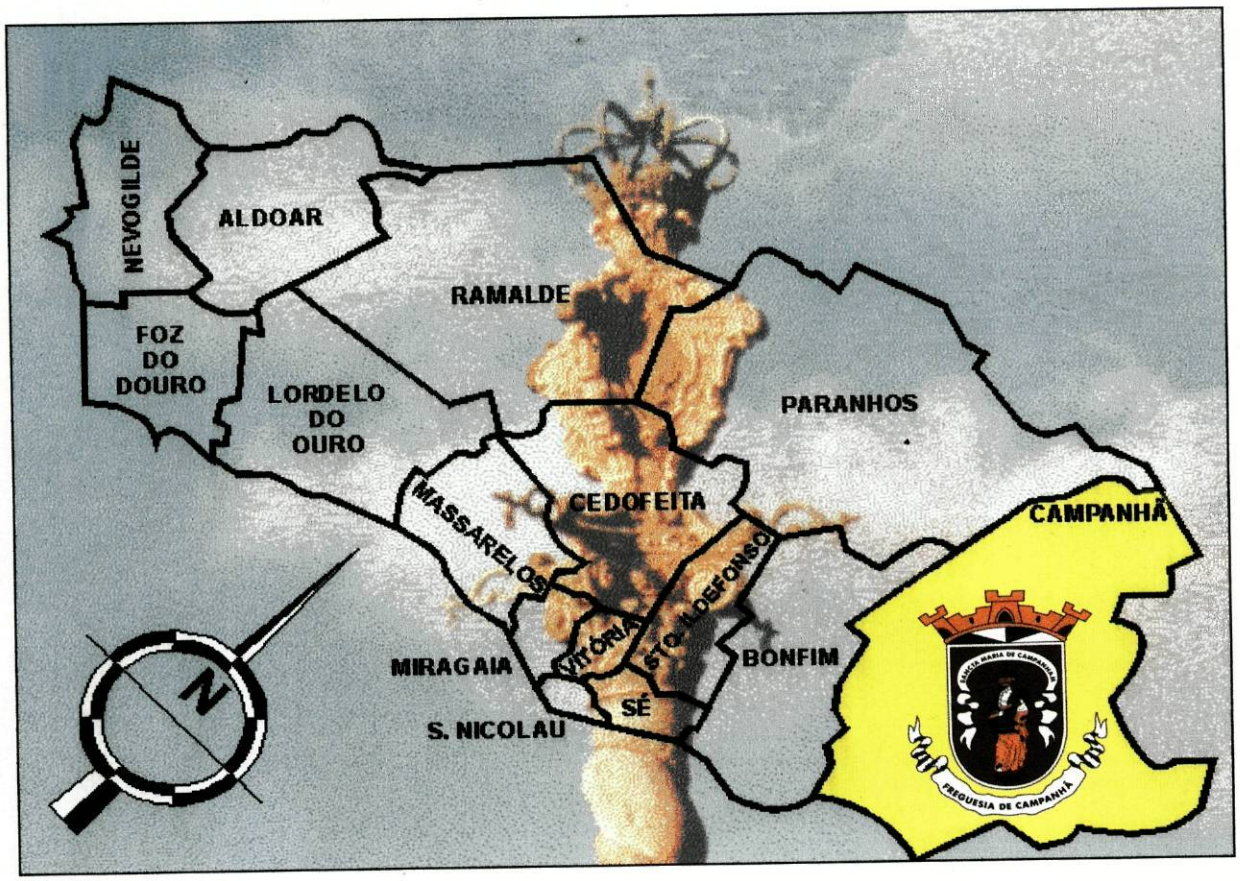
Fernando Alberto Cardoso

ANCIANIDADE

CONTRIBUIÇÃO PARA A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE UMA POPULAÇÃO URBANA



Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
Universidade do Porto
2000

FERNANDO ALBERTO CARDOSO

ANCIANIDADE

CONTRIBUIÇÃO PARA A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

DE UMA POPULAÇÃO URBANA

PORTO
2000

Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Saúde Comunitária, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, sob a orientação científica dos Professores Doutores Zaida Aguiar de Sá Azeredo e João Manuel da Costa Amado.

À MEMÓRIA DE MEU PAI

À MINHA MÃE

À MARIA ANTONIETA

PREFÁCIO E AGRADECIMENTOS

O envelhecimento populacional global se, por um lado, é um senão o maior dos desafios postos ao mundo no próximo século, é por outro, uma extraordinária oportunidade na qual não podemos deixar de intervir. Com o empenho de todos e, nomeadamente, com o contributo das pessoas idosas, teremos de encontrar respostas pertinentes face a tão ingente como urgente desafio.

Como escreveu em Editorial, no *British Medical Journal, Sally Greengross*: "Porque o mundo é confrontado com o dramático envelhecimento da sua população, são necessárias mudanças de atitudes, de organização e de comportamentos".

Sobretudo nos países industrializados, as pessoas idosas são vistas muitas vezes como um grupo homogéneo, que já não contribuem para as suas famílias e para a sociedade podendo, mesmo, ser consideradas um "fardo". O que se torna necessário, é clarificar esta contradição, contribuindo para a cada idade atribuir o seu papel, porque a velhice é também a sabedoria e a experiência em contraponto com o rendimento/capitalização.

Neste contexto, se insere a mensagem transmitida pelo Director Geral da Organização Mundial de Saúde, a propósito do "Dia Mundial da Saúde", no âmbito do "Ano Internacional dos Idosos", cujo tema para este ano de 1999 não poderia ser mais sugestivo: **"Envelhecimento activo faz a diferença".** Duma forma bem explícita está o apelo às pessoas idosas para que continuem a desempenhar um papel activo na sociedade, envolvendo todas as dimensões da sua vida: física, mental, social e espiritual.

É neste contexto, também, que concretizámos esta dissertação.

Resta-me pois, aqui e agora, expressar toda a minha gratidão, a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a concretização desta tarefa. E, desde logo, começaria por agradecer à Profª. Doutora Zaida Azeredo, orientadora, e ao Prof. Doutor João Amado, co-orientador deste meu trabalho, pelos ensinamentos, disponibilidade e amizade, sempre patenteados em todos os momentos;

- ao Prof. Doutor José Manuel Calheiros, pelo incentivo, disponibilidade e conselhos, tantas vezes manifestados;
- à Drª Maria Eduarda Matos, pelo trabalho de análise estatística efectuado, sem o qual, dificilmente, teríamos chegado a bom porto;
- às Drªs. Maria Antonieta Cardoso e Maria do Carmo Novais pela colaboração inestimável que prestaram na recolha da informação, obtida através dos questionários efectuados aos idosos;
- à Srª D. Judite Moura, presença sempre amiga e colaborante;
- a todos os elementos do Departamento de Saúde Comunitária;
- à Junta de Freguesia de Campanhã, na pessoa do seu Presidente Sr. Rodrigo Vieira de Oliveira, pela disponibilidade manifestada aquando da consulta dos cadernos eleitorais;
- ao João Daniel, pela irreverência inovadora dum futuro promissor;
- a todos os idosos que pela sua informação amiga e sincera fizeram o ensinamento a quantos se confrontam com este estudo.

RESUMO

Reconhecendo a pertinência da situação actual do envelhecimento demográfico, atento à vivência pessoal quotidiana numa área urbana em crescimento, comprometido como clínico com funções assistenciais e com a necessidade de intervenção sócio-sanitária numa população cada vez mais envelhecida, o autor decidiu desenvolver um estudo conducente, por um lado, ao reconhecimento da realidade demográfica da freguesia de Campanhã, e por outro, ao diagnóstico comunitário da vivência dos idosos na população que o Centro de Saúde serve.
O estudo é essencialmente constituído por duas partes. Na primeira, foi feita uma revisão da situação demográfica e suas implicações para a saúde numa contextualização europeia e nacional. Foi dado realce à realidade do distrito do Porto e da freguesia de Campanhã. Na segunda, procedeu-se à avaliação da qualidade de vida dos idosos na freguesia de Campanhã, tendo para tal efeito seguido, entre outras, orientações da Organização Mundial da Saúde.

1. Métodos

A metodologia adoptada foi a seguinte: a) Selecção, estruturação e pré-teste dos instrumentos de avaliação: Questionário de Bernard Krief, SA - versão modificada; Escala Instrumental Activities of Daily Living; Questionário Iowa Self Inventory Assessment e o Teste Neugarten; b) Identificação de todos os residentes com 65 ou mais anos e constantes dos ficheiros eleitorais da freguesia de Campanhã; c) Amostra aleatória dos idosos inscritos; d) Aplicação através de entrevista, porta a porta, dos instrumentos de avaliação referidos, aos idosos seleccionados.

Como aporte a este contributo individual foi inserido, também, um estudo encastoado no qual se pretendeu avaliar, através de questionários, a autonomia, a independência e a satisfação de vida nos idosos.

2. Caracterização da população

Procedeu-se à inventariação dos idosos (com idade ≥65 anos, completados até 31 de Dezembro de 1995) constantes dos cadernos eleitorais, tendo-se verificado a existência de 9827, em contraste com os 6257 constantes do Censo de 1991. Em seguida procedeu-se à selecção de uma amostra aleatória de 10% dos inscritos nos cadernos; destes, após exclusão dos falecidos, dos já não residentes ou não encontrados, apenas 321 foram incluídos, ou seja 32,7% do total inicial, dos quais 36,4 % eram homens e 63,6% mulheres. As idades situavam-se entre os 65 e 96 anos (média de 72,9 anos e desvio padrão de 5,87). O estado civil prevalecente foi casado (61,4%).

Dos idosos estudados 23,1% eram analfabetos; 14,6% sabiam ler e escrever; 46,7% tinham frequência do ensino primário; 11,5% referiram frequência do ensino secundário e 2,5% frequência do ensino profissionalizante. Somente 1,6% haviam frequentado e concluído um curso do ensino superior.

As profissões mais encontradas foram: operário indiferenciado (42,4%), operário especializado (26,1%), funcionário público (7,5%), industrial / comerciante (4,4%) e profissional liberal (3,1%).

3. Resultados

Quando considerados globalmente os resultados revelam que, de entre os principais problemas referidos se destacam, e por ordem de prioridade, os de saúde, os económicos, a solidão, o

abandono pela família, a marginalização social e a ausência de serviços de apoio de índole social. Realce-se que a necessidade de ter saúde foi duas vezes mais mencionada, que ter dinheiro. Entre as necessidades básicas sentidas, a alimentação, o vestuário/calçado e melhoramentos na habitação ocupam um lugar de relevo (34%). Isoladamente, sobressai a necessidade de poupança (26,8%), a ajuda à família (16,2%) e a vontade de viajar (10%).

Não obstante os problemas e necessidades manifestadas, quase dois terços dos idosos referiram viver bem/muito bem.

45,5% dos inquiridos reformaram-se antes dos 65 anos de idade. Três quartos dos idosos entrevistados manifestaram não se sentir preparados nem com forças para voltar a trabalhar no seu antigo e/ou actual emprego.

Relativamente à habitação, saliente-se que setenta por cento dos idosos consultados, viviam em casa alugada e 26,2% em casa própria. Note-se que quase metade dos idosos, considerava inadequada a iluminação e arejamento das suas habitações; cerca de um terço viviam, em habitações que não possuíam condições adequadas: 30,5% possuía apenas água fria e 1,6% não possuía água canalizada no seu domicílio. Cerca de três por cento viviam em habitações que não possuíam casa de banho e 20,9% possuíam apenas retrete; sublinhe-se que em 15,6% das habitações a retrete era partilhada por mais que uma família. Metade dos idosos consultados não possuía qualquer tipo de aquecimento em seus domicílios. No que diz respeito ao equipamento doméstico refira-se que mais de três quartos das habitações dispunham de fogão, máquina de lavar e frigorífico.

No que concerne ao poder aquisitivo dos idosos consultados, cinquenta e dois por cento recebiam uma pensão de reforma por limite de idade; 20,3% uma pensão de invalidez e 10,3% pensão de viúvez/sobrevivência. De realçar que, um em cada cinco pensionistas, estava reformado por invalidez. 78,8% dos idosos consultados, referiram não possuir outra fonte de rendimentos que não a pensão referida. Sublinhe-se que 44,6% dos idosos entrevistados auferiam como rendimento familiar mensal, um valor inferior ao ordenado mínimo nacional vigente e que 81,6% tinham de partilhar aquele rendimento com pelo menos mais uma pessoa.

Relativamente à coabitação, relações familiares e sociais constatámos que mais de dois terços dos idosos entrevistados viviam sós e/ou com o cônjuge (53,3% com o cônjuge e 15,9% sós) e quatro quintos se relacionavam favoravelmente com a família. Mais de metade não tinha qualquer tipo de convivência com jovens e ocupavam o seu tempo livre, preferencialmente, vendo televisão, passeando, ouvindo rádio e reunindo-se com amigos.

O cinema, como actividade de lazer, cultural ou de comunicação, apareceu como actividade marginal entre os idosos entrevistados, o mesmo sucedendo com as férias.

No que concerne à saúde e à assistência médica, dos trezentos e vinte e um idosos entrevistados, 45,8% afirmaram estar bem ou muito bem de saúde. A doença e a maior utilização dos serviços de saúde foi muito mais referida pelo sexo feminino (χ^2=11,31 (p< 0,04)): das 204 mulheres idosas entrevistadas, 81,9% referiram ter doença que necessitava de cuidados médicos regulares. As doenças de maior prevalência, espontaneamente referidas, pela população estudada foram, e por ordem decrescente de frequência, as doenças do sistema osteo-articular, doenças do sistema cardiovascular, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho respiratório, hipertensão arterial, doenças do sistema nervoso, diabetes mellitus, doenças cerebrovasculares, doenças dos orgãos dos sentidos, doenças do aparelho génito-urinário e doenças oncológicas. Não responderam 23,7%. Quando globalmente consideradas como fazendo parte da mesma entidade nosológica, a hipertensão arterial, as doenças cerebrovasculares e as doenças do sistema cardiovascular, este agrupamento (sistema vascular) é o mais prevalente (43%), seguindo-se as doenças do sistema ósteo-articular (35,5%), do aparelho digestivo (9,3%), as doenças do aparelho respiratório (8,7%), as doenças do sistema nervoso (8,1%) e a diabetes mellitus (7,8%).

Quando especificamente questionados relativamente aos órgãos dos sentidos, 64,2% dos idosos entrevistados, referiram problemas graves de visão e 13,1% apresentavam problemas graves de audição.

A capacidade motora, manifestada e reconhecida como normal pelos idosos entrevistados foi de 50,1%. Contudo, 5,6% referiram necessidade de ajuda sempre que necessitavam de deslocar-se e outros tantos (5,6%) necessitavam de ajuda, mas esporadicamente.

Quanto ao consumo de cuidados de saúde e à pergunta "tem médico de família?", 88,5% dos idosos entrevistados responderam afirmativamente; no que respeita ao consumo de consultas, aproximadamente 82% dos idosos haviam consultado o médico durante o último ano, pelo menos uma vez.

Mais de metade da população idosa estudada, esteve retida no domicilio por motivo de doença, nos últimos anos, tendo então sido observados pelo médico no domicílio, 45,8% destes idosos. Dos idosos que estiveram acamados por doença, constatámos que cerca de dois terços considerou ter sido bem/muito bem tratado. Nos últimos cinco anos que antecederam o estudo, 37,1% dos idosos entrevistados estiveram hospitalizados, pelo menos uma vez. 91,6% dos internamentos verificou-se no hospital público.

Quanto à qualidade da assistência recebida pelo idoso, aferida pelo nível de cobertura assistencial, constatámos que foi o médico de família que maioritariamente prestou cuidados de saúde e os idosos entrevistados mostraram-se satisfeitos/muito satisfeitos com a assistência recebida.

Para melhor compreender a satisfação da assistência recebida, nos seus aspectos positivos e negativos, os idosos valorizaram sobretudo as qualidades humanas dos prestadores de cuidados, a saber: competência/qualidade, atenção, simpatia, atendimento e, finalmente, interesse/dedicação/compreensão. As queixas disseram respeito sobretudo à organização dos serviços: esperas/burocracia, distância a percorrer e custos.

4. Conclusões

Diremos que este trabalho, desenvolvido de forma a não perturbar a nossa actividade assistencial desenvolvida no Centro de Saúde, teve o condão de permitir, ainda, uma maior aproximação entre nós e a população idosa, por um lado, e por outro, uma maior compreensão do fenómeno "envelhecimento" e as suas múltiplas e complexas componentes.

De resto este enriquecimento, porventura único, permitir-nos-á, não só compreender melhor a "ancianidade", mas também, e não menos importante, contribuir para que possamos, igualmente, desenvolver a nossa actividade docente cada vez mais próxima da realidade.

Os resultados permitem-nos concluir, contrariamente ao inicialmente suposto, que a comunidade idosa estudada é mais saudável do que parecia, sugerindo, também, uma qualidade e satisfação no viver do dia a dia elevadas.

Realce-se o papel que terá de desempenhar a Administração Central e Local no sentido de melhorar as condições de habitabilidade em que vivem os idosos inquiridos, diminuindo ou evitando as condições degradadas e degradantes evidenciadas, contribuindo de forma decisiva para a qualidade de vida que se pretende e deseja.

Os Serviços de Saúde terão, também, na linha das necessidades sentidas pelos idosos de repensar a organização dos serviços, por forma a torná-los mais eficientes e próximos da população que deles necessita.

ABSTRACT

In recognizing the pertinence of the current aging of the population, by being attentive to the daily living experiences in an area of urban development, and by being committed as a physician with medical care duties and intervening in social-sanitary needs in a increasingly aging population, the author decided to develop a conductive study recognizing the demographic reality of Freguesia de Campanhã, a section/zone of the city of Oporto and do a community analysis of the living conditions of the elderly population that the Health Center serves.

The study is made up of two parts. In the first part, a review is made of the present demographic situation and its implications to health matters in a European and a National context. Emphasis was given to the reality of Campanhã and to the District of Oporto. In the second part, an evaluation of the quality of life of the elderly in Campanhã was carried out following the orientations and guidelines of the World Health Organization.

1. Methods

The following methodology was used: a) Selecting, structuring and pre-testing of evaluation tools: Questionnaire from Bernard Krief, SA– modified version; Activities of Daily Living Instrumental Scale; Iowa Self Inventory Assessment Questionnaire and Neugarten Test; b) Identifying all the residents of Campanhã that are 65 and over by consulting the electoral records of the Freguesia de Campanhã; c) Random sampling of the registered elderly; d)

Applying the referred evaluation tools by interviewing, door-to door, the randomly selected elderly of the area.

As a support to this individual contribution a complementary nested study was included to evaluate the autonomy, independence and the satisfaction of life of the elderly through questionnaires.

2. Typifying the Population

An inventory was carried out of the elderly registered voters (65 years of age or older by Dec. 31,1995) and a total of 9827 were found as opposed to the 6257 found in the 1991 Census. A selection was then made of a random sample of 10% of those registered; of these only 321 were included due to change of address, not found, or death. In other words, only 32.7% of the initial total were questioned, of which 36.4% were men and 63.6% were women. Their ages ranged between 65 and 96 years of age (mean age 72.9, standard deviation of 5.87), and 61.4% of the respondents were married.

Of the elderly studied 23.1% were illiterate; 14.6% knew how to read and write; 46.7% had gone to primary school, 11.5% had attended secondary school and 2.5% had attended vocational schools. Only 1.6% had attended and concluded a university degree.

The most common professions found were blue-collar laborer (42.4%), specialized laborer (26.1%), civil servant (7.5%), industrialist / shop owners (4.4%) and liberal arts (3.1%)

3. Results

When the results are globally taken into account, they reveal that among the main problems referred (which are listed in order of importance) are health, finance, loneliness and abandonment by family, social outcasting, and the absence of social services. The importance of having good health was mentioned twice as many times as the importance of having money. Food, clothing/footwear, and home improvements are among the principal basic needs of the elderly (34%). Apart from these, the need to save money stands out (26.8%), to help the family (16.2%), and the will to travel (10%).

Almost two-thirds of the elderly said that they lived well/very well notwithstanding the problems and the basic needs that they have.

45.5% of those inquired retired before the age of 65. Three-fourths of the elderly interviewed said that they were not prepared nor did they have the strength to return to their former place of employment and/or current employment.

In relation to housing, seventy percent of the elderly questioned lived in rented homes or apartments and twenty-six percent lived in their own homes. It should be noted that almost half of the elderly considered that their homes have inadequate lighting and ventilation; about one-third live in homes that do not have the proper conditions; 30.5% have only cold water and 1.6% do not have running water in their homes. Almost three percent of the elderly live in homes that do not have bathrooms and 20.9% have only a toilet; and it should be pointed out that in 15.6% of the homes the toilet is shared by more than one family. Half of the elderly questioned do not have any type of home heating in their rooms. In relation to household appliances, tree-fourths of the homes have a stove, washing machine and a refrigerator.

Concerning the buying power of those interviewed, fifty-two percent receive a retirement pension, 20.3% receive a disability pension, and 10% receive a survivor's pension. It should be noted that 1 out of 5 retirees has a disability pension. 78.8% of the interviewed elderly said that they did not have any other source of income other than the pension. It is important to point out that 44,6% of the elderly interviewed have a monthly income worth less than one minimum wage and 81.6% share their income with at least one more person (normally the spouse).

In relation to cohabitation, family and social relations, it was found that more than two-thirds of the elderly interviewed lived alone or with a spouse (53.3% with spouse and 15.9% alone) and four-fifths got on well with their families. More than half do not have any type of social interaction with young people and keep busy by watching television, going for strolls, listening to music and meeting friends.

Going to the cinema as a leisure or cultural activity is rare. The same is true in relation to going on holiday or vacation.

Concerning health and medical assistance, 45.8% of the two hundred and twenty-one elderly interviewed stated that they are in good or very good health. Women referred to illness more often and make greater use of the medical services (χ^2= 11,31(P<0.04)): 81.9% of the 204 elderly women interviewed said they were ill and required periodic medical care.

The most prevalent illnesses, spontaneously mentioned by the group that was studied, were of or related to the skeletal system, the cardiovascular system, the digestive system, high blood pressure, the nervous system, diabetes mellitus, cerebrovascular diseases, sense organs, the urinary system and cancer. 23.7% did not respond. When considered globally as being part of the same nosological entity, high blood pressure, cerebrovascular diseases and cardiovascular diseases are the most prevalent(43%), followed by bone diseases(35.5%), digestive system

diseases(9,3%), respiratory diseases(8.7%), nervous system diseases(8.1%), and diabetes mellitus(7.8%).

When specifically questioned about the sense organs, 64.2% of the elderly interviewed mentioned having serious vision problems and 13.1% showed serious signs of auditory problems.

In relation to mobility, 50.1% said it was normal. However 5.6% mentioned they always need help when they want to walk and move around, and another 5.6% referred they need help occasionally.

As to visiting a doctor and when asked the question " Do you have a family doctor?, 88.5% of the elderly responded affirmatively, and approximately 82% said they had gone to a doctor at least once during the past year.

During the past few years, more than half of the elderly studied had to remain at home due to illness, and 45.8% had to have a doctor make house calls. Of the elderly that had to remain in bed, nearly two-thirds considered they had been treated well or very well. During the five years that preceded this study, 37.1% of the elderly interviewed had been hospitalized at least once. Of these, 91.6% were hospitalized in a state hospital.

As to the quality of the medical care, assessed by the level of care given, it was found that it was the family doctor that provided the greater part of the health care, and the elderly responded that they were satisfied or very satisfied with it.

Concerning the satisfaction felt in relation to health care rendered, the positive aspects that the elderly said they valued are the human qualities of those that rendered health care services; competence/quality, friendliness, attention given, service and the interest/dedication/ understanding shown. The negative points were relative to the organization of the services: the waiting, the bureaucracy, the distance and the cost.

4. Findings

This study, carried out in such a manner that would not effect our health care services at the Health Care Center, was like a magic wand which made us closer to the elderly and gave us a better understanding of the "aging" phenomenon and its multiple, complex components.

Aside from this unique enriching experience, this study will help us to better understand "old age" and just as important, it will help us to develop our teaching activity closely with reality.

The results allow us to conclude, contrary to what was initially thought, that the elderly community studied is healthier than it seemed. The results also suggest that the quality and satisfaction of daily living are high.

It is important to point out that the Central and Local Government will have to improve living/housing conditions of the elderly, by lessening or avoiding the degraded and degrading conditions witnessed and in this way contribute in a more decisive manner towards a desired quality of life.

The Health Services will also have to rethink about the organization of their services in order to make them more efficient and closer to the population that need them.

RESUMÉ

Ayant remarqué la pertinence de la situation de vieillissement démographique actuel, attentif à l'expérience personnelle et quotidienne dans une zone urbaine en croissance, engagé comme médecin avec des fonctions d'assistance et avec la nécessité d'intervention sociale et sanitaire auprès d'une population chaque fois plus vieillie, l'auteur a décidé de développer une étude conduisant , d'un côté, à la reconnaissance de la réalité démographique de la « freguesia » de Campanhã (ancienne division du type paroisse qui peut-être comparée aux arrondissements des villes), et d'un autre côté au diagnostique communautaire de la forme de vie des personnes âgées dans la population que le Centre de Santé sert.

L'étude est essentiellement constituée par deux parties. Dans la première il a été fait une révision de la situation démographique et de ses implications pour la santé dans une contextualisation européenne et nationale. La réalité du district de Porto et de la « freguesia » de Campanhã a été mise en relief. Dans la deuxième partie, on a procédé à l'évaluation de la qualité de vie des personnes âgées de la « freguesia » de Campanhã, en suivant (entre autre) les orientations de l'Organisation Mondiale pour la Santé.

1- Méthodes

La méthodologie adoptée a été la suivante :

a) sélection, structuration et pré-test des instruments d'évaluation. Questionnaire de Bernard Krief, SA - version modifiée ; Escala Instrumental Activities of Daily Living ; Questionnaire Iowa Selft Inventory Assessment et le Test Neugarten.

b) Identification de tous les résidents avec 65 ans (soixante cinq ans) ou plus et faisant partie des listes électorales de la « freguesia » de Campanhã.

c) Echantillon aléatoire des personnes âgées inscrites.

d) Application des instruments d'évaluation référée en utilisant l'interview, porte à porte, auprès des personnes âgées sélectionnées.

A cette contribution individuelle il a été également ajouté une étude dans laquelle on voulait évaluer, au travers d'un questionnaire, l'autonomie, l'indépendance et la satisfaction de vie des personnes âgées.

2- Caractérisation de la population

On a procédé à l'inventaire des personnes âgées (avec 65 ans ou plus, fait jusqu'au 31 décembre 1995) et faisant partie des listes électorales. On a vérifié l'existence de 9827 de ces personnes, en opposition aux 6257 constant du cens de 1991. Après, on a réalisé la sélection d'un échantillon aléatoire de 10 % d'inscrits dans les listes électorales. Après exclusion des décédés, des non résidents ou non trouvés, à peine 321 ont été inclus, soit 32,7 % du total initial, desquels 36,4 % étaient des hommes et 63,6 % des femmes. Les âges se situaient entre les 65 et 96 ans (moyenne de 72,9 ans et erreur de 5,87). L'état civil prédominant étant le mariage (61,4 %).

Des personnes âgées étudiées 23,1 % étaient analphabètes, 14,6 % savaient lire et écrire, 46,7 % avaient fréquenté l'Enseignement Primaire, 11,5 % avaient fréquenté l'Enseignement Secondaire et 2,5 % l'Enseignement Professionnel. À peine 1,6 % avaient fréquenté et conclu un cours d'Enseignement Supérieur.

Les professions les plus fréquentes ont été ouvrier indifférencié (42,4 %), ouvrier spécialisé (26,1 %), fonctionnaire publique (7,5 %), industriel / commerçant (4,4 %) et professionnel libéral (3,1 %).

3- Résultats

Globalement les résultats considérés ont révélé que des principaux problèmes cités se détachaient par ordre de priorité, ceux de la santé, les problèmes économiques, la solitude, l'abandon de la famille, la marginalisation sociale et l'absence de service d'aide au niveau social. Il est de noter que la nécessité d'être en bonne santé a été deux fois plus mentionnée que l'argent. Au niveau des nécessités essentielles, l'alimentation, les vêtements / chaussures et l'amélioration de l'habitation occupent une place importante (34 %). À part, apparaît la nécessité d'économie (26,8 %), l'aide familiale (16,2 %) et le désir de voyager (10 %).

Malgré les problèmes et les nécessités manifestées, presque deux quart des personnes âgées ont déclaré vivre bien ou très bien.

45,5 % des enquêtés ont pris la retraite avant les 65 ans. Trois quart des personnes âgées interviewées ont manifesté le sentiment de ne pas se sentir préparés ou avec la force de reprendre leur ancien et / ou actuel travail.

En relation à l'habitation, il est de signaler que soixante-dix pour cent des personnes âgées consultées, vivaient dans une maison louée et 26,2 % étaient propriétaires. Presque la moitié des personnes âgées, considérait l'illumination et l'aération de leurs habitations inadéquates, près d'un quart vivaient dans des habitations qui ne possédaient pas de conditions adéquates : 30,5 % possédaient seulement de l'eau froide et 1,6 % ne possédaient pas d'eau canalisée au

domicile. Près de trois pour cent vivaient dans des habitations qui ne possédaient pas de salle de bains et 20,9 % possédaient à peine le W-C et dans 15,6 % des habitations le W-C. était utilisé par plus d'une famille. En ce qui concerne l'équipement domestique plus de trois quart des habitations avaient un réchaud, une machine à laver le linge et un réfrigérateur.

En ce qui concerne le pouvoir d'achat des personnes âgées consultées, cinquante deux pour cent recevaient une pension de retraite par limite d'âge : 20,3 % une pension d'invalidité et 10,3 % une pension de veuvage ou de survie. Il est de noter qu'un pensionnaire sur cinq était retraité par invalidité. 78,8 % des vieilles personnes consultées disaient ne pas posséder d'autre source de revenus que celle de la pension. D'autre part, 44,6 % des personnes interviewées avaient comme revenu familiale mensuel, une valeur inférieure au salaire minimum national en vigueur et que 81,6 % devaient partager ce revenu avec au moins une personne.

En relation à la cohabitation, aux rapports familiaux et sociaux on a constaté que plus de deux tiers des personnes âgées interviewées vivaient seuls et/ou avec le conjoint (53,3 % avec le conjoint et 15,9 % seuls) et quatre cinquième avaient une bonne relation avec la famille. Plus de la moitié n'avait aucun type de relation avec les jeunes et occupait leur temps libre, de préférence, avec la télévision, en se promenant, en écoutant la radio et en se réunissant avec des amis.

Le cinéma, comme activité de loisir, culturel ou de communication est apparu comme une activité marginale entre les personnes âgées interviewées, de même que les vacances.

En ce qui concerne la santé et l'assistance médicale, des 321 personnes âgées questionnées, 45,8 % affirmaient être bien ou très bien au niveau santé. La maladie et une utilisation plus fréquente des services de santé a été beaucoup plus mentionné chez le sexe féminin (χ^2= 11,31 ($p < 0,04$)), des 204 femmes âgées, 81,9 % mentionnaient avoir des maladies qui nécessitaient une attention médicale régulière. Les maladies les plus mentionnées par la population étudiée

ont été, et par ordre décroissant de fréquence, les maladies du système ostéo-articulaire, les maladies du système cardio-vasculaire, les maladies de l'appareil digestif, les maladies de l'appareil respiratoire, l'hypertension artérielle, les maladies du système nerveux, les diabètes « mellitus », les maladies cérébro-vasculaires, les maladies des organes des sens, les maladies de l'appareil génital et urinaire et les cancers. 23,7 % n'ont pas répondu. Quand globalement considérée comme faisant partie de la même entité nosologique, l'hypertension artérielle, les maladies cérébro-vasculaires et les maladies du système cardio-vasculaire, cet groupement (système artériel) est le plus dominant (43 %), suivi des maladies du système ostéo-articulaire (35,5 %), de l'appareil digestif (9,3 %), les maladies de l'appareil respiratoire (8,7 %), les maladies du système nerveux (8,1 %) et les diabètes « mellitus » (7,8 %).

Quand ils sont spécifiquement questionnés relativement aux organes des sens, 64,2 % des personnes mentionnaient des problèmes graves de vue et 13,1 % présentaient de graves problèmes auditifs.

La capacité motrice, manifestée et reconnue comme normale par les personnes âgées du groupe était de 50,1 %. Cependant, 5,6 % avouaient avoir toujours besoin d'aide pour se déplacer et le même nombre (5,6 %) avait besoin d'aide mais sporadiquement.

Quand à la consommation de services de santé et à la question « avez-vous un médecin de famille? », 88,5 % des personnes questionnées ont répondu affirmativement, en ce qui concerne la consommation de consultation médicale, approximativement 82 % des personnes avaient consulté le médecin pendant la dernière année, au moins une fois.

Plus de la moitié de la population âgée étudiée, a été retenue au domicile pour raison de maladie pendant les dernières années, et par ce fait 45,8 % de ces personnes ont été observées par le médecin au domicile. Entre les personnes obligées de restées au lit à cause de maladie, on a constaté que près de trois tiers a considéré avoir été bien ou très bien traité. Dans les cinq

dernières années qui ont précédées l'étude, 37,1 % des personnes âgées interviewées ont été hospitalisées, au moins une fois, et 91,6 % des internements ont été dans les hôpitaux publiques.

Quand à la qualité de l'assistance reçue par la personne âgée, comparée au niveau de couverture de l'assistance, nous avons constaté que c'est le médecin de famille qui normalement à donné les soins de santé et les personnes âgées questionnées se sont montrées satisfaites ou très satisfaites de l'assistance reçue.

Pour mieux comprendre la satisfaction de l'assistance reçue, au niveau des aspects positifs et négatifs, les personnes âgées ont valorisé surtout les qualités humaines des prestataires des soins, compétence/qualité, attention, sympathie, service et intérêt/dévouement/compréhension. Les plaintes concernaient surtout l'organisation des services : attentes/bureaucratie; distance a parcourir et coûts.

4- Conclusions

Ce travail, mené a terme de manière à ne pas perturber notre activité développée au Centre de Santé, a eu le don de permettre également une plus grande approximation entre nous et la population plus âgée, d'un côté, et une plus grande compréhension du phénomène «vieillissement» et ses multiples et complexes composants.

Du reste, cet enrichissement, peut-être unique, nous a permis, non seulement de mieux comprendre la vieillesse, mais aussi, et non moins important, de contribuer pour que nous puissions, également développer notre activité d'enseignant chaque fois plus proche de la réalité.

Les résultats nous permettent de conclure, contrairement à ce qui a été supposé, que la communauté âgée étudiée est en meilleure santé qu'elle ne le paraissait, suggérant, aussi, une qualité et une satisfaction de la vie du jour le jour élevées.

Il est à mettre en évidence le rôle que devra avoir l'Administration Centrale et Locale dans le sens d'améliorer les conditions d'habitabilité dans laquelle vivent les personnes âgées interrogées, diminuant ou évitant les conditions dégradées et dégradantes trouvées, et contribuant de forme décisive pour la qualité de vie que l'on prétend et désir.

Les Services de Santé devront aussi repenser à l'organisation des services, de manière à les rendre plus efficaces et proches de la population qui à besoin d'elle.

ÍNDICE

PREFÁCIO E AGRADECIMENTOS iv

RESUMO vi

ABSTRACT xii

RESUMÉ xviii

ÍNDICE xxv

ÍNDICE DE FIGURAS xxix

ÍNDICE DE TABELAS xxix

ÍNDICE DE GRÁFICOS xxx

ÍNDICE DE QUADROS xxxii

INTRODUÇÃO 1

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 5

CAPÍTULO I – ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO 6
1. A Problemática do envelhecimento demográfico 6
2. A Situação no mundo 10
3. Situação em Portugal 13
4. Portugal na Europa Comunitária 18

CAPÍTULO II – CONSEQUÊNCIAS E IMPLICAÇÕES DO ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO 23
1. Consequências do envelhecimento demográfico 23
2. Impacto da população idosa na saúde 25

CAPÍTULO III – ENVELHECIMENTO E SAÚDE 28

CAPÍTULO IV – ENVELHECIMENTO E DOENÇA 37
1. Envelhecimento e doença 37
2. Morbilidade e mortalidade 38

CAPÍTULO V – ENVELHECIMENTO E CUIDADOS DE SAÚDE 44
1. Envelhecimento e cuidados de saúde 44
2. Idosos: que cuidados de saúde? 46

CAPÍTULO VI – IDOSOS E REDE SOCIAL DE APOIO 53
1. A importância do domiciliário 53
2. A importância do cuidado institucional 53

3. O Médico de Família no contexto da rede social de apoio 53

CAPÍTULO VII – IDOSOS E CUIDADOS TERMINAIS 56

CAPÍTULO VIII – QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO – EM BUSCA DE UM CONSENSO 60
1. Súmula histórica da qualidade de vida 60
2. Definição de qualidade de vida 63
3. Concepções de qualidade de vida 63
4. Níveis de qualidade de vida 64

CAPÍTULO IX – LEGISLAÇÃO VIGENTE 66
1. Decretos-Lei e seu conteúdo 66
2. Reflexão e comentários sobre a Lei existente 76

PARTE II- CONTRIBUTO PESSOAL 80

CAPÍTULO I – INTRODUÇÂO 81
1. Envelhecimento e Sociedade 81
1.1. Perspectiva individual 81
1.2. Perspectiva comunitária 82
2. A Freguesia de Campanhã 83
2.1. As origens 83
2.2. Enquadramento Territorial 85
2.3. Condições naturais 85
2.4. A ocupação humana 87
3. População e habitação 91
3.1. População 94
3.2. Habitação 97

CAPÍTULO II – OBJECTIVOS 98
1. Justificação 98
2. Objectivos 98

CAPÍTULO III – MATERIAL E MÉTODOS 101
1. População 101
2. Métodos 101
2.1. Questionário 102
2.2. Ensaio-Piloto 102
2.3. Selecção da amostra 103
2.4. Aplicação do questionário 105
2.5. Registo de dados 106
2.6. Análise estatística 106
2.7. Interpretação dos resultados 106

CAPÍTULO IV – RESULTADOS 107
1. Características Sócio-demográficas 107
1.1. Sexo 107
1.2. Idade 108

1.3. Estado Civil 109
1.4. Número de filhos 110
1.5. Escolaridade 110
1.6. Profissão 112
2. Problemática geral da terceira idade 112
2.1. Principais problemas da terceira idade 112
2.2. As soluções para os problemas da terceira idade 116
2.3. Solidão 118
2.4. Estado de espírito/humor 122
3. Trabalho e reforma 126
3.1. Reforma 126
3.2. Capacidade para trabalhar no seu antigo e/ou actual emprego 126
3.3. Opinião sobre a idade da reforma 127
3.4. Idade ideal da reforma 127
3.5. Actualmente faz algum tipo de trabalho 128
3.6. Gostaria de fazer algum tipo de trabalho 128
4. Habitação 129
4.1. Tipo de habitação 129
4.2. Altura a que se encontra a habitação 129
4.3. Propriedade da habitação 131
4.4. Renda mensal paga pelo aluguer da habitação 132
4.5. Condições de habitabilidade 132
4.6. Equipamento doméstico 135
4.7. Satisfação com o lugar onde vivem 136
5. Capacidade económica 137
5.1. Nível de rendimentos 137
5.2. Rendimento familiar mensal 139
5.3. Pessoas dependentes do rendimento familiar mensal 141
6. Coabitação, Relações familiares e sociais 142
6.1. Tipo de coabitação 142
6.2. Relações familiares e sociais 144
6.3. Apoio domiciliário 153
7. Lazer e tempo livre 154
7.1. Utilização do tempo livre 154
7.2. Acessibilidade aos meios de comunicação social 155
7.3. Férias 157
8. Saúde e assistência médica 158
8.1. Doenças reportadas 159
8.2. Capacidade sensitiva e motora 161
8.2.1. Visão 161
8.2.2. Audição 163
8.2.3. Mobilidade 165
8.3. Consumo de cuidados de saúde 169
8.4. Qualidade da assistência recebida 173
8.5. Consumo de medicamentos 176
8.6. Cuidados preventivos 177
8.7. Opinião sobre cuidados médicos a doentes terminais e doação de órgãos 178
8.7.1. Conhecimento da verdade 178
8.7.2. Prolongamento artificial da vida 179

8.7.3. Adiamento artificial da morte 179
8.7.4. Doação de órgãos para investigação 180

CAPÍTULO V – DISCUSSÃO 181

CAPÍTULO VI – CONCLUSÕES 195

CAPÍTULO VII - ESTUDO ENCASTOADO 200
Introdução 201
Material e métodos 201
1. População 201
2. Métodos de avaliação 202
2.1. Escala I A D L (Instrumental Activities of Daily Living) 202
2.2. Questionário I S A I (Iowa Self Inventory Assessment) 202
2.3. Teste Neugarten 204
Resultados 205
1. Características gerais da população 205
2. Actividades da vida diária pela escala I A D L 206
3. Auto-avaliação gerontológica pelo questionário I S A I 212
4. Avaliação da satisfação de vida através do teste de Neugarten 214
Discussão e conclusões 215
BIBLIOGRAFIA 218
ANEXOS 239

ÍNDICE DE FIGURAS

PARTE I

CAPÍTULO IV

FIGURA 1 – Relações entre envelhecimento e doença..... 41
FIGURA 2 – Factores agravantes do envelhecimento..... 45
FIGURA 3 – Idosos e utilização de recursos..... 47

ÍNDICE DE TABELAS

PARTE II

CAPÍTULO III

TABELA 1 – Dimensão da amostra na amostragem a partir de listas..... 105

ÍNDICE DE GRÁFICOS

PARTE I

CAPÍTULO I

GRÁFICO 1 – População Portuguesa – Evolução 1960-1995 13

PARTE II

CAPÍTULO I

GRÁFICO 1 –
Evolução da população na Freg. Campanhã e Concelho Porto de 1900 a 1991... 95

CAPÍTULO IV

GRÁFICO 2 – População idosa da Freg. de Campanhã (População vs amostra) 109
GRÁFICO 3 – Estado civil e sexo..... 110
GRÁFICO 4 – Escolaridade e sexo..... 111
GRÁFICO 5 – Como vive vs estado civil..... 115
GRÁFICO 6.a – Estado civil e solidão..... 120
GRÁFICO 6.b – Sexo e solidão..... 120
GRÁFICO 6.c – Como vive e solidão..... 121
GRÁFICO 7 – Saúde e felicidade..... 125
GRÁFICO 8.a – Mobilidade e tipo de habitação..... 130
GRÁFICO 8.b – Sair à rua e tipo de habitação..... 130
GRÁFICO 9 – Como vive e satisfação com o local de residência..... 137
GRÁFICO 10 – Habitação e rendimento familiar mensal..... 140

GRÁFICO 11 – Renda mensal da habitação e rendimento familiar mensal..... 140
GRÁFICO 12.a – Coabitação e solidão..... 143
GRÁFICO 12.b – Coabitação e felicidade..... 144
GRÁFICO 13.a – Convivência familiar e solidão..... 145
GRÁFICO 13.b – Convivência familiar e felicidade..... 146
GRÁFICO 14.a – Coabitação preferencial e solidão..... 148
GRÁFICO 14.b – Coabitação preferencial e felicidade..... 148
GRÁFICO 14.c – Coabitação preferencial e sexo..... 149
GRÁFICO 15.a – Relações familiares e solidão..... 150
GRÁFICO 15.b – Relações familiares e felicidade..... 151
GRÁFICO 16.a – Como vive e convivência com jovens..... 152
GRÁFICO 16.b – Solidão e convivência com jovens..... 152
GRÁFICO 17 – Doença e sexo..... 160
GRÁFICO 18.a – Acuidade visual sem óculos e sair à rua..... 167
GRÁFICO 18.b – Acuidade auditiva e sair à rua..... 168
GRÁFICO 18.c – Mobilidade e sair à rua..... 168

PARTE II

CAPÍTULO VII

GRÁFICO 1 – Capacidade de usar dinheiro..... 207
GRÁFICO 2 – Actividade doméstica..... 208
GRÁFICO 3 – Utilização dos meios de transporte..... 209
GRÁFICO 4 – Preparação de alimentos..... 210
GRÁFICO 5 – Capacidade de marcha..... 211
GRÁFICO 6 – Escala ISAI..... 212

ÍNDICE DE QUADROS

PARTE I

CAPÍTULO I

QUADRO I – Evolução da população mundial de 1650 a 2022..... 10

QUADRO II – Envelhecimento demográfico da população mundial..... 12

QUADRO III – Evolução demográfica Portuguesa: 1960-1995..... 14

QUADRO IV – Estrutura etária da população Portuguesa %: 1960-1995..... 15

QUADRO V – Evolução do "envelhecimento na base", por distritos: 1960-1995. 16

QUADRO VI – Evolução do "envelhecimento no topo", por distritos: 1960-1995 17

QUADRO VII – Envelhecimento demográfico da população Portuguesa, em 1995, no contexto da Europa Comunitária..... 19

QUADRO VIII – Taxa de natalidade, mortalidade e fecundidade em Portugal, em 1995, no contexto da Europa Comunitária..... 20

QUADRO IX – Esperança de vida à nascença em Portugal, em 1995, no contexto da Europa Comunitária..... 21

CAPÍTULO IV

QUADRO X – Estrutura percentual de óbitos por grupos etários e causas de morte, Portugal, 1995..... 39

QUADRO XI – Prevalência da morbilidade. Portugal Continental, 1995/1996..... 43

CAPÍTULO V

QUADRO XII – Consultas a adultos (Clínica Geral) nos centros de saúde em 1995. Ratios por 1000 habitantes..... 48

QUADRO XIII – Internamentos hospitalares. Ratios por 1000 habitantes..... 50

QUADRO XIV – Internamentos hospitalares de pessoas ≥85 anos..... 51

PARTE II

CAPÍTULO I

QUADRO I – População da Freguesia de Campanhã e Concelho do Porto: Evolução 1900-1991 94

QUADRO II – Estrutura etária da Freguesia de Campanhã e Concelho do Porto (1991) 96

QUADRO III – Estrutura etária da população idosa da Freguesia de Campanhã e Concelho do Porto (1991) 96

QUADRO IV – Número de famílias e alojamentos na Freguesia de Campanhã e Concelho do Porto: Evolução 1940-1981 97

CAPÍTULO IV

QUADRO V – Distribuição por sexos da amostra 108

QUADRO VI – Distribuição por grupos etários e sexo da amostra 108

QUADRO VII – Distribuição por estado civil e sexo da amostra 109

QUADRO VIII – Escolaridade 111

QUADRO IX – Profissão 112

QUADRO X – Principais problemas das pessoas idosas 113

QUADRO XI – Maior necessidade no momento 113

QUADRO XII – Como vive actualmente 114

QUADRO XIII – Usufruto de capacidades económicas 115

QUADRO XIV – Soluções para as pessoas idosas 116

QUADRO XV – Respostas aos problemas dos idosos 117

QUADRO XVI – Interesse pelas pessoas idosas 118

QUADRO XVII – Coabitação 118

QUADRO XVIII – Solidão 119

QUADRO XIX – Causas de solidão 121

QUADRO XX – Formas de combater a solidão 122

QUADRO XXI – A felicidade..... 123
QUADRO XXII – O melhor da velhice..... 123
QUADRO XXIII – O pior da velhice..... 124
QUADRO XXIV – O idoso e a sociedade..... 125
QUADRO XXV – Idade da reforma..... 126
QUADRO XXVI – Capacidade para executar tarefas..... 126
QUADRO XXVII – Concordância com a idade da reforma..... 127
QUADRO XXVIII – Idade ideal da reforma..... 127
QUADRO XXIX – Ainda trabalha?..... 128
QUADRO XXX – Gostaria de trabalhar?..... 128
QUADRO XXXI – Tipo de habitação..... 129
QUADRO XXXII – Altura a que se encontra a habitação..... 131
QUADRO XXXIII – Propriedade da habitação..... 131
QUADRO XXXIV – Renda mensal da habitação..... 132
QUADRO XXXV – Luminosidade e arejamento da habitação..... 132
QUADRO XXXVI – Água canalizada na habitação..... 133
QUADRO XXXVII – Habitabilidade..... 133
QUADRO XXXVIII – Retrete comum a outras habitações..... 134
QUADRO XXXIX – Aquecimento da habitação..... 134
QUADRO XL – Equipamento doméstico..... 135
QUADRO XLI – Satisfação com o local onde vive..... 136
QUADRO XLII – Principal fonte de rendimento..... 138
QUADRO XLIII – Outros rendimentos..... 138
QUADRO XLIV – Rendimento familiar mensal..... 139
QUADRO XLV – Dependentes do rendimento familiar mensal..... 141
QUADRO XLVI – Coabitação..... 142
QUADRO XLVII – Convivência familiar..... 144
QUADRO XLVIII – Preferência convivencial..... 147
QUADRO XLIX – Relações familiares..... 149
QUADRO L – Convivência com jovens..... 151
QUADRO LI – Apoio domiciliário..... 153
QUADRO LII – Serviço domiciliário..... 154
QUADRO LIII – Ocupação de tempo livres..... 155

QUADRO LIV – Idosos e comunicação social 156
QUADRO LV – Idosos e cinema 157
QUADRO LVI – Idosos e férias 157
QUADRO LVII – Porque não vai de férias? 158
QUADRO LVIII – Estado actual de saúde 158
QUADRO LIX – Doenças que requeiram cuidados 159
QUADRO LX – Doenças reportadas 160
QUADRO LXI – Visão sem óculos 161
QUADRO LXII – Utilização de óculos ou lentes de contacto 162
QUADRO LXIII – Consulta de oftalmologia 162
QUADRO LXIV – Última consulta de oftalmologia 163
QUADRO LXV – Audição 163
QUADRO LXVI – Utilização de prótese auditiva 164
QUADRO LXVII – Consulta de otorrinolaringologia 164
QUADRO LXVIII – Última consulta de otorrinolaringologia 165
QUADRO LXIX – Locomoção 165
QUADRO LXX – Sair à rua sem ajuda 166
QUADRO LXXI – Frequência com que sai à rua 166
QUADRO LXXII – Medo de sair à rua 167
QUADRO LXXIII – Ajuda para sair à rua 169
QUADRO LXXIV – Médico de família 169
QUADRO LXXV – Consulta médica no último ano 170
QUADRO LXXVI – Visita médica no domicílio no último ano 170
QUADRO LXXVII – Necessidade de consulta médica no domicílio 171
QUADRO LXXVIII – Doença e visitação domiciliária 171
QUADRO LXXIX – Alectuamento e assistência 172
QUADRO LXXX – Hospitalização nos últimos cinco anos 172
QUADRO LXXXI – Tempo de hospitalização no último internamento 173
QUADRO LXXXII – Local do internamento 173
QUADRO LXXXIII – Procura de cuidados médicos 174
QUADRO LXXXIV – Satisfação com a assistência recebida 174
QUADRO LXXXV – Aspectos positivos e negativos mais vezes referidos pela assistência recebida 175

QUADRO LXXXVI – Tratamento médico..... 176
QUADRO LXXXVII – Automedicação..... 176
QUADRO LXXXVIII – Consulta médica periódica..... 177
QUADRO LXXXIX – Educação para a saúde..... 178
QUADRO XC – Doença grave e a verdade..... 178
QUADRO XCI – Prolongamento artificial da vida..... 179
QUADRO XCII – Não prolongamento artificial da vida..... 179
QUADRO XCIII – Doação de órgãos..... 180

CAPÍTULO VII

QUADRO I – Características gerais da população..... 205
QUADRO II – Resultados do ISAI (Pontuação±Desvio Padrão)..... 203
QUADRO III – Resultados do teste de Neugarten..... 214
QUADRO IV – Valores do teste de Neugarten..... 215

INTRODUÇÃO

A estrutura etária de qualquer sociedade, depende da taxa de natalidade, da taxa de mortalidade e do padrão migratório da sociedade em causa. O envelhecimento populacional foi o primeiro resultado da diminuição da taxa de natalidade e, foi pela primeira vez referido em França na primeira metade do século XIX (1830) (18). Mas no século XX, a população idosa cresceu rapidamente nos países industrializados, devido, por um lado, à diminuição da taxa de mortalidade e, por outro, à diminuição da taxa de natalidade. A diminuição da taxa de mortalidade foi devida, em parte, ao aumento do consumo de calorias pelas populações (19). Uma das consequências da revolução industrial foi o aumento da disponibilidade de alimentos, que teve como efeito um aumento da estatura humana e uma maior longevidade (18 e 19). Existe, também, uma sinergia entre nutrição inadequada e grande susceptibilidade às infecções. Ora, com uma maior ingestão calórica, a incidência de infecções diminuiu. As doenças infecciosas foram ainda reduzidas, por medidas sanitárias e pela disponibilização de meios para imunizações, uso de antitoxinas e mais tarde pela utilização de antibióticos.

Gradualmente, as dificuldades dos primórdios da industrialização, tais como as condições de trabalho, de habitação e a salubridade/promiscuidade foram melhorando, e a grande frequência de doenças infecciosas começou a declinar. As condições económicas começam a melhorar com o crescimento da classe média na Europa, nos Estados Unidos da América e no Japão. A disponibilização de fundos de pensões, o acesso aos cuidados de saúde e a investigação das ciências médicas, aumentaram a esperança de vida. Pelos anos 70, à marcada redução da mortalidade materna, neo-natal e infantil, junta-se a redução de mais de 50% de

mortes causadas por doenças cardíacas e acidentes vasculares cerebrais (18 e 20). A investigação biomédica, incluindo a biologia do envelhecimento, conduziram a uma contínua redução de incapacidades e também de mortalidade. A colocação de próteses da anca, a utilização dos inibidores da enzima de conversão da angiotensina e os implantes intraoculares, são entre outras, as aplicações práticas da investigação biomédica. Aliás, o declíneo das incapacidades, da mortalidade e os direitos sociais, entretanto adquiridos, têm aumentado a qualidade de vida das populações, em geral, e da população idosa, em particular.

A saúde do idoso é hoje resultante de uma multiplicidade de condicionantes, que exigem um conjunto diversificado de intervenções precoces e humanizadas, que ajudem a promover as capacidades existentes, a recriar a memória individual e colectiva, a promover o autocuidado, a autoestima e a relação com os outros.

Os outros não podem ser apenas aqueles que devem tratar de nós. Delegar tudo neles é a melhor forma de perder voz activa. Pelo contrário, continuar a reconhecer-se como pessoa de pleno direito é um dever para com o passado, o presente e o futuro – o seu e o dos outros.

Felizmente, a maior parte das pessoas idosas mantém a sua autonomia, mas sabemos que haverá uma proporção cada vez maior de pessoas muito idosas que necessitarão de cuidados, de maior intervenção dos técnicos de saúde, de uma solidariedade consciente de todos os cidadãos. A par dessa resposta, há que apoiar as suas famílias, que são efectivamente, as primeiras prestadoras de cuidados.

Atendendo aos pressupostos enunciados o envelhecimento é, inequivocamente, uma das mudanças mais relevantes deste século, no que respeita à estrutura populacional mundial. Esta mudança processa-se de forma não uniforme, no mundo dito industrializado, em desenvolvimento e em vias de desenvolvimento. Na Europa e nos Estados Unidos da América, encontramos um envelhecimento demográfico acentuado; na Ásia (com excepção do Japão), na América Latina e em África encontramos um envelhecimento mais limitado. O

Continente africano, no próximo século, será aquele onde o envelhecimento se processará de modo mais rápido e onde haverá mais idosos. Na ex-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (que continua assim sendo designada enquanto critério de agrupamento estatístico mundial) e na Oceânia encontramos valores de transição (1). Esta mudança deve-se, sobretudo, à diminuição acentuada da taxa de natalidade, à diminuição da taxa de mortalidade infantil e dos primeiros anos de vida e ao sustentado aumento da esperança de vida.

Neste contexto de transformações mundiais (crescimento dos efectivos populacionais, alterações da estrutura e da respectiva composição etária da população) também o nosso país sofre uma nova fase de evolução demográfica.

A população portuguesa, interrompido que foi o ciclo migratório europeu, intercontinental e africano, registado sobretudo ao longo das décadas de 60 e 70, sofre na de 80 a outra face da migração europeia: o regresso dos emigrados. A par do fenómeno migratório, Portugal, um país de fecundidade relativamente elevada no contexto dos países europeus, apresenta a partir de 1982, uma taxa líquida de reprodução que já não assegura a substituição das gerações, seguindo, aliás, as principais tendências dos países mais desenvolvidos. Regista, por outro lado, notáveis progressos na descida das taxas de mortalidade e um acréscimo na esperança de vida. Apesar desta evolução, Portugal apresenta ainda a mais elevada taxa de mortalidade infantil, no conjunto dos 21 países membros do Conselho da Europa (se exceptuarmos a Turquia). Com uma estrutura ainda relativamente jovem em termos europeus, não deixa de registar um envelhecimento progressivo, fenómeno que se traduz pela diminuição da proporção de jovens (de 0-14 anos) e um aumento (proporcional) de idosos (de 65 e mais anos de idade). Profundos desequilíbrios demográficos regionais não deixam de se acentuar no espaço nacional. As migrações internas e o fenómeno de despovoamento do interior de Portugal que lhe está associado, dirigido para as zonas do litoral, acarretam assimetrias

estruturais de difícil equação, levando sem equívocos a dificuldades acrescidas, no que concerne à qualidade de vida das populações (2).

Os grandes grupos populacionais, sobretudo aqueles para os quais a oferta de oportunidades de trabalho é mais elevada, concentram-se no polo atractivo de fixação, e o Porto, é exemplo desta mudança. A par do seu envelhecimento na área nuclear emergem na sua periferia os bairros dormitório.

É neste contexto que surge a ideia da efectivação de um estudo, que procure de alguma forma, contribuir para o estudo das pessoas idosas e nomeadamente para a avaliação da qualidade de vida deste grupo etário em pleno crescimento. Este propósito tanto mais se avivou quanto na nossa actividade assistencial, deparamos quotidianamente com problemas (queixas) de índole biológica, psicológica e social que urge conhecer, afectando cada vez mais a chamada "Terceira Idade".

PARTE I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO I: ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

1. A Problemática do envelhecimento demográfico

O envelhecimento demográfico é um processo de dupla natureza: significa, por um lado, a diminuição relativa do peso dos jovens e, por outro lado, o aumento da importância relativa dos idosos.

O aumento da população idosa, em termos absolutos e relativos, é um fenómeno que atinge a totalidade do mundo industrializado e também já começa a atingir, em número crescente, os países menos industrializados. Porém, o aspecto mais relevante é sabermos que o envelhecimento demográfico continuará a ser um processo em expansão nas próximas décadas. Assim, se no horizonte do ano 2020 se prevê uma diminuição da população total na Europa Comunitária (de 329 milhões de habitantes actualmente, para 325 milhões em 2020), a população idosa (com mais de 65 anos) irá aumentar no mesmo período de 47 para 65 milhões. Em Portugal, também (pelo ano 2020) numa base de cerca de 10 milhões de habitantes, teremos cerca de 2 milhões de idosos com mais de 65 anos (3).

O peso dos idosos de idade avançada (com mais de 75 anos de idade) em relação ao total dos idosos irá também aumentar. Se, no momento actual o peso dos idosos em idade avançada no total dos idosos é pouco mais de 60%, no ano 2020 ultrapassará os 70%, o que significa termos cerca de 46 milhões na Europa Comunitária e um milhão e meio de pessoas em Portugal, com mais de 75 anos.

A perspectiva demográfica de analisar determinados problemas sociais contemporâneos, tem merecido uma maior atenção nos últimos tempos e a questão do envelhecimento não é uma excepção.

O peso dos países em vias de desenvolvimento na população mundial, as causas e as consequências da evolução demasiado rápida da sua população, fizeram com que durante muito tempo a atenção estivesse quase exclusivamente concentrada no binómio população-recursos. Foram e são as questões relacionadas com o controlo da natalidade, da distribuição da população (em particular o fenómeno urbano), das migrações, dos recursos (renováveis e não renováveis), das desigualdades socais e sexuais que, dominantemente, prenderam e prendem a atenção dos estudiosos dos fenómenos sociais e do público em geral.

Contudo, sobretudo a partir da segunda metade do século XX, um novo fenómeno emergiu nas sociedades desenvolvidas: «o envelhecimento demográfico».

Não se trata de uma nova "epidemia" ou doença (não existe nenhuma doença chamada "envelhecimento"), mas de uma simples constatação quantitativa: o número de pessoas idosas aumenta de modo galopante. A procura de uma melhor caracterização deste fenómeno, a identificação de assimetrias espaciais importantes, a determinação das causas e das consequências deste processo, o estabelecimento da sua cronologia e da provável ligação com outro processo igualmente importante - a transição demográfica -, a determinação da existência de envelhecimentos diferenciados (sexo, classe social, estado civil), a tentativa de encontrar soluções e de prever a evolução futura levaram a que numerosos investigadores, de todas as áreas científicas, se começassem a interessar pela problemática do envelhecimento (1, 2, 4, 5, 6, 7 e 8).

Em termos demográficos, existem dois tipos de envelhecimento: o envelhecimento na base e o envelhecimento no topo. O primeiro ocorre quando a percentagem de jovens começa a

diminuir de tal forma, que a base da pirâmide de idades fica bastante reduzida. O envelhecimento no topo ocorre quando a percentagem de idosos aumenta, fazendo com que a parte superior da pirâmide de idades comece a alargar, em vez de se alongar. Estes dois tipos de envelhecimento estão ligados entre si: a diminuição percentual do grupo dos jovens, implica um aumento proporcional nos outros grupos de idades, em particular no grupo dos idosos.

Durante muito tempo pensou-se que esta "explosão demográfica da terceira idade" era uma consequência directa do aumento da esperança de vida. Contudo, a mortalidade ao declinar, actua predominantemente nos primeiros grupos de idade. Os jovens passam a sobreviver cada vez em maior número, em particular a partir do primeiro ano de vida devido ao declínio da mortalidade infantil, fazendo assim com que, mais tarde, os efectivos que irão atingir a população em idade fértil aumentem. Os nascimentos tenderão sempre a aumentar durante o processo de declínio da mortalidade em idades precoces.

Não foi, pois, o declínio da mortalidade o principal responsável pela emergência do processo de envelhecimento das populações observado no mundo desenvolvido em geral e na Europa em particular.

O principal factor natural responsável por este fenómeno foi o declínio da natalidade. Uma redução no número de nascimentos produz na estrutura etária de uma população uma redução progressiva dos efectivos mais jovens (envelhecimento na base) e consequentemente um aumento da importância relativa dos mais idosos (envelhecimento no topo). O envelhecimento demográfico do Continente Europeu é uma consequência directa do acentuado declínio da fecundidade observado nas últimas dezenas de anos.

É verdade que o fenómeno do envelhecimento demográfico não é um processo exclusivamente natural. O homem é um ser dotado de uma grande mobilidade. As migrações ao serem selectivas, produzem necessariamente impactos estruturais importantes. Se um país, ou uma

região, é recebedor de população, os potencialmente activos aumentam. Este aumento implica a diminuição proporcional dos outros grupos de idade: os jovens diminuem proporcionalmente – logo, temos um envelhecimento na base – e os idosos também diminuem proporcionalmente – o que implica um rejuvenescimento no topo. Consequentemente, num país recebedor de mão-de-obra, o aumento da importância dos idosos pode diminuir sensivelmente. Inversamente, num país ou numa região tradicionalmente exportadora de mão-de-obra, a tendência natural para o aumento da importância da população idosa – consequente ao declínio da fecundidade – é acentuada pelos movimentos migratórios. Encontramo-nos assim perante o paradoxo de uma população, que independentemente da fecundidade, poder, simultaneamente, envelhecer e rejuvenescer.

Um outro aspecto do envelhecimento demográfico são as diferenças relativas ao sexo. A sobremortalidade masculina, produz um acentuado desequilíbrio entre os sexos, sobretudo nos últimos grupos etários.

Numa população submetida apenas a movimentos naturais as mulheres idosas são, em geral o dobro, ou o triplo dos idosos do sexo masculino. Esta situação pode, conforme vimos anteriormente, ser agravada ou atenuada com o efeito dos movimentos migratórios.

Finalmente, o último aspecto do envelhecimento demográfico diz respeito ao progressivo aumento dos efectivos nas idades mais avançadas, onde encontramos o maior número de idosos dependentes em relação ao grupo total de idosos. Este fenómeno é particularmente visível nos países onde a esperança de vida é bastante elevada. Parece uma contradição em relação ao que dissemos anteriormente mas, na realidade, nos países em que a fecundidade já atingiu valores muito baixos e onde o processo do seu declínio já chegou ao termo, o efeito estrutural causado por este declínio desaparece. Apenas neste caso, a existência de ligeiros aumentos na esperança de vida pode reforçar o processo de envelhecimento demográfico.

2. A Situação no mundo

No boletim "The Population Newsletter das Nações Unidas, nº40/41", de Dezembro de 1986, surgia o alerta *"nalgum momento em meados de 1987, possivelmente entre Abril e Julho de acordo com as projecções de população das Nações Unidas, a população mundial ultrapassará os cinco mil milhões"*.

O número de cinco mil milhões é um marco na história do crescimento da população. Demorou cerca de 130 anos (de 1800 a 1927) para que o mundo aumentasse a sua população de mil milhões a dois mil milhões (Quadro I).

QUADRO I - Evolução da população mundial de 1650 ao ano 2022

População Mundial -(de mil milhões em mil milhões)		
Efectivos	**Data**	**Tempo de duplicação (anos)**
0,5	Pelos meados do século XVII	-
1	No começo do século XIX	150
2	Entre 1918 e 1927	130
3	1960	-
4	1974	47
5	1987	-
6	1999	39
7	2010	-
8	2022	48 *
Regiões em vias de desenvolvimento		
0,5	Antes de 1650	
1	Antes de 1950	300
2	1958	8
3	1975	-
4	1990	32
5	2002	-
6	2014	39 *
Regiões mais desenvolvidas		
0,5	1950	-
1	1965	15
2	*(este número não será provavelmente atingido)*	-

Fonte: *Relatório da UNFPA, 1987 p. 14*

* Projecções: Estimativas elaboradas a partir dos dados divulgados pela ONU.

Apenas 33 anos (1927 a 1960) foram necessários para se atingir os três mil milhões, 14 anos (1960 a 1974) para os quatro mil milhões e 13 anos (1974 a 1987) para os cinco mil milhões. De acordo com as projecções baseadas na hipótese de crescimento médio, o mundo terá seis mil milhões de pessoas em 1999, sete mil milhões em 2010 e oito mil milhões em 2022 (2 e 8).

A velhice é um estado biológico de excepção, que na espécie humana está a transformar-se em regra (9). Daí, o envelhecimento da população mundial ser um fenómeno novo ao qual todos os países, mesmo os tecnicamente mais evoluídos, procuram adaptar-se (10).

Desde há três décadas, o declínio das taxas de natalidade e de mortalidade infantil, o controlo das doenças transmissíveis e a melhoria das condições nutricionais, dos estilos de vida e apoio sócio - sanitário, contribuíram quer para um aumento da esperança de vida, quer para um importante aumento do efectivo de idosos.

No ano 2000, cerca de dois terços dos 600 milhões de idosos viverão nos países em desenvolvimento (10). Por essa altura, também, haverá no mundo duas vezes mais população com 80 e mais anos, do que havia em 1970; e entre 1980 - 2000 esta população aumentará 0.6 milhões no Brasil, 1.3 milhões no Japão, 2.3 milhões na Índia, e 5.7 milhões na China (8).

Existem, actualmente, países cujo número de indivíduos de idade igual ou superior a 65 anos cresce mais rapidamente do que o conjunto da população. Deste modo, entre 1980 e 2020 a população total dos países em vias de desenvolvimento deve aumentar 95%, enquanto a população idosa aumentará cerca de 240% (10).

A pirâmide populacional vai estreitando a sua base e alargando o seu topo o que, para alguns países, se traduz já numa pirâmide invertida (9).

Na Europa, temos vindo a assistir a este envelhecimento de modo particularmente acentuado, sendo esta a região do globo com maior percentagem de pessoas idosas (Quadro II).

QUADRO II - Envelhecimento demográfico da população mundial (população jovem e idosa) por grandes regiões: efectivos populacionais nos anos de 1981 e 1991

Regiões do Mundo	População < de 15 anos (%)		População ≥ de 65 anos (%)	
	1981 (34%)	1991 (33%)	1981 (6%)	1991 (6%)
ÁFRICA	45	45	3	3
Norte	43	42	3	4
Ocidental	47	46	3	3
Oriental	45	48	3	3
Central	44	43	3	3
Sul	42	40	4	4
ÁSIA	36	33	4	5
Ocidental	41	40	4	4
Oriental	31	27	6	6
Central	39	36	3	4
Sul	41	38	3	4
CHINA	32	28	6	6
JAPÃO	23	18	9	13
América do Norte	23	22	11	12
América Latina	39	36	4	5
América Central	44	40	3	4
Caraíbas	36	31	5	7
América do Sul	39	35	4	5
EUROPA	22	20	13	14
Norte	20	20	15	15
Ocidental	19	18	14	14
Oriental	23	23	11	11
Sul	23	19	12	13
"U.R.S.S."	25	26	10	9
OCEÂNIA	29	26	8	10

Fonte: *World Population Data Sheet, 1982 e 1993, Population Reference Bureau, Inc. Washington*

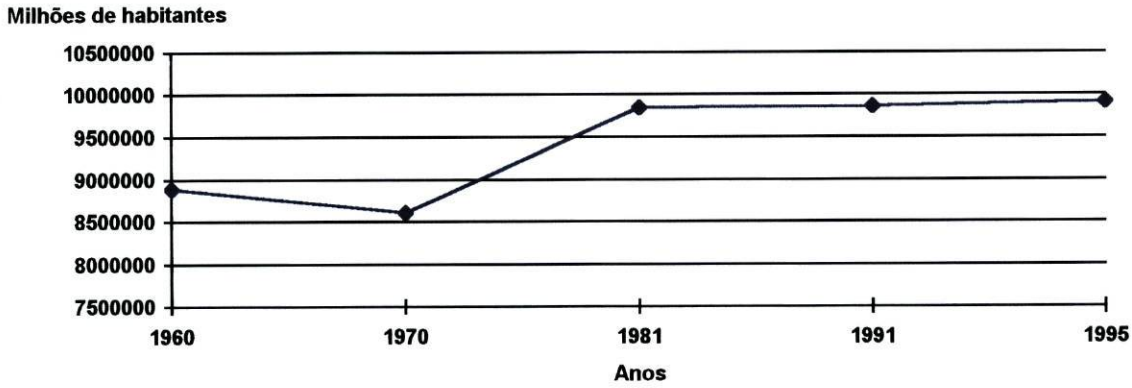
Nos países da Comunidade Europeia, a percentagem da população total com idade igual ou superior a 65 anos passará de 10,9% em 1965 para 19,1% no ano de 2020 (11).

No ano 2000 serão, sobretudo, os países pobres aqueles que mais contribuirão para o aumento do número de pessoas idosas: todo o mundo com 138 milhões, os países ditos em desenvolvimento com 100 milhões e os ditos desenvolvidos com 38 milhões (12 e 13).

3. Situação em Portugal

A estrutura da população portuguesa, não evidencia, em termos quantitativos, alterações importantes: um aumento ligeiramente superior a 11,5% em trinta e cinco anos (1960-1995) (Gráfico 1).

Gráfico1. População Portuguesa - Evolução 1960-1995



Contudo, este facto, esconde uma evolução algo diversa. Até 1973, a população portuguesa decresceu, sobretudo devido à emigração. Entre 1974 e 1976, aumentou muito devido ao regresso dos residentes em África e à diminuição da emigração. Desde finais da década de 70, até à actualidade, a população parece ter estabilizado, com aumentos pouco assinaláveis: de 1981 a 1991 um acréscimo de 2/1000 e de 1991 a 1995 um acréscimo de 5/1000 (7, 13, 14 e 15).

Os diferentes indicadores demográficos mostram uma evolução estrutural muito acelerada, no contexto de uma população, globalmente estável até há trinta anos (Quadro III).

QUADRO III - Evolução demográfica portuguesa 1960 - 1995

	ANO				
	1960	1970	1981	1991	1995
POPULAÇÃO	8.889.400	8.611.000	9.852.000	9.867.000	9.917.000
Taxa de natalidade ‰	23,90	20,08	15,44	11,80	10,81
Taxa de mortalidade ‰	10,60	10,50	9,73	10,58	10,48
Taxa de crescimento natural ‰	13,30	9,58	5,71	1,22	0,33
Taxa de Fecundidade ‰	96,30	81,50	63,30	46,60	42,70
Esp. de vida à nascença (HM)	64,10	67,50	71,83	73,93	7 4,98
Esp. de vida aos 65 anos(HM)	____	____	15,00	15,83	16,23

Fonte: *INE e WHO, Health for all 2000*

A taxa de natalidade baixou fortemente, de 23,9‰ em 1960, para 10,81‰ em 1995, sendo hoje uma das mais baixas da Europa e mesmo inferior à média europeia, deixando atrás de si apenas, a Itália, Alemanha, Grécia e Espanha.

O crescimento natural decresceu cerca de 40 vezes: passou de 13,30‰ em 1960, para 0,33‰ em 1995. A manter-se esta tendência, aproxima-se perigosamente de zero.

A taxa de mortalidade manteve-se praticamente estável ao longo das três décadas.

A taxa de fecundidade era, em 1960, de 96,30‰ e é , em 1995, de 42,70‰. Portugal que ocupava, em 1960, a segunda posição, (a seguir à Irlanda) no que concerne à taxa de

fecundidade mais elevada da Europa, é hoje inferior à média europeia e a vários países europeus, só sendo ultrapassado pela Itália, Espanha, Alemanha e Grécia.

A esperança de vida à nascença, não cessou de aumentar durante as últimas décadas, de 64,10 anos em 1969, passou para 74,98 anos, em 1995, considerados ambos os sexos.

Outro indicador demográfico, intrinsecamente ligado aos anteriormente discutidos e para o qual temos muitas dificuldades em prever as suas consequências é o "envelhecimento". Também no nosso país, assistimos a um aumento assustador da população com 65 e mais anos de idade (Quadro IV).

A percentagem da população com 65 ou mais anos idade passou, de 8,30% em 1960, para 14,56% em 1995. De realçar, a relação entre idosos e jovens que em 1960 era de 28,4% e passou em 1995 a ser de 82%, ou seja, enquanto em 1960, se podiam registar 3,5 jovens de menos de 15 anos, por cada idoso de mais de 65 anos, em 1995, esse coeficiente baixou para 1,2.

QUADRO IV - Estrutura etária da população portuguesa (%) - Evolução 1960 - 1995

GRUPOS ETÁRIOS				
ANO	0-14	15 - 64	≥65 anos	Total %
1960	29,20	62,50	8,30	100
1970	28,47	61,86	9,67	100
1981	25,31	63,19	11,50	100
1991	19,69	66,59	13,72	100
1995	17,79	67,65	14,56	100

Fonte: *INE e WHO, Health for all 2000*

Também aqui nos parece interessante, mostrar a diversidade do processo de envelhecimento em Portugal, numa dupla perspectiva – a temporal e a espacial –. Deste modo, os Quadros V e VI , mostram a evolução do envelhecimento na base e no topo, por distritos, de 1960 a 1995: assiste-se a um envelhecimento muito acentuado da base (0 - 14 anos), passando de 29,2%, em 1960, para 17,8% em 1995; a evolução das percentagens de pessoas com 65 e mais anos de idade, (envelhecimento no topo), não se afasta também, da evolução constatada para o envelhecimento na base: tinha o valor de 8,3%, em 1960 e 14,6% em 1995.

QUADRO V - Evolução do "Envelhecimento na base", por distritos, no período 1960-1995

% DO GRUPO ETÁRIO 0-14 ANOS			
ANOS			
DISTRITOS	**1960**	**1988**	**1995**
Aveiro	33,0	22,9	19,2
Beja	27,0	18,7	15,6
Braga	37,7	26,4	22,1
Bragança	33,2	20,9	16,2
Castelo Branco	28,3	17,6	14,9
Coimbra	26,4	19,8	16,0
Évora	24,7	18,0	15,6
Faro	23,6	19,5	16,7
Guarda	30,2	19,2	16,0
Leiria	29,5	20,9	17,5
Lisboa	21,2	19,4	16,0
Portalegre	24,0	17,6	15,0
Porto	33,0	23,4	19,7
Santarém	26,0	18,7	15,8
Setúbal	25,6	21,0	16,9
Viana do Castelo	32,2	21,9	18,0
Vila Real	35,2	22,7	18,2
Viseu	32,2	23,0	18,8
Continente	29,2	21,3	17,8

Fonte: *INE - Centro de estudos demográficos e DEPS/DE*

QUADRO VI - Evolução do "Envelhecimento no topo", por distritos, no período 1960-1995

% DO GRUPO ETÁRIO 65 E MAIS ANOS			
	ANOS		
DISTRITOS	**1960**	**1988**	**1995**
Aveiro	7,9	11,0	12,4
Beja	7,5	18,3	21,3
Braga	6,5	9,1	10,2
Bragança	6,6	15,5	19,5
Castelo Branco	9,3	19,9	22,8
Coimbra	10,1	15,4	17,4
Évora	7,8	17,1	20,1
Faro	10,5	17,6	18,0
Guarda	9,4	19,0	21,8
Leiria	8,2	13,2	15,3
Lisboa	8,2	12,2	14,1
Portalegre	9,3	20,1	23,0
Porto	6,4	9,5	10,8
Santarém	9,7	16,3	18,7
Setúbal	6,2	10,7	12,5
Viana do Castelo	9,5	15,0	17,3
Vila Real	6,6	12,9	16,2
Viseu	8,9	14,6	16,9
Continente	8,3	12,7	14,6

Fonte: *INE - Centro de estudos demográficos e DEPS/DE*

Da análise dos valores distritais respeitantes à evolução do envelhecimento na base, verificamos existir uma nítida assimetria Norte/Sul. Assim, em 1960 encontramos um grupo de distritos situados a norte - Aveiro (33,0%), Braga (37,7%), Bragança (33,2%), Guarda (30,2%), Porto (33,0%), Viana do Castelo (32,2%), Vila Real (35,2%) e Viseu (32,2%) - com valores superiores a 30% de jovens. Por outro lado, no sul do país, encontramos um grupo de distritos - Évora (24,7%), Faro (23,6%), Lisboa (21,2%) e Portalegre (24,0%) - com valores inferiores a 25% de jovens. Entre estas duas regiões encontramos distritos com valores de transição - Beja (27,0%), Castelo Branco (28,3%), Coimbra (26,4%), Leiria (29,5%), Santarém (26,0%) e Setúbal (25,6%) -. Em 1995, esta tendência mantém-se, continuando os distritos nortenhos a deter uma proporção de jovens superior à media nacional (17,8%), em

contraste com os distritos do sul do país, com excepção do distrito de Bragança que diminuiu para menos de metade, a proporção de jovens, (33,2% em 1960 e 16,2% em 1995).

Se analisarmos o envelhecimento no topo, constatamos que em 1960, havia uma certa homogeneidade no envelhecimento do espaço nacional, com excepção para os distritos de Faro e Coimbra, que detinham uma proporção de idosos superior a 10%, quando a média nacional não ultrapassava os 8,3%. É a partir desta altura que se assiste a uma clara assimetria litoral/interior: é todo o interior do país, de norte a sul, acrescido dos distritos de Faro, Coimbra e Viana do Castelo, que nos aparecem com acentuadas proporções de idosos, mais de 17% de pessoas com mais de 65 anos de idade, enquanto que os distritos mais litorais nos aparecem relativamente mais jovens: Aveiro (12,4%), Braga (10,2%), Lisboa (14,1%), Porto (10,8%) e Setúbal (12,5%). O paradigma desta profunda assimetria são os valores dos distritos de Braga (10,2%) e Porto (10,8%) por um lado, e os distritos de Portalegre (23,0%) e Castelo Branco (22,8%) por outro. Estes últimos distritos têm mais do dobro de envelhecimento no topo, relativamente aos primeiros.

4. Portugal na Europa Comunitária

Atendendo aos expressivos níveis de envelhecimento do Continente Europeu, como atrás ficou mostrado (Quadro II), valerá a pena reflectirmos sobre o envelhecimento demográfico na Europa Comunitária.

Assim, em 1991 a Europa Comunitária tinha cerca de 329 milhões de habitantes, dos quais, cerca de 65 milhões tinham mais de 60 anos e 47 milhões mais de 65 anos de idade (13 e 14).

Continuando a utilizar como critérios de análise os grupos 0-14 e ≥ 65 anos, verificamos que existem diferenças importantes na forma de envelhecer nos diferentes países comunitários (Quadro VII).

QUADRO VII - Envelhecimento demográfico da população Portuguesa, em 1995, no contexto da Europa Comunitária

PAÍSES	% DA POPULAÇÃO JOVEM ≤14 ANOS	% DA POPULAÇÃO IDOSA ≥65 ANOS	POPULAÇÃO TOTAL EM MILHARES
Bélgica	18,17 (1992)	15,31 (1992)	10101 (1994)
Dinamarca	17,16 (1994)	15,39 (1994)	5225 (1996)
Alemanha	16,36 (1994)	15,23 (1994)	81636 (1994)
Grécia	16,85	15,58	10454
Espanha	17,77 (1993)	14,60 (1993)	39143 (1994)
França	19,04 (1994)	15,34 (1994)	58138
Irlanda	25,70 (1993)	11,44 (1993)	3598
Itália	14,95	16,62	57301
Luxemburgo	18,43	13,99	410
Holanda	18,38 (1994)	13,14 (1994)	15459
Reino Unido	19,45 (1994)	15,73 (1994)	58606
Portugal	**17,79**	**14,56**	**9917**

Fonte: *WHO, Health for all 2000*

No que diz respeito ao envelhecimento na base, a Itália (com 14,95%, de jovens) a Alemanha (16,36%) e a Grécia (16,85%), são os países mais envelhecidos; a Irlanda (com 25,7% de jovens), é de longe o país mais jovem do conjunto dos países da Europa Comunitária. Portugal (1995) com 17,79% de jovens, tem já um valor inferior à média Comunitária (18,34%).

No que diz respeito ao envelhecimento no topo, o país mais envelhecido continua a ser a Itália (com 16,62% de idosos), logo seguido pelo Reino Unido (15,73%) e pela Grécia (15,58%); a Irlanda com 11,44% de idosos, é de longe o país menos envelhecido da Europa Comunitária, estando distante ainda, da Holanda (13,14%), do Luxemburgo (13,99%) e da média

Comunitária (14,74%). Portugal com 14,56% de idosos (muito próximo da média Comunitária) tem atrás de si a Irlanda, Holanda e Luxemburgo. Deixou assim, de ser o país mais jovem da Europa Comunitária, juntamente com a Irlanda, (que continua a deter essa posição), aproximando-se com rapidez da média Comunitária (1 e 7). Realce-se o facto de em Itália o peso das pessoas idosas , ter já ultrapassado o peso dos jovens.

Continuando a análise dos indicadores demográficos, parece-nos importante, para melhor compreensão do fenómeno "envelhecimento" determo-nos, um pouco, nas suas causas (Quadro VIII e IX).

QUADRO VIII - Taxa de natalidade, de mortalidade e de fecundidade em Portugal, em 1995, no contexto da Europa Comunitária

PAÍSES	TAXA DE NATALIDADE GERAL‰	TAXA DE MORTALIDADE GERAL‰	TAXA DE FERTILIDADE TOTAL
Bélgica	12,42 (1992)	10,37 (1992)	1,70 (1993)
Dinamarca	13,34	11,74 (1994)	1,80
Alemanha	9,43 (1994)	10,84 (1994)	1,30 (1993)
Grécia	9,71	9,58	1,40 (1993)
Espanha	9,87 (1993)	8,69 (1993)	1,20 (1993)
França	12,52	8,98 (1994)	1,65 (1994)
Irlanda	13,49	9,00 (1993)	1,87
Itália	9,18	9,68 (1993)	1,20
Luxemburgo	13,23	9,03	1,72 (1994)
Holanda	12,32	8,68 (1994)	1,60 (1994)
Reino Unido	12,49	10,75 (1994)	1,72
Portugal	**10,81**	**10,48**	**1,41**

Fonte: *WHO, Health for all 2000*

QUADRO IX - Esperança de vida à nascença em Portugal, em 1995, no contexto da Europa Comunitária

PAÍSES	HOMENS	MULHERES	TOTAL (H M)
Bélgica	73,06 anos	79,94 anos	76,54 anos (1992)
Dinamarca	72,85 »	78,27 »	75,56 » (1994)
Alemanha	73,16 »	79,71 »	76,59 » (1994)
Grécia	75,22 »	80,47 »	77,82 »
Espanha	74,09 »	81,41 »	77,75 » (1993)
França	74,42 »	82,83 »	78,62 » (1994)
Irlanda	72,58 »	78,22 »	75,33 » (1993)
Itália	74,55 »	81,05 »	77,85 » (1993)
Luxemburgo	73,58 »	81,05 »	77,41 »
Holanda	74,67 »	80,53 »	77,67 » (1994)
Reino Unido	74,18 »	79,61 »	76,96 » (1994)
Portugal	**71,31 »**	**78,65 »**	**74,98 »**

Fonte: *WHO, Health for all 2000*

A taxa de natalidade mais elevada no conjunto dos países da Europa Comunitária verifica-se na Irlanda, Dinamarca e Luxemburgo com valores superiores a 13‰, enquanto as mais baixas se encontram na Itália, Alemanha, Grécia e Espanha, cujos valores não chegam a atingir 10‰. Portugal encontra-se imediatamente a seguir a estes países com uma taxa de 10,81‰, inferior à média comunitária (11,57‰).

A taxa de fertilidade total, segue a mesma tendência, verificando-se que a Irlanda (com 1,87 filhos por mulher), a Dinamarca (com 1,8) e o Luxemburgo (com 1,72) são os países cujas taxas de fertilidade são mais elevadas; a Alemanha com 1,3, a Itália e a Espanha com 1,2 filhos por mulher são os países cuja taxa é menor. Portugal, com uma taxa de fertilidade de 1,41, encontra-se abaixo da média Comunitária (1,55).

A Dinamarca apresenta a taxa de mortalidade geral mais elevada (11,74‰), seguida pela Alemanha (10,84‰) e pelo Reino Unido (10,75‰); as taxas menos elevadas verificam-se na

Holanda, Espanha e França cujos valores se situam abaixo dos 9‰. Portugal com uma taxa de mortalidade geral de 10,48‰, apresenta um valor acima da média Comunitária, que se situa em 9,82‰.

No contexto da Europa Comunitária, os países com maior esperança de vida à nascença, considerando em conjunto os dois sexos, são a França, Itália e a Grécia, rondando os 78 anos, sendo que a França ultrapassa mesmo esse limiar. Portugal é o país da Europa Comunitária, cuja esperança de vida à nascença, apresenta o menor valor (74,98 anos).

CAPÍTULO II : CONSEQUÊNCIAS E IMPLICAÇÕES DO ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

1.-Consequências do Envelhecimento Demográfico

O peso crescente de idosos e muito idosos tem para a sociedade, uma série de consequências cujas implicações e procura de soluções vão constituir seguramente um dos maiores problemas sociais do próximo século (16). As consequências deste progressivo e constante envelhecimento populacional são de vária índole. Entre elas podem citar-se:

1.1) *Consequências Económicas*: Diminuição da população activa; aumento da população dependente; aumento das despesas com as prestações da Segurança Social e aumento das despesas com a saúde;

1.2) *Consequências Sociais*: Dificuldade de substituição de gerações; diminuição da mobilidade social; alterações nas relações profissionais; alterações nas relações familiares; conflitualidade entre gerações e necessidades acrescidas de Instituições de Apoio ao Idoso;

1.3) *Consequências Sanitárias*: Aumento da população doente ou em risco de adoecer; aumento do consumo de Cuidados de Saúde Primários; aumento do consumo de Cuidados de Saúde Diferenciados e necessidades acrescidas de pessoal e de Instituições especializadas;

1.4) *Consequências Éticas*: A problemática do doente crónico; a problemática do doente terminal; a problemática da morte e a problemática da protecção e defesa ("*advocacy*").

Estas consequências são universais, revestindo embora aspectos particulares nas diversas sociedades e países, decorrentes de diferentes políticas económicas e culturais.

Muitas das suas soluções não poderão, por isso, ser de aplicação universal, reflectindo naturalmente essa diversidade.

A transição para a ancianidade contrasta muito com outras transições na biografia humana das sociedades contemporâneas, como sejam a adolescência, juventude, casamento e trabalho quer pela compulsividade com que é sofrida, quer pela impreparação cultural em que é feita.

Tornar-se velho, sendo uma questão de idade, fica reduzida a uma questão meramente natural; sendo cultural, cabe aos adultos por si sós inventar-lhe as soluções: organização do tempo, relações sociais, formas de expressão e comunicação. Tão grandes desafios, colocados pela nova situação, têm-se traduzido numa dupla atitude de negatividade a que se remetem as populações idosas: «Não aceitar o que recebem por parte da sociedade» e «não agir sequer para mudá-lo» (17).

Contudo, os problemas referentes à ocupação profissional do idoso face à rapidez da evolução dos conhecimentos e novas tecnologias; à idade da reforma, como reflexo das crescentes dificuldades financeiras com a Segurança Social de um grupo em constante crescimento; à rede social de apoio, institucional ou não; à necessidade de cuidados de saúde para um grupo de risco por perda de autonomia ou maior susceptibilidade à doença; e às questões de natureza ética decorrentes de situações de doença crónica ou terminal ou de morte, maioritariamente encontradas neste grupo etário, não deixarão de ser motivo de reflexão e de investigação, não num futuro mais ou menos próximo, mas de imediato.

2. – Impacto da População Idosa na Saúde

Os avanços na prestação de cuidados de saúde têm melhorado a qualidade de vida da população em geral, e da população idosa em particular. Contudo, o inverso - o impacto do crescimento da população idosa na saúde - é mais difícil de precisar. Com o aumento da idade, é possível uma maior exposição a agentes tóxicos, potencialmente deletérios, uns indiscutivelmente reconhecidos, outros ainda objecto de estudos aturados, para a análise de causalidade (18).

Entre os indiscutivelmente reconhecidos encontram-se o tabaco e as gorduras saturadas. O tabaco contribui inequivocamente para o aumento das doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, assim como para o cancro do pulmão e doenças crónicas do foro respiratório. Os regimes alimentares ricos em gorduras saturadas, têm sido associados a doenças cardíacas e algumas neoplasias, nomeadamente cancro do cólon e possivelmente cancro da mama. Os estilos de vida adoptados pelas sociedades, estão hoje indiscutivelmente associados à qualidade de vida e, por consequência, à qualidade de saúde das populações. O sedentarismo é, hoje, apontado como uma das condições para que as doenças degenerativas crónicas da idade mais avançada se manifestem. A osteoporose, a fraqueza muscular, a inadequada "performance" da actividade cardíaca, são entre outras, resultantes de uma inadequada actividade física.

Indirectamente, a população idosa pode, também, ter efeitos adversos na saúde da população em geral, se a sociedade não possuir recursos adequados para atribuir, de forma equitativa, às necessidades emergentes.

As necessidades crescentes em cuidados de saúde, adequados à especificidade do envelhecimento humano, determinam a concretização de respostas cada vez mais globais,

eficazes e humanizadas, que tenham em conta uma melhor organização e eficiência dos recursos existentes.

A insuficiência de dados sobre o estado de saúde e o grau de autonomia das pessoas idosas em Portugal, bem como a sua diferenciação por regiões, obriga a melhorar a informação para fazer um diagnóstico de situação, a par de medidas concretas que acelerem e melhorem as formas de intervenção necessárias.

Os conhecimentos científicos actuais sobre a importância da promoção da saúde ao longo da vida, para prevenir ou retardar situações de doença ou dependência, sobre os factores de risco e as doenças mais frequentes nas pessoas idosas e sobre o seu impacto nos custos dos cuidados de saúde, exigem a definição de linhas orientadoras para a manutenção de um envelhecimento saudável, a promoção da autonomia e a melhoria da capacidade de intervenção dos prestadores de cuidados.

Considerando que as pessoas idosas são o primeiro recurso para a promoção da sua própria saúde, é necessário encorajá-las a participar.

A escassez de pessoal preparado, nas áreas da gerontologia e da geriatria, as dificuldades sociais no apoio aos idosos com dependência e a insuficiente preparação da própria comunidade sobre as problemáticas do envelhecimento têm vindo a criar situações desumanas e dificuldades familiares, que se agravam nos casos de doenças que requeiram cuidados no domicílio, no ambulatório ou em meio hospitalar.

A necessidade de ter pessoal melhor treinado, para prestar cuidados de saúde às pessoas idosas doentes, exige a sua formação pluridisciplinar, que inclua o conhecimento dos recursos e das condições em que, a nível nacional, regional e local, as pessoas envelhecem.

Os projectos inovadores já existentes, devem constituir experiências que possam dinamizar novos conceitos e novas práticas, para melhorar a qualidade dos cuidados e do acompanhamento das situações.

É desejável conhecer e compreender melhor a realidade da saúde e envelhecimento da população no futuro, e promover novas e melhores abordagens preventivas, curativas e de continuidade de cuidados.

Apesar do aumento continuado da população idosa, apanágio do nosso século, e dos esforços desenvolvidos, as políticas de saúde dos vários países, não encontraram ainda, sistemas que satisfaçam as necessidades das pessoas idosas. Estas e outras preocupações foram sem dúvida o germen que levou o "British Medical Journal" a lançar um projecto de reflexão sobre o envelhecimento, concretizado na publicação em Outubro de 1997, de contribuições de mais de cem jornais médicos de mais de trinta países, estudos e reflexões sobre o envelhecimento populacional.

CAPÍTULO III: ENVELHECIMENTO E SAÚDE

ENVELHECIMENTO E SAÚDE

Um dos maiores desafios feitos à sociedade contemporânea, é a manutenção da saúde e da qualidade de vida da população idosa. A esperança de vida máxima, não se tem alterado substancialmente, contudo, a esperança de vida média, tem aumentado sucessivamente. É o reflexo dos profundos progressos observados na baixa da mortalidade infantil e dos adultos jovens, daí resultando uma maior proporção de pessoas que sobrevivem até idades avançadas (21,22,23 e 24).

O crescimento em número e proporção das pessoas idosas, acarreta alterações sócio-económicas importantes, assim como consequências na saúde das comunidades.

O envelhecimento está associado ao aumento de incapacidades e consequente perda de independência, com diminuição da capacidade de mobilização, de visão e audição, entre outras. Na Grã-Bretanha em 1984-85, a prevalência estimada daqueles que tinham uma incapacidade grave no grupo etário 50-59 anos era menor que 1%, mas aumentava para 13%, naqueles que tinham mais de 80 anos (23). Murray e Lopez estimaram que aos 60 anos, dos anos que nos restam viver, cerca de um quarto, será com alguma incapacidade (25 e 26).

Segundo Fries, a idade de início dos problemas de saúde pode, contudo, aumentar mais rápidamente que o aumento do nosso tempo de vida, resultando numa "compressão da morbilidade" (um pequeno período de incapacidade e doença antes da morte) (27 e 28).

Então, como poderemos reduzir ou adiar o início das incapacidades associadas à idade?

Fries, sugeriu que as pessoas com estatuto sócio-económico elevado, com maior nível educacional, ou com estilos de vida particulares (nomeadamente aqueles que se mantêm

fisicamente activos), parecem experimentar compressão da morbilidade (28). Na verdade, mesmo na Grã-Bretanha, há evidência de alguma melhoria, porque a proporção de homens incapazes de realizar quatro actividades da vida diária em qualquer idade, reduziu-se para metade entre 1976 e 1994 (21 e 29).

A esperança de vida saudável é determinada por um número relativamente limitado de situações crónicas que se tornam mais comuns com o avançar da idade. As suas contribuições variam de acordo com a definição de incapacidade, mas incluem as doenças cardiovasculares, tais como a doença coronária e o acidente vascular cerebral; as doenças músculo-esqueléticas, tais como a artrite e a osteoporose que podem levar a fracturas; distúrbios neurodegenerativos, tais como perdas de memória e demência; distúrbios neuropsiquiátricos, como a depressão; neoplasias, nomeadamente do pulmão, da mama, da próstata e colo-rectal; e outras situações degenerativas, tais como perda de visão por cataratas, degenerescência macular e glaucoma, e perda da capacidade auditiva. A redução ou o adiamento destas condições podem, não só reduzir a morte prematura e aumentar a longevidade, como também e sobretudo, diminuir o período de doença, para que as pessoas se sintam saudáveis até perto da morte.

A grande variação da prevalência das doenças crónicas em diferentes comunidades mostra que uma grande proporção de doenças crónicas associadas à idade podem ser prevenidas, ou pelo menos adiadas. Existem vários exemplos da relação entre a idade e a frequência de doenças crónicas em diferentes países. É o que se observa com a doença isquémica do coração, o cancro da mama e o cancro da próstata, no Reino Unido, Espanha e Japão. De observar que os japoneses evidenciam um menor aumento daquelas doenças, com a idade, do que os britânicos e espanhóis (30). Os estudos dos fluxos migratórios de populações, mostram que estas diferenças parecem estar mais ligadas ao meio ambiente do que a factores genéticos. Nos últimos 30 anos, a taxa de mortalidade específica para a doença cardiovascular, reduziu-se a metade no Japão e Estados Unidos da América, mas duplicou na Hungria (31).

Nos últimos anos a frequência de fracturas do colo do fémur, duplicou em vários países, nomeadamente na Grã-Bretanha, Hong-Kong e Suécia (32 e 33). Na Grã-Bretanha, por exemplo, cerca de 50000 fracturas do colo do fémur ocorrem anualmente. A projecção para o ano 2020, é que aquele número aumente para 120000.

Existem diferenças regionais e sociais, quanto à mortalidade geral, que é muitas vezes usada como indicador global do estado de saúde duma comunidade. Durante a vida adulta, homens da classe social V, (a mais inferior da escala), têm cerca de duas vezes a mortalidade de homens da classe social I (22, 29 e 34).

As alterações fisiológicas provocadas pela idade, e por consequência a ocorrência dos seus sinais e sintomas clínicos, varia muito de pessoa para pessoa e em diferentes circunstâncias.

Em algumas comunidades espalhadas por diferentes partes do mundo, a tensão arterial, os níveis de colesterol ou os níveis de glicemia não aumentam substancialmente com a idade; o que parece indiciar que o aumento destes factores de risco, não estão necessariamente ligados ao processo de envelhecimento. Estas comunidades têm também baixas taxas de doença cardiovascular, mesmo entre pessoas idosas. Estudos sobre populações migrantes mostram que as causas primárias das doenças são ambientais e não genéticas.

Os membros da tribo Luo no Quénia, têm uma tensão arterial normal, enquanto vivem no meio rural (seu habitat natural), porém a sua tensão arterial aumenta com a idade, quando se deslocam para o ambiente urbano de Nairóbi (35). Os japoneses possuem mais baixos níveis de colesterol plasmático e menores taxas de doença coronária que os americanos brancos, mas os japoneses emigrados para os Estados Unidos da América têm muito maiores concentrações plasmáticas de colesterol e mais elevada taxa de doença cardíaca do que os japoneses no Japão (36). Populações usando dietas dos monges budistas têm baixas concentrações plasmáticas de colesterol, semelhantes às encontradas nos japoneses a viverem no Japão, mas japoneses da marinha dos Estados Unidos da América com regimes dietéticos americanos,

têm altas concentrações de colesterol, semelhantes às observadas nos americanos da marinha (31 e 37). Mulheres holandesas a viver nas Antilhas têm uma maior densidade óssea e uma menor taxa de fracturas que as mulheres holandesas, da mesma idade, a viver na Holanda (38).

Muitas das doenças associadas ao envelhecimento reflectem deterioração de funções fisiológicas. Com o avançar da idade a tensão arterial e a concentração plasmática do colesterol geralmente aumentam, conduzindo a um risco acrescido de doenças cardíacas e acidentes vasculares cerebrais; a tolerância à glicose diminui e a resistência à insulina aumenta, conduzindo à diabetes; a pressão intraocular aumenta, levando ao glaucoma e consequente perda de visão; e a deterioração da função imunológica, resulta num aumento do risco de doenças infecciosas e a possibilidade de algumas neoplasias. A perda da massa óssea aumenta o risco de fracturas; a degenerescência neuronal resulta em perdas da função cognitiva e demência; a degenerescência cartilagínea em artroses e artrites; e a perda da massa muscular em falta de força física.

Numerosas teorias explicam o processo de envelhecimento e muitas sugerem que a senescência resulta da acumulação de danos irreparáveis.

Kirkwood e Wolff (1995) sugerem que a diferente duração de vida das diversas espécies reflecte o investimento atribuído aos recursos metabólicos para a subsistência e reprodução os quais têm evoluído em resposta a circunstâncias extrínsecas (39). Quer isto dizer que, mais do que um simples mecanismo para o envelhecimento, existem vários tipos de mecanismos, metabolicamente muito dispendiosos, tais como mutações do DNA, defeitos mitocondriais, danos provocados pelos radicais livres de oxigénio e acumulação de proteínas aberrantes. Sejam quais forem os mecanismos envolvidos, eles levam a uma progressiva e generalizada incapacidade funcional e perda da resposta adaptativa ao stress, aumento do risco de doenças crónicas e, aumento da possibilidade de morte precoce. O processo biológico do

envelhecimento e as suas manifestações clínicas reflectem a interacção entre a nossa herança genética e o meio ambiente em que nos movemos. Na verdade, é reconhecido que existe enorme variação de fenótipos em indivíduos com a mesma carga génica e que a expressão genética e função é profundamente modificada por factores ambientais. Então, enquanto a duração de vida máxima é provavelmente geneticamente determinada, o modo de alcançar a duração de vida máxima mas de boa saúde, parece ser largamente determinada pelo meio ambiente e estilos de vida saudáveis, que entretanto adoptarmos.

Cada vez com mais frequência, surgem evidências que confirmam que ao longo da vida, as possibilidades de envelhecer com sucesso podem ser aumentadas. Na vida intra-uterina e na vida pós-natal precoce, a saúde da mãe desempenha um papel crucial, no futuro desenvolvimento da criança e Barker (1994) sugere que o nível nutricional da mãe joga um papel fundamental (40). O crescimento e desenvolvimento de órgãos vitais, tais como o cérebro, músculos, ossos e vasos sanguíneos durante a infância e adolescência, constituem reservas que podem afectar positiva ou negativamente as capacidades individuais no futuro. Por exemplo, a ingestão adequada de ácidos gordos, ou o contacto com novas realidades e acontecimentos na infância, influencia o desenvolvimento cerebral; e a ingestão adequada de cálcio e a actividade física, influencia a massa óssea no jovem e por consequência, melhora, reduzindo, os sinais e sintomas da osteoporose nas idades mais avançadas. Na idade adulta, podem ainda tomar-se medidas no sentido de reduzir danos (doenças transmissíveis, tóxicos), aumentar a protecção contra danos (antioxidantes, imunomodeladores) ou prevenir perdas (manutenção de actividade física e mental).

As teorias dos "radicais livres" e da " função imunológica" no envelhecimento, dão-nos indicações para intervenções possíveis. Os radicais livres são moléculas produzidas como subprodutos do metabolismo celular, que causam a oxidação de componentes celulares, nomeadamente proteínas, ácidos nucleicos e membranas. Os danos provocados pelos radicais

livres em diferentes tecidos, têm sido apontados como responsáveis por neoplasias, doenças respiratórias, demência, doenças cardiovasculares e doenças oculares tais como degenerescência da mácula e cataratas. A exposição a infecções, tóxicos, fumo ou ingestão abundante de gorduras saturadas, estão associadas ao aumento de produção e, por consequência, de danos provocados pelos radicais livres. Os antioxidantes tais como a vitamina C, os carotenos, a vitamina E, ou o selénio podem diminuir os danos provocados pelos radicais livres de oxigénio.

A teoria da imunidade sugere que a capacidade funcional do sistema imunitário diminui ao longo da vida, com a involução do timo e deterioração das células germinais, e isto está associado ao aumento da incidência de infecções, neoplasias e outras doenças imunológicas (41).

O risco de doenças cardiovasculares aumenta, com a elevação da tensão arterial e dos níveis plasmáticos de colesterol (42, 43 e 44). Estudos de intervenção têm mostrado que a redução da tensão arterial em 6 mmHg, reduz o risco de acidente vascular cerebral em 40% e doença cardíaca em 15%, do mesmo modo a redução de 10% dos níveis plasmáticos de colesterol, reduzirá o risco de doença coronária em 30% (45 e 46). A redução da tensão arterial e dos níveis plasmáticos de colesterol em pessoas idosas, pode ter um efeito positivo na diminuição da frequência das doenças cardiovasculares. Os valores exactos para os níveis da tensão arterial e concentração plasmática de colesterol, para os quais garantidamente, as atitudes medicamentosas são consideradas, ainda hoje são temas de discussão. Estudos observacionais e ensaios, têm demonstrado que uma dieta rica em gorduras saturadas, está associada a níveis elevados de colesterol plasmático, e por consequência, elevada frequência de doença coronária; que a dieta rica em sal, é responsável pelo aumento da tensão arterial e de acidentes vasculares cerebrais; que pequenas reduções na ingestão de gorduras saturadas e sal têm um impacto positivo nas doenças cardiovasculares (47, 48 e 49). Outra evidência disponível,

mostra que o aumento do consumo diário de fruta e vegetais diminui o risco de doença cardiovascular em 30% (50).

Na prevenção secundária que pode ser generalizada à população idosa, uma vez que grande parte dela tem já doença estabelecida, há evidências que demonstram que a ingestão de peixe gordo duas vezes por semana, diminui a mortalidade cardiovascular em 30% (51) e que a "dieta mediterrânica" reduz a mortalidade em 70%, quatro anos após o evento (52).

Uma baixa massa óssea aumenta o risco de fracturas (53), nomeadamente fracturas do colo do fémur e das vértebras as quais podem ser reduzidas de 30 a 50% se as pessoas em risco forem aconselhadas a suplementarem a sua dieta em vitamina D e cálcio ou bifosfonatos (54 e 55).

Tal como nas doenças cardiovasculares, o tratamento preventivo com fármacos, está em grande discussão, mas o que parece ser incontroverso é que, na população idosa, o risco de fracturas pode ser reduzido, com uma adequada ingestão de cálcio e vitamina D.

Para muitas outras doenças crónicas, existem evidências inequívocas de que os factores ambientais (incluindo os estilos de vida) desempenham um papel relevante no seu desenvolvimento. O hábito de fumar é, por si só, uma das causas mais frequentes de saúde precária e incapacidade (56); o benefício da abstenção de fumar, em termos da função respiratória e de doenças cardiovasculares, mesmo em idades mais avançadas, é sempre válido.

Os hábitos alimentares, desempenham um papel crucial na saúde ao longo da vida. À restrição calórica, está associada a ideia de que se atrasa o envelhecimento, porque existem provas experimentais, de que a restrição alimentar rigorosa, aumenta a longevidade em ratos sobreviventes. Contudo, estes estudos em ratos, rigorosamente controlados e em condições experimentais não são extrapoláveis para o homem (57), e estudos prospectivos populacionais, têm mostrado uma relação inversa entre mortalidade e ingestão calórica (58). Uma maior ingestão calórica associada a melhor saúde, pode reflectir melhores níveis de

actividade física ou maior ingestão de nutrientes protectores (59 e 60). Na verdade, o envelhecimento pode estar associado à perda da capacidade de processamento de nutrientes essenciais, por exemplo, dificuldade na síntese de vitamina D na pele, e dificuldade na absorção de nutrientes: daí as pessoas idosas poderem necessitar de aumentar a ingestão de certos nutrientes.

Numerosos outros nutrientes têm sido objecto de interesse, incluindo o grupo das vitaminas do complexo B, tais como a vitamina B12 e a piridoxina (que têm sido envolvidas na função neuronal) e os folatos e possivelmente a riboflavina (envolvidos no metabolismo da homocisteína). Contudo, ensaios com suplementos de vitaminas antioxidantes, têm sido desanimadores (61, 62 e 63). Todavia, a ingestão abundante de fruta e vegetais, tem sido mais consistentemente associada a efeitos protectores da saúde, nomeadamente na degenerescência da mácula, perdas de visão, cataratas, doença respiratória e neoplasias, tais como cancro da mama, do estômago e colo-rectal (64, 65 e 66).

Se bem que possamos não conhecer com precisão quais os nutrientes responsáveis por determinadas acções, incontroverso é o facto de que determinados modelos dietéticos se relacionam com uma boa saúde (67, 68, 69 e 70).

Em 1994, recomendações do "Committee on Medical Aspects of Food Policy", realça a importância da ingestão adequada de nutrientes, tais como vitaminas e minerais, que podem ser alcançados através de regimes dietéticos ricos em fruta, vegetais e carbohidratos tais como arroz, pão e leguminosas (70). Também a redução da ingestão de sal e gorduras saturadas que pode ser alcançada com a diminuição da ingestão de alimentos previamente confeccionados (muito frequente nas dietas ocidentais) ou substituição por alimentos pobres em gorduras ou óleos ricos em ácidos gordos insaturados. Estas, são dietas características do Japão e ilha de Creta, que têm verificado os maiores incrementos na esperança de vida média.

A actividade física parece proteger contra muitas doenças, tais como doenças cardiovasculares, osteoporose e fracturas, diabetes, cancro da mama e colon (71 e 72). Que actividade física desenvolver e com que intensidade? São perguntas que se colocam e cujas respostas não são ainda claras. Contudo, actividades moderadas tais como caminhar, jardinagem e exercícios de manutenção parecem proporcionar uma melhor qualidade de vida entre as pessoas idosas.

CAPÍTULO IV: ENVELHECIMENTO E DOENÇA

1. – Envelhecimento e Doença

Embora as consequências fisiológicas do envelhecimento se façam sentir cada vez mais tarde e grande número de idosos conserve, durante muitos anos, razoável estado de saúde e de vitalidade, os indivíduos deste grupo etário são, pela sua diminuição física, psíquica e social, muito mais vulneráveis à doença e à morte.

A sua menor resistência aos factores agressores de qualquer natureza, a sua reduzida capacidade de adaptação, a maior lentidão e dificuldade de reposição do equilíbrio alterado, a maior morbilidade e mortalidade por causas fisiopatológicas, são determinantes de um padrão próprio de doença no idoso. Este padrão caracteriza-se fundamentalmente pela patologia múltipla, complicações frequentes e graves, com apresentação e expressão frustes ou atípicas, estreita relação com componentes sociais, cronicidade, incurabilidade e elevada mortalidade. Partindo deste padrão de doença, recomenda-se e estimula-se a adopção de medidas preventivas a diversos níveis neste grupo etário. Estas medidas tinham poucos defensores ainda há três ou quatro décadas atrás, quando a duração média de vida mal atingia os 65 anos de idade. Contudo, alguns (73) então já questionavam: o idoso é, ainda, um ser educável? O período socialmente considerado de declínio, (a velhice) constitui ainda, uma fase de desenvolvimento? Os padrões ideais de desenvolvimento humano podem fechar-se definitivamente aos traços que outrora foram de diferença ou mesmo de exclusão? Os processos e espaços sociais capazes de manter a plasticidade do ancião como «ser inacabado» terão que ser necessariamente os que o promoveram à idade adulta? Os valores pós-abundância, no equilíbrio dinâmico da sobriedade e da solidariedade, podem devolver outro prazer ao viver? Ser ancião pode ser a metáfora que falta à cultura industrial, depois de ter sido confrontada com a cultura operária, com a cultura juvenil, com a cultura feminina?

Perguntas de ontem a que hoje procuramos dar – porque a têm – uma resposta combinada, ou seja, concertada e específica.

2. – Morbilidade e Mortalidade

Se ser idoso não significa necessariamente ser doente, todos os estudos epidemiológicos concluem, no entanto, pela maior morbilidade e mortalidade neste grupo etário. Salvaguardando raras excepções decorrentes de factores geográficos ou conjunturais, as principais doenças que atingem e são causa de morte dos idosos são as mesmas em qualquer país, pese embora a divergência nas frequências encontradas (10). Tal facto reflecte o impacto do aumento da longevidade e da melhoria dos cuidados de saúde que, embora em grau diferente, se verificam a nível global.

No início do século a grande causa de morte dos idosos eram as afecções de carácter agudo e de etiologia infecciosa, predominando entre estas a pneumonia, as complicações gripais e a tuberculose. As doenças cardio e cerebrovasculares e os tumores malignos, viam assim, a sua importância relegada para segundo plano.

Hoje, nos países "ocidentais", o primeiro lugar na mortalidade deste grupo etário deve-se às doenças do foro cerebrovascular e cardiovascular seguidas dos tumores malignos; as doenças do aparelho respiratório, foram ultrapassadas pelas primeiras mantendo-se entre estas, a pneumonia e as complicações gripais como causa major, particularmente durante o Inverno, época em que chegam a atingir o primeiro lugar.

As alterações verificadas na segunda metade deste século, relativamente às taxas de morbilidade e mortalidade, devem-se não só à melhoria dos cuidados de saúde (quer a nível técnico e científico quer a nível organizativo), mas também, à melhoria das condições sociais, económicas e culturais, entretanto verificadas e, à maior consciencialização da

responsabilidade individual e colectiva na prevenção e promoção da saúde na comunidade. Portugal, não foi excepção como se pode observar no quadro X (74).

QUADRO X – Estrutura Percentual de óbitos, por grupos etários e causas de morte, Portugal, 1995

Causas de morte (Capítulos da CID-9) Doenças e/ou Causas	Total	<1 ano	1-4 anos	5-14 anos	15-64 anos	≥65 anos
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Infecciosas e parasitárias (I)	1,87	3,89	7,73	3,84	5,74	0,72
Tumores (II)	19,73	1,01	8,15	15,35	28,43	17,50
Endócrinas e metabólicas, transtornos imunitários e deficiências nutricionais (III)	3,35	1,26	3,00	1,79	2,19	3,71
Do sangue e órgãos hematopoéticos (IV)	0,25	0,13	2,15	0,51	0,23	0,25
Transtornos mentais (V)	0,38	-	0,43	-	0,29	0,41
Do sistema nervoso e órgãos dos sentidos (VI)	0,96	5,28	11,59	9,97	1,43	0,71
Do aparelho circulatório (VII)	41,89	0,38	2,15	3,32	20,94	48,56
Do aparelho respiratório (VIII)	7,66	2,64	2,15	3,84	4,19	8,73
Do aparelho digestivo (IX)	4,37	1,13	0,43	1,28	7,64	3,50
Do aparelho genito-urinário (X)	1,49	0,25	0,89	0,51	0,99	1,65
Complicações da gravidez, parto e puerpério (XI)	0,01	-	-	-	0,04	-
Da pele e tecido celular subcutâneo (XII)	0,13	-	-	-	0,06	0,15
Do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (XIII)	0,22	0,13	-	0,26	0,29	0,20
Malformações congénitas (XIV)	0,31	29,64	11,16	4,09	0,18	0,01
Afecções perinatais (XV)	0,33	43,21	-	-	-	-
Sintomas, sinais e afecções mal definidas (XVI)	11,42	7,16	13,73	15,09	10,91	11,59
Lesões e envenenamentos (XVII)	5,63	3,89	36,48	40,15	16,45	2,31
Óbitos segundo a causa externa	5,63	3,89	36,48	40,15	16,45	2,31
Acidentes (E47-E53)	3,80	3,02	28,33	33,50	11,10	1,52
Suicídios e lesões auto-infligidas (E54)	0,78	-	-	0,77	2,21	0,38
Homicídios (E55)	0,16	0,75	-	1,02	0,58	0,03
Outras violências (E56)	0,89	0,13	8,15	4,86	2,57	0,38

Fonte: *INE, Estatísticas da Saúde*

Verifica-se assim que as doenças do aparelho circulatório constituem a primeira causa de morte entre os nossos idosos. Dentro deste grupo nosológico a alta prevalência, incidência e mortalidade, por acidentes vasculares cerebrais, parece reflectir alguma especificidade decorrente provavelmente da grande prevalência de hipertensão arterial entre nós.

No respeitante à mortalidade por tumores malignos e por doenças do aparelho respiratório, que constituem respectivamente a segunda e a terceira causas de morte, a sua posição relativa no quadro da mortalidade é idêntica à observada em outros países da Comunidade Europeia, com excepção para a taxa de mortalidade por neoplasia gástrica, em Portugal (168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175).

Convém fazer uma chamada de atenção para outras causas de morte na população idosa, porventura menos conhecidas, mas passíveis de algumas medidas preventivas que tornem estes números menos preocupantes. Referimo-nos aos envenenamentos, aos acidentes e aos suicídios que no seu conjunto representam 4,2% da mortalidade verificada nos nossos idosos, entre todas as causas de morte em 1995.

Em termos de morbilidade, a elevada prevalência de determinadas patologias na população idosa do nosso país não apresenta assinaláveis diferenças geográficas.

Os dados obtidos no Inquérito Nacional de Saúde, realizado em 1995/1996, mostra que as patologias mais prevalentes são as doenças do aparelho circulatório, as doenças do sistema osteomuscular, as doenças do aparelho respiratório e as doenças do aparelho digestivo (quadro XI) (75).

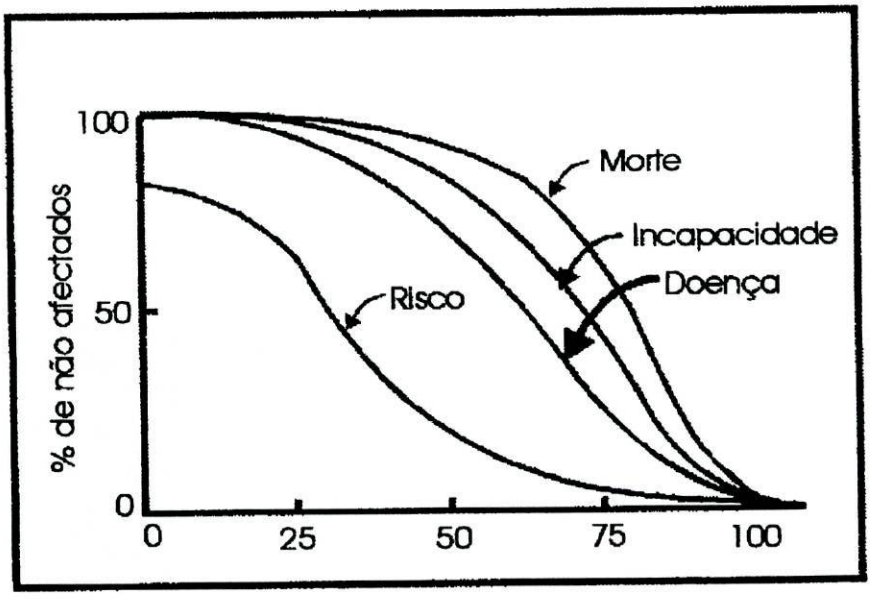
Uma chamada de atenção para um facto que se verifica habitualmente nos estudos deste tipo, feitos por inquirição ou autoreferência dos idosos. Referimo-nos à pouca expressão que podem ter certas patologias incapacitantes com muito peso neste grupo etário tais como as

diminuições sensoriais, mnésicas e locomotoras, frequentemente associadas à má qualidade de vida do idoso ou à sua perda de autonomia.

Essa falta de expressão resulta da ideia que os idosos e os indivíduos em geral fazem do envelhecimento, considerando essas diminuições como naturais e inerentes ao próprio envelhecer, não fazendo por isso sentido referi-las. Cabe aos profissionais de saúde inquirir da sua presença, da sua gravidade e da repercussão que têm na qualidade de vida do idoso.

Importa ainda, referir um outro facto bem evidente nos estudos de morbilidade e mortalidade. É o da progressiva confluência das curvas que exprimem a acção dos factores de risco, da incapacidade, da morbilidade e da mortalidade, à medida que aumenta a longevidade (Figura 1) (10).

Figura 1 Relações entre o risco de envelhecimento e a doença



A figura mostra que o número de afectados expresso por aqueles indicadores, tende a confluir inevitavelmente com o aumento da idade. Esta confluência decorre da usura do organismo e da dificuldade crescente que o idoso tem em manter ou repor o seu equilíbrio homeostático

após cada agressão. A consequente diminuição funcional, expressa em progressiva incapacidade para as actividades de vida diária e em crescente dependência, é uma factura a pagar ao aumento da longevidade e implica frequentemente tomadas de posição com forte componente ética, quando está em causa o futuro do idoso doente.

QUADRO XI – Prevalência da morbilidade (população inquirida segundo o grupo etário e sexo que referiu alterações do estado de saúde, nos três últimos meses que antecederam a inquirição, por causas. Portugal Continental, 1995/1996)

Grupos Doenças. (CID-9) *	0-14 anos			15-24 anos			25-44 anos			45-64 anos			≥65 anos			Total					
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	%	M	%	HM	%
Grupo I	56	51	107	15	32	47	22	38	60	26	42	68	21	24	45	140	1,7	187	1,6	327	1,6
Grupo II	5	4	9	4	4	8	9	48	57	47	92	139	42	45	87	107	1,3	193	1,7	300	1,5
Grupo III	6	10	16	14	25	39	47	68	115	193	216	409	138	211	349	398	4,8	530	4,5	928	4,7
Grupo IV	13	9	22	3	9	12	6	25	31	11	36	47	14	25	39	47	0,6	104	0,9	151	0,8
Grupo V	16	16	32	21	39	60	77	109	186	51	80	131	16	29	45	181	2,2	273	2,3	454	2,3
Grupo VI	112	118	230	67	103	170	119	161	280	139	184	323	129	171	300	566	6,8	737	6,3	1303	6,5
Grupo VII	5	6	11	17	29	46	66	160	226	373	595	968	537	769	1306	998	12,0	1559	13,4	2557	12,8
Grupo VIII	479	428	907	249	260	509	227	319	546	242	325	567	215	274	489	1412	17,0	1606	13,8	3018	15,1
Grupo IX	122	112	234	146	156	302	297	270	567	323	328	651	189	241	430	1077	13,0	1107	9,5	2184	10,9
Grupo X	25	28	53	11	83	94	48	252	310	124	263	387	148	109	257	356	4,3	745	6,4	1101	5,5
Grupo XI	-	-	-	-	10	10	-	61	61	-	1	1	-	-	-	-	-	72	0,6	72	0,4
Grupo XII	54	52	106	70	96	166	79	86	165	96	72	168	51	64	115	350	4,2	370	3,2	720	3,6
Grupo XIII	44	34	78	90	91	181	217	338	555	429	846	1275	274	584	858	1054	12,7	1893	16,2	2947	14,8
Grupo XIV	16	8	24	5	5	10	4	9	13	7	7	14	6	9	15	38	0,5	38	0,3	76	0,4
Grupo XV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grupo XVI	175	174	349	97	184	281	183	349	532	304	595	899	278	513	791	1037	12,5	1815	15,6	2852	14,3
Grupo XVII	88	63	151	129	60	189	143	81	224	114	131	245	54	97	151	528	6,4	432	3,7	960	4,8
Total	1216	1113	2329	938	1186	2124	1544	2384	3928	2479	3813	6292	2112	3165	5277	8289	100,	11661	100,	19950	100,
Ignorados	2	4	6	2	27	29	1	74	75	4	3	7	3	3	6	12	-	111	-	123	-

Fonte: *DEPS, Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996*

* ver código dos grupos no anexo *i*

CAPÍTULO V: ENVELHECIMENTO E CUIDADOS DE SAÚDE

1. – Envelhecimento e Cuidados de Saúde

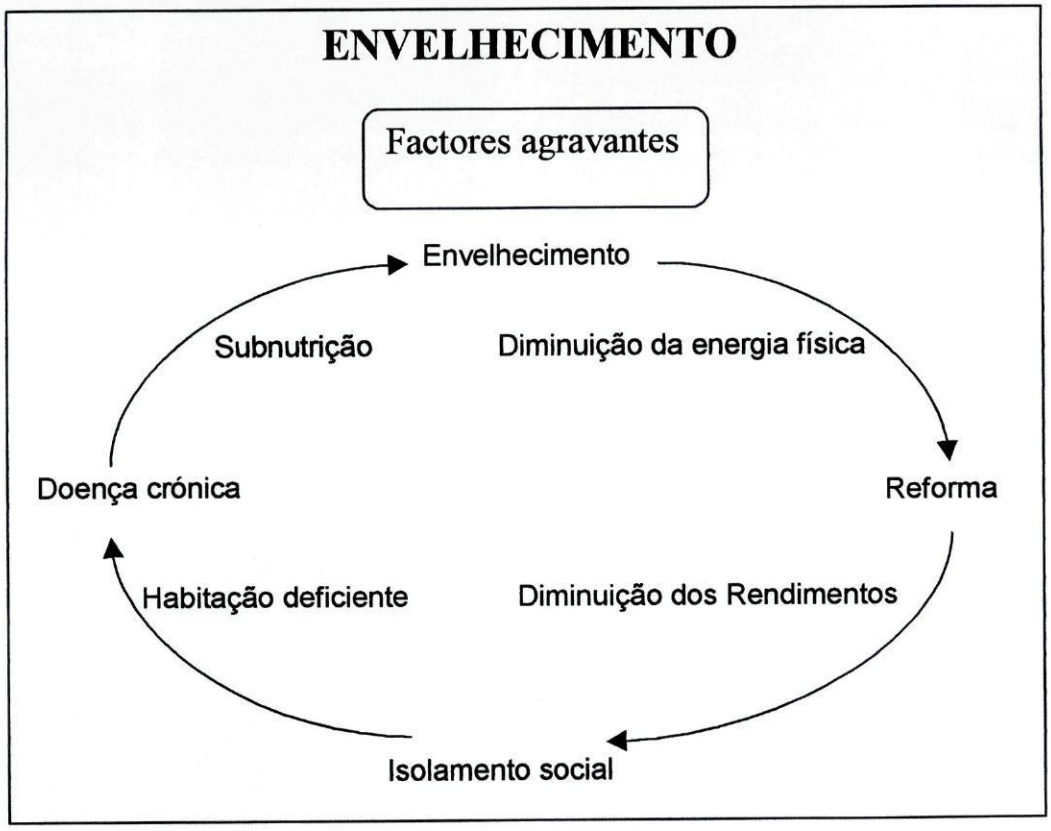
As considerações de ordem demográfica e epidemiológica, entretanto já expressas, levam-nos a concluir que a organização, prestação e suporte dos custos dos cuidados de saúde prestados aos idosos, constituirão com certeza um problema progressivamente incontornável e preocupante. Os pressupostos deste problema são, fundamentalmente: O crescente número de idosos e muito idosos; a polipatologia e cronicidade das doenças neste grupo etário; o suporte financeiro dos cuidados de saúde e o suporte assistencial.

Se o primeiro pressuposto é inevitável, o segundo, no actual estado do conhecimento científico, poderá ser parcialmente controlável através de medidas preventivas. Os dois últimos só dificilmente serão solucionáveis sem alterações profundas da ordem sócio-económica e política em que vive a sociedade contemporânea.

Mas os grandes problemas que afligem os idosos neste fim de século, não se limitam à doença, dadas as perspectivas de resolução que o rápido avanço científico permite admitir. Outros terão, talvez, maior importância na óptica do idoso, porque mais determinantes da sua qualidade de vida futura. Pelo menos assim são referidas, com frequência, questões como a solidão (no sentido da perda dos contactos familiares e sociais que enformaram o seu conceito de vida) e o isolamento, a carência de recursos económicos ou de suporte social, a perda de autonomia (condicionante da sua incapacidade e dependência). Estes problemas, apesar de aparentemente não se perfilarem como problemas de saúde, efectivamente, são-no numa perspectiva de Cuidados de Saúde Primários, havendo necessidade de estabelecer prioridades afim de serem encontradas soluções ou alternativas que permitam uma melhor adequação às necessidades sentidas pelos idosos.

A solução dos problemas decorrentes do crescente envelhecimento populacional não pode ser, por isso, unidireccional, passa por actividades multisectoriais e multiprofissionais. Encarar e tentar resolver só o problema da doença, é deixar que outros factores perpetuem o círculo vicioso em que o idoso pode facilmente cair e que são , por si só, geradores de doença (Figura 2) (10).

Figura 2. Factores agravantes do envelhecimento



No respeitante aos serviços é já hoje evidente que os idosos são os maiores consumidores de cuidados de saúde, quer a nível do ambulatório quer a nível hospitalar. Este grupo etário representa o maior número de consultas/ano, o maior número de visitas domiciliárias/ano, o maior consumo de medicamentos, a maior taxa de ocupação de camas e a maior duração

média de internamento. Estes parâmetros só poderão vir a melhorar se forem definidas e implementadas novas estratégias de intervenção nos cuidados geriátricos. Deste modo, os serviços que prestam cuidados às pessoas idosas devem procurar ser: (76)

a) *Abrangentes* - assegurando todas as ajudas sociais, habitacionais e de saúde de que a pessoa necessita para viver, envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados, sempre que possível.

b) *Equitativos* - providenciando para que as pessoas idosas, com mais dificuldades ou maior deficiência, tenham as mesmas possibilidades de satisfazer as suas necessidades globais.

c) *Acessíveis* - tendo em conta o grau de instrução e a capacidade de mobilidade da pessoa idosa. Alguns serviços terão de ser prestados no domicílio.

d) *Oportunos* - respondendo rapidamente às situações mais urgentes.

e) *Integrados* - englobando os problemas das pessoas idosas e dos familiares que lhes prestam cuidados.

f) *Coordenados* - assegurando a interligação entre os serviços ou entidades prestadoras de cuidados, de forma a garantir respostas globais, coerentes e adequadas.

g) *Planeados* - estudando e promovendo as necessidades da população idosa de forma a garantir o conveniente planeamento das respostas.

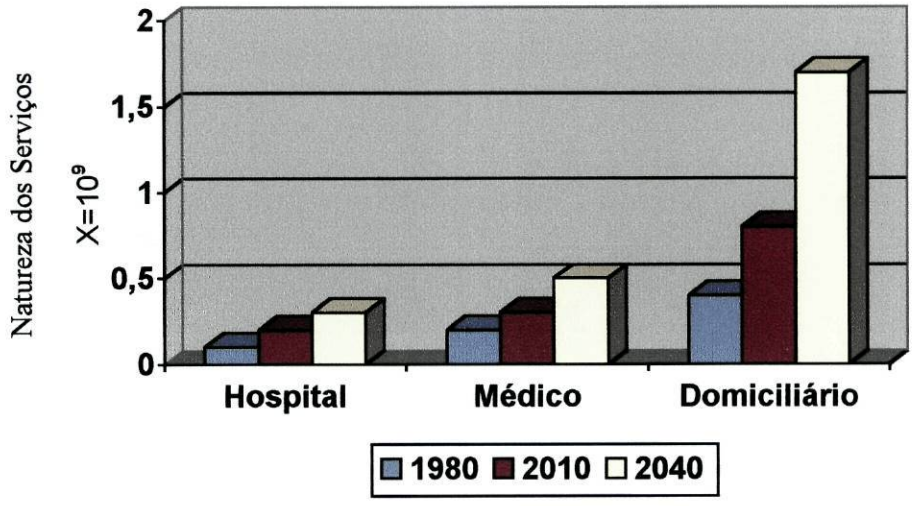
h) *Orçamentados* - tendo em conta o custo/benefício, para a correcta gestão do seu orçamento e a aplicação dos dinheiros às reais necessidades.

2. – Idosos: que Cuidados de Saúde?

As características que actualmente definem a patologia do idoso e que nada faz pensar se venham a alterar, referem-se fundamentalmente à multiplicidade de patologias, ao seu carácter crónico-degenerativo ou definitivo, ao grau de dependência que originam. As

consequências vão reflectir-se no progressivo aumento das consultas, da hospitalização e da institucionalização, como podemos observar nesta projecção feita nos Estados Unidos da América do Norte (Figura 3) (77 e 78).

Figura 3. Idosos e utilização de recursos



No que respeita às consultas do ambulatório, são os Médicos de Família e os outros profissionais dos Centros de Saúde os primeiros, ou os únicos, recursos e interlocutores possíveis para a organização das respostas a esta complexidade de problemas. Os profissionais de Cuidados de Saúde Primários constituem o grupo que, não só, está mais acessível, mas também, melhor conhece a sua realidade. Existe, também, frequentemente, uma ligação forte entre o utente e o prestador de cuidados pelo que, este faz parte da rede social de apoio do idoso. Esta ligação resulta de um conhecimento mútuo que entretanto se foi alicerçando ao longo dos anos, construído, tantas vezes, sobre as perdas que a pessoa idosa foi observando ao longo do seu processo de envelhecimento.

É, portanto, sobre o Clínico Geral/Médico de Família, que irá recair a maior responsabilidade pelos cuidados de saúde ao idoso, prestados no Centro de Saúde ou no domicílio (Quadro XII) (76).

QUADRO XII – Consultas a adultos (Clínica Geral) nos Centros de Saúde em 1995. Ratios por 1000 habitantes

Grupo Etário	Norte	Centro	Lisboa e Vale do Tejo	Alentejo	Algarve	Continente
15 – 44	1429,9	1683,4	1149,7	1320,3	1103,8	1376,7
45 – 64	3056,7	3648,6	2394,5	3440,4	2405,2	2936,2
≥65	4115,4	5503,7	4635,5	5539,8	4064,3	4812,4
Total	2277,8	2981,5	2139,0	2990,6	2121,8	2445,7

Fonte: *DGS, Divisão de Epidemiologia; INE, Estimativas da população residente, 1995.*

E cabe aqui dizer que o domicílio é, na saúde e na doença, o local a privilegiar na assistência e apoio ao idoso. Assim se explica o crescimento que se tem vindo a verificar na prestação de cuidados domiciliários, mais humanizados, mais eficazes e mais baratos. Este crescimento resulta, não apenas, das necessidades sentidas, mas também, do constante aumento das pessoas idosas.

O papel primordial que o Clínico Geral/Médico de Família terá de desempenhar nos cuidados de saúde à população idosa é, desde há muito tempo defendido pela Organização Mundial de Saúde, que no seu relatório técnico nº 779, Genève, 1989 "La Santé des Personnes Âgées" (10) propõe:

a)"As pessoas idosas devem ser reconhecidas como um grupo específico para fins de planificação e de prestação de cuidados;

b) As acções sanitárias em favor das pessoas idosas devem ser plenamente integradas nos Cuidados de Saúde Primários, devendo a maior parte dos idosos continuar a ser tratados pelos profissionais desse escalão de cuidados;

c) A formação desses profissionais em Gerontologia e Geriatria deve ser de um nível que lhes permita diagnosticar e tratar os problemas correntes dos idosos;

d) As actividades especializadas de Geriatria, asseguradas por equipas multidisciplinares capazes de procederem a uma avaliação compreensiva do idoso, devem estar disponíveis para apoiarem os prestadores de Cuidados de Saúde Primários."

É por demais evidente que esta realidade emergente imporá alterações na prática clínica actual dos especialistas de Clínica Geral/Medicina Familiar relativamente a este grupo etário. Terá de passar por mais e melhor formação nesta área; pela redução do número de utentes nos ficheiros com grande percentagem de idosos, dada a necessidade de maior disponibilidade de tempo; pela aposta na educação e promoção da saúde e na prevenção da doença; pelo assumir dos cuidados de saúde ao idoso como tarefa que continua para além das portas do Centro de Saúde e que começa muito antes da idade de se ser cronologicamente velho. Tarefa essa cujos objectivos a Associação Britânica dos Médicos de Clínica Geral assim resume:

- Estabelecer o diagnóstico correcto e a terapêutica adequada; - Manter ou melhorar a capacidade funcional do idoso; - Estimular e orientar os autocuidados; - Detectar factores e situações de risco; -Ter uma visão preventiva; - Estimular e coordenar o trabalho de equipa

- Fazer o ensino do idoso, dos familiares e dos profissionais; - Estabelecer a ligação correcta entre ambulatório e hospital; - Assegurar a facilidade de acesso do idoso aos Serviços Sociais e de Saúde; - Providenciar a prestação de cuidados continuados nas situações crónicas ou definitivas; - Prestar os cuidados adequados aos doentes terminais e moribundos, no domicílio; - Elaborar um plano de assistência ao idoso.

No que respeita aos cuidados hospitalares, deverão ser reservados ao idoso cuja situação por ignorada ou demasiado complexa requeira diagnóstico e terapêuticas diferenciadas. Pressupõe que as unidades hospitalares sejam, também, dotadas de instalações e ambiente próprios para o atendimento deste grupo etário. É bom não esquecer que o idoso, como indivíduo frágil, é muito mais sensível aos riscos da hospitalização e por isso mesmo, e com grande frequência, tem alta do hospital mais fragilizado e mais dependente do que quando foi internado.

Contudo, é inevitável que em algum momento das nossas vidas seja necessário o recurso ao internamento hospitalar, e esta necessidade aumenta à medida que a idade vai avançando. É o que podemos observar no Quadro XIII (76), respeitante às cinco patologias mais importantes geradoras de internamento.

QUADRO XIII – Internamentos hospitalares. Ratios por 1000 habitantes

Patologias	Grupo Etário	HM	H	M
Doenças do aparelho circulatório	0–64	4,7	5,7	3,7
	65–84	38,4	46,6	32,4
	≥85	72,0	83,8	66,8
	Total	10,0	11,1	9,0
Doenças do aparelho respiratório	0–64	4,5	5,4	3,6
	65–84	12,3	17,3	8,6
	≥85	32,6	49,0	25,5
	Total	5,9	7,1	4,7
Lesões traumáticas	0–64	6,0	8,8	3,4
	65–84	9,6	9,1	9,9
	≥85	30,9	24,2	33,9
	Total	6,8	8,9	4,8
Neoplasias	0–64	5,0	3,7	6,2
	65–84	19,5	25,5	15,1
	≥85	20,9	32,0	16,2
	Total	7,1	6,5	7,8
Doenças do aparelho génito-urinário	0–64	4,6	3,0	6,2
	65–84	9,3	11,5	7,7
	≥85	11,3	18,6	8,2
	Total	5,3	4,1	6,5

Fonte: *IGIF, 1995; INE, Estimativas da população residente, 1995*

É de realçar que:

- os idosos em qualquer das patologias supracitadas são os maiores utilizadores;

- com excepção das lesões traumáticas, os maiores ratios de internamentos por sexo, são os dos idosos do sexo masculino;

- o subgrupo de 85 e mais anos apresenta os valores mais elevados.

Neste subgrupo etário, as patologias causadoras de maior número de internamentos hospitalares, por 1000 habitantes, são apresentadas por ordem decrescente de frequência no Quadro XIV (76).

QUADRO XIV – Internamentos hospitalares de pessoas ≥ a 85 anos

Patologias	Ratio por 1000 habitantes
Doenças do aparelho circulatório	72,0
Doenças do aparelho respiratório	32,6
Lesões traumáticas	30,9
Neoplasias	20,9
Doenças do aparelho génito-urinário	11,3

Fonte: *IGIF, 1995; INE, Estimativas da população residente, 1995*

É nos serviços de saúde que as pessoas idosas depositam muitas das suas esperanças, que têm a ver com os seus medos, as suas fragilidades, as suas dificuldades, os seus projectos, (ou a falta destes) os apoios que têm ou a solidão em que vivem.

É fundamental fazer um correcto levantamento das necessidades e, prioritariamente, definir um plano de cuidados quer no âmbito do ambulatório quer no apoio domiciliário.

A prevenção primária, secundária e terciária são um imperativo de actuação, tal como para qualquer outro grupo etário. Contudo, a prevenção neste grupo etário exige ponderação muito reflectida e bom senso, para evitar atitudes que possam conduzir à iatrogenia ou à diminuição da sua qualidade de vida.

A solução institucional, residencial ou hospitalar só deveria ser considerada quando estivessem esgotadas todas as possibilidades de lhes prestar apoio e cuidados no seu contexto social normal, sob pena de desregular um habitualmente ténue equilíbrio psicológico dos

idosos para situações novas, sempre potencialmente ansiogénicas. Por isso, um eventual internamento deve ser rodeado dos melhores e maiores cuidados, sem qualquer discriminação e, inclusive, com algumas particularidades como a duração, que deve ser apenas a indispensável para o diagnóstico ou tratamento.

CAPÍTULO VI: IDOSOS E REDE SOCIAL DE APOIO

1. - A Importância do Cuidado Domiciliário

Desde há vários anos que nalguns países se tem vindo a implementar o sistema de apoio domiciliário às pessoas idosas que dele necessitam. Este sistema permite manter o idoso em sua casa, contribuindo para que não se desfaçam laços socais e culturais, que de outro modo se perderiam irremediavelmente e que tão importantes são para o equilíbrio emocional do idoso incapacitado. Permite também a possibilidade de manter o idoso com algum grau de autonomia, gerir as suas próprias dificuldades, oferecendo-lhe serviços, que lhe permitam recuperar a sua incapacidade, mantendo-o física e mentalmente activo.

2. - A Importância do Cuidado Institucional

Quando todas as possibilidades de ajuda, no domicílio, se esgotaram resta-nos a institucionalização. Esta é, sem dúvida, a alternativa mais penosa para o idoso, muito embora, por vezes, e aparentemente este pareça desejá-la. Vão quebrar-se, definitivamente, os já ténues laços que porventura ainda subsistam na realidade que foi e é a sua existência (o lugar, a casa, os vizinhos, os amigos).

3. - O Médico de Família no Contexto da Rede Social de Apoio

Actualmente, a função atribuída ao Médico de Família na avaliação de pacientes de idade avançada, está muitas vezes mal definida. Por isso, muitos médicos não participam activamente nas decisões a tomar relativamente aos seus pacientes mais idosos (79). Contudo,

o Médico de Família, como prestador de cuidados continuados, segue a população da sua lista de utentes, vê-a envelhecer, observando e intervindo em cada fase do seu ciclo vital.

Por outro lado, sendo a sua lista de utentes constituída não apenas por individualidades, (pessoas) mas também e sobretudo por famílias, o Médico de Família, ao longo do tempo vai observando, de uma forma mais ou menos empática, as interacções nos subsistemas do sistema familiar, quer no ambulatório, quer no domicílio, quer ainda na própria comunidade.

Neste sucedâneo de situações o Médico de Família actua como ouvinte, observador, conselheiro e terapeuta. São estas atitudes e intervenções que lhe dão o privilégio de pertencer à rede social de apoio ao idoso.

A acção do Médico de Família face ao idoso, sua família e respectiva rede social, exige daquele uma formação cuidadosa, adequada, qualidades empáticas e uma grande capacidade reflexiva e ponderação.

Face à situação de privilégio em que se encontra é mais fácil, ao Médico de Família, distinguir o que é próprio do envelhecimento fisiológico e o que exige acção terapêutica, relativamente aos demais profissionais. Pode assim, numas situações aconselhar, noutras tratar. Pode ainda, com alguma facilidade integrar a terapêutica no contexto cultural do doente. Deve estar preparado para evitar estereótipos e crenças relativamente aos idosos, tão enraizados na população portuguesa e da qual fazem parte.

Deve ainda, estar sensibilizado para as necessidades não expressas pelos idosos e para a necessidade de fazer rastreios sistemáticos (e não apenas rastreios oportunísticos). Desta forma poderá detectar precocemente patologia curável, passível de intervenção sem deixar sequelas ou pelo menos minimizá-las.

Qualquer que seja a situação, em que o Médico de Família intervenha, não deve descurar a qualidade de vida do idoso. As capacidades funcionais deverão ser sempre exploradas.

O apoio ao idoso e à família, numa situação de doença terminal, é sempre penoso para o Médico de Família, mas assume contornos deveras importantes pela ligação que foi mantida durante longos anos.

Os médicos de família têm de conhecer bem e estar atentos ao contexto familiar em que as pessoas idosas se integram. A família desempenha, o papel fulcral nos cuidados prestados e, por isso, é imprescindível reconhecer a possível necessidade de apoio que as famílias possam ter. Diversos estudos (79) sugerem que as famílias, hoje, não se ocupam tanto dos seus idosos como antes da era industrial, no entanto não existem provas concludentes de que seja assim. A industrialização tornou mais difícil o papel que as famílias desempenhavam no apoio aos seus idosos já que, com a urbanização, o aumento da mobilidade social, a maior participação da mulher na actividade laboral, a diminuição da fecundidade e a maior longevidade, contribuíram para reduzir a capacidade da família para cuidar dos seus idosos. Proporcionar apoio às famílias aumenta a possibilidade para que estas cuidem dos mais idosos, pelo que se deve fazer um grande esforço no sentido de que as mesmas se considerem intervenientes imprescindíveis num sistema de cuidados partilhados, auxiliados por profissionais treinados para o efeito. De destacar, neste âmbito, o apoio técnico e domiciliário que poderá e deverá ser prestado por parte dos agentes ligados à, ou da, equipa de Cuidados de Saúde Primários.

Em certas circunstâncias, não se tem atribuído importância ao papel desempenhado pelos vizinhos, na ajuda prestada aos idosos que dela necessitam, que reputamos de grande relevância. Numa cidade essa ajuda é, com certeza, diferente da que se presta numa aldeia onde toda a gente conhece toda a gente; mas, nem por isso, adquire menor importância.

Cabe aqui também, uma palavra ao serviço de voluntariado que é necessário incentivar e acarinhar, dotando-o de recursos que lhe permita o desempenho adequado das suas funções.

CAPÍTULO VII: IDOSOS E CUIDADOS TERMINAIS

IDOSOS E CUIDADOS TERMINAIS

Durante muitos anos, a ausência de medidas efectivas que visassem a prevenção, o diagnóstico precoce e o acompanhamento de doenças crónicas terminais; a dificuldade no acesso aos serviços de saúde e a inexistência de equipas de saúde devidamente treinadas para prestação de cuidados terminais, foram e são ainda hoje, o grande óbice para a ajuda a muitos dos nossos pacientes e suas famílias. Esta tarefa deverá ser executada por equipas devidamente motivadas e treinadas, para a prestação de cuidados inerentes ao doente terminal, procurando minimizar o seu grande sofrimento (80).

Nesta perspectiva, a equipa de saúde deve estar preparada para de entre outras acções (81):

- Respeitar a vida e considerar a morte como um processo normal; - Nem apressar, nem adiar a morte; - Promover o alívio da dor e de outras causas de sofrimento; - Considerar os aspectos psicológicos e espirituais do doente; - Oferecer um sistema de suporte para que o doente esteja activo o mais possível, até à morte; - Oferecer um sistema de suporte à família, quer durante a doença, quer após a morte.

Todo o ser biológico tem um ciclo vital, que se inicia na concepção e termina na morte. Este ciclo é uma sucessão de eventos (nascimento, infância, adolescência, juventude, adultez e velhice) que deve ser respeitado e utilizado por forma a potenciar todas as capacidades, sejam físicas, mentais, culturais ou sociais. O modo como estas etapas se foram desenvolvendo, condicionam naturalmente, a compreensão e aceitação do ciclo biológico.

Os técnicos de saúde que mais de perto lidam com a problemática da doença terminal no idoso, deparam-se não raras vezes com desejos inconfessados de familiares e amigos, que vão

no sentido, por um lado, de aliviar ao máximo o sofrimento do seu ente querido e que este sofrimento seja tão breve quanto possível e por outro, no sentido de solicitações para a execução de mais este ou aquele exame complementar de diagnóstico, esta ou aquela intervenção, que mais não serve senão para prolongar a agonia do doente.

O médico deve estar sempre atento a estas solicitações (pressões), agindo sempre de acordo com as normas éticas e deontológicas que regem a sua actividade nomeadamente (82):

- Respeito pela vida; - Respeito pela autonomia do doente; - Equidade na utilização dos recursos.

A equipa de saúde deve estar preparada para proporcionar ao doente terminal, todas as condições no sentido de minimizar tudo o que seja susceptível de causar sofrimento, nelas podendo considerar, de entre outras: a dor; a astenia; anorexia; obstipação; insónia; náuseas; vómitos; úlceras de decúbito; confusão (83, 84, 85, 86, 87, 88 e 89).

Todo o HOMEM doente, apresenta um estado intelecto-volitivo algo debilitado, que se exacerba extraordinariamente quando de doença terminal se trata (90).

Sendo assim, os prestadores de cuidados devem estar atentos e avisados para as necessidades psicológicas destes pacientes, transmitindo-lhes segurança, carinho, amor, compreensão e promovendo a auto-estima e confiança para obviar a complicações de índole psiquiátrica, muito frequentes nestas circunstâncias (91, 92, 93, 94, 95 e 96).

Enquanto for possível, devem os prestadores de cuidados procurar que o doente faça uma vida normal, adaptando os esforços às fases de degradação biológica que se irão suceder. Devem conduzir a sua acção de modo a dispensarem mais atenção "aos cuidados de vida que aos cuidados de morte", como escreveu John Fry, (97) ou "de modo a manter o máximo conforto, o moral o mais elevado possível e a atenção familiar mais atenta", como acrescentou Nuno Grande (90).

Devem fomentar-se as visitas de familiares e amigos, colegas e outras pessoas escolhidas com senso, para manter aquelas circunstâncias, pois o isolamento destes doentes é profundamente sentido pela maioria deles, com grande pesar (90).

Na doença terminal, o doente e a família passam por fases que Elizabeth Kubler-Ross tão bem descreveu no seu estudo "On Death and Dying" (101).

Depois de ter entrevistado 200 doentes terminais, nos Estados Unidos da América, ela identificou, nestas entrevistas, cinco experiências comuns a todos os entrevistados e às quais chamou "fases" de reacção ao processo de morte. Contudo, estas fases nem sempre surgem de uma forma pré-determinada e sequencial: O moribundo pode fixar-se num estadio, pode passar de um estadio para outro omitindo algum deles ou ainda podem manifestar-se características de dois ou mais estadios simultaneamente.

Perante o diagnóstico de uma doença grave a reacção mais frequente é a de choque e *"negação"*. O doente recusa-se a aceitar o diagnóstico, acredita que algum erro foi cometido e procura a opinião de outros médicos na esperança de que não se confirme a gravidade da doença. Na medida em que este mecanismo defensivo proporciona tempo ao indivíduo, para que desenvolva recursos psicológicos que lhe permitam lidar com uma situação de stress, a negação tem uma função adaptativa e deve ser respeitada pela equipa que presta os cuidados de saúde. O tempo de duração desta fase é muito variável, persistindo de minutos a meses, mas raramente se mantém até ao momento da morte.

Na fase seguinte, a da *"cólera"*, o doente revolta-se com a sua sorte e pergunta «por quê eu?». Manifesta hostilidade para com Deus, para com o mundo, para com os familiares ou pessoal médico. Comporta-se como um doente difícil, quezilento ou implicativo. Necessita, contudo, de ter quem o ouça e deve-se criar espaço para que livremente expresse as suas emoções e esvazie a sua raiva. É importante nesta fase nunca personalizar os conflitos nem contrapor agressividade à agressividade do doente.

A fase de *"regateio"* sobrevem quando a revolta se esbate. O doente procura negociar com o médico, com Deus, consigo próprio, prometendo emendar os erros passados, sentir os outros, levar uma vida boa ou abandonar hábitos pouco saudáveis.

Rapidamente porém, se apercebe que a doença progride e surge a *"depressão"* em consequência das perdas que vão ocorrendo e das outras que antecipa. Este estado depressivo é preparatório da separação final que a morte representa (102) pelo que, segundo Kubler-Ross, a expressão deste estado de espírito deve ser facilitada de forma que progrida para a fase de aceitação.

À medida que o doente emocionalmente se separa dos projectos que acalentou, dos haveres que lhe eram caros, dos entes que amou, a ansiedade e o medo são substituídos pela serena *"aceitação"* do fim.

Durante a doença teremos pois que criar condições à família para um efectivo apoio prático, emocional, internamentos curtos, licença para cuidados etc. Servem estas atitudes, para despertar nas famílias o sentimento de que não estão sós nos cuidados a prestar aos seus doentes terminais, sempre tão penosos e desgastantes (98, 99 e 100).

CAPÍTULO VIII: QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO –

- EM BUSCA DE UM CONSENSO

1. – Súmula Histórica da Qualidade de Vida

A qualidade de vida tornou-se um tema de importância crescente quer no âmbito económico-social quer no domínio da saúde em geral. Na perspectiva da saúde ela torna-se tanto mais importante quanto mais se desenvolvem as doenças crónicas incapacitantes. Sabe-se hoje que, graças ao sucesso tecnológico da medicina, grande parte das pessoas que sofrem de uma doença crónica levam uma vida activa, semelhante à das pessoas que não têm qualquer doença (103 e 104).

A concepção, avaliação e intervenção, na melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde das populações, implica o recurso a pressupostos diferentes daqueles que, tradicionalmente, têm sido utilizados, uma vez que se passou a centrar a atenção mais na saúde e menos na sua ausência (176, 177, 178).

A qualidade de vida, sobretudo na década de 80, consolidou-se como um conceito de interesse geral e ligado ao senso comum: utiliza-se frequentemente a expressão para demonstrar o interesse pelo bem-estar das pessoas. No entanto, a maneira como é percebida e inferida, não é a mesma, nem quanto aos conteúdos, nem quanto ao modo de a avaliar. Ela expressa-se, para uns, pela quantidade de bens materiais, para outros, pelos bens espirituais: pode ter subjacente, pois, uma dimensão objectiva ou predominantemente subjectiva (179, 180).

O relatório das Nações Unidas no seu Programa para o Desenvolvimento de 1994 (PNUD), considera qualidade de vida como "o resultado da capacidade humana para fazer uso pleno das potencialidades económicas, sociais, culturais e políticas, usando o desenvolvimento equilibrado da sociedade, com respeito pelo direito universal à saúde". No seu relatório anual

o Banco Mundial expressa o bem estar das populações pelo rendimento "per capita", no pressuposto de que este é a cópia da qualidade de vida. Em oposição a esta perspectiva, as Nações Unidas, no relatório acima citado, tomou em consideração vários índices de desenvolvimento, que não apenas o rendimento. Aqui se salienta a preocupação crescente da Humanidade para com aspectos menos materiais de bem-estar, e mais com preocupações ao nível do sistema de saúde e cuidados de saúde.

As investigações sobre a qualidade de vida iniciaram-se em finais da década de 60, altura em que se começa a utilizar este conceito com preocupação científica. Este termo desenvolveu-se com popularidade aquando da evolução das economias do pós-guerra, o que levou à necessidade de aprofundar e desenvolver medidas que a pudessem qualificar, até aqui "entidade vaga e etérea" (105).

Na década de 70 publicaram-se os primeiros estudos específicos sobre o tema. Com base nos critérios definidos pela *Comission on National Goals*, pode considerar-se que este conceito, qualidade de vida, possui duas componentes principais: uma subjectiva ou psicológica; a outra objectiva ou social, que contempla factores económicos políticos e ambientais. A componente subjectiva de natureza mais qualitativa, dependente da percepção individual, é mais dificilmente mensurável, que as componentes objectivas, mais quantitativas mensuráveis e passíveis de ser agregadas.

Na literatura médica desde 1966, o conceito de qualidade de vida é utilizado com frequência (106). Neste contexto, pode ter significado mais amplo ou mais restrito. As componentes da qualidade de vida e as suas inter-relações começam por ser especificadas e examinadas por autores fora do campo da saúde, em estudos na população, dirigidos aos indivíduos que não sofriam de doenças.

Posteriormente, no sistema de cuidados de saúde, os termos qualidade de vida e estado de saúde, são utilizados, por uns, de forma coincidente; (97 e 106) por outros, ao contrário,

utilizando conceitos substancialmente diferentes, (107) muito mais abrangentes do que o conceito de saúde sendo esta, a par de outros, um dos indicadores utilizados para medir aquela (181). O domínio da "saúde", é o domínio que explica melhor a qualidade de vida, ou seja, nesta perspectiva a saúde é um dos domínios fundamentais e provavelmente o mais importante para a qualidade de vida em geral (105).

Quando se estudam as incapacidades impostas por uma específica ou qualquer doença, para a qualidade de vida utiliza-se a expressão *qualidade de vida relacionada com a saúde* (182, 183, 184). Estas duas expressões, quando usadas no sistema de cuidados de saúde são, normalmente sinónimos.

Mas a qualidade de vida depende, para além da saúde, de muitos outros domínios, como sejam, o trabalho, a família, o "desafogo" económico, entre outros (185). Aqui, a investigação é clara no que respeita à influência inter-domínios. Os que têm problemas de vária ordem, têm maior probabilidades de adoecer.

A qualidade de vida, na última década, tem sido estudada em quase todas as doenças crónicas, que se definem por não terem cura (186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194): são doenças que têm de ser geridas em vez de curadas. Hoje, sabemos que é comum e "normal" viver-se com doença.

Os resultados das intervenções dos prestadores de cuidados de saúde sobre os utentes tem sido um dos impulsionadores da qualidade de vida das populações. Com efeito, as intervenções médicas, cirúrgicas, medicamentosas e outras, não têm todas os mesmos efeitos sobre os doentes. "A qualidade de vida está, cada vez mais, a tornar-se uma medida aceite como dependente da eficácia da intervenção médica", e está a tornar-se numa variável tão importante que se desenvolvem estudos "trans-culturais" visando a construção de medidas que sirvam várias comunidades e povos e que permitam a comparação de resultados (108 e

109). Segundo esta perspectiva pode-se concluir que a qualidade de vida, tem sido uma das dimensões mais motivantes na investigação do sistema de cuidados de saúde.

2. - Definição de Qualidade de Vida

"Todos têm a sua concepção de qualidade de vida e aqui reside o problema", da sua definição e a sua popularidade dificulta o seu estudo (110, 111 e 112).

Alguns autores definem qualidade de vida como o *completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença,* (113) o que corresponde à definição de Saúde, da Organização Mundial de Saúde. Outros propõem uma definição mais pragmática, ou seja, o efeito funcional de uma doença e do seu tratamento, tal como o doente a percebe. Outros ainda, como um juízo subjectivo do grau de satisfação das necessidades nos vários domínios da vida, sentidas pelo indivíduo (114).

Os peritos da Organização Mundial de Saúde afirmam que a qualidade de vida das pessoas idosas depende sobretudo de três factores, que são: *a segurança sócio-económica, o bem-estar psico-social e o estado de saúde subjectivo*. A situação económica parece ser o principal factor não biológico a condicionar a saúde, seguida pela nutrição e depois pela instrução. "Nos muito idosos, o estado de saúde física é, mesmo, o elemento predictivo do bem-estar afectivo, e mais importante do que as redes sociais de apoio". Todas estas definições reflectem o contexto onde a qualidade de vida é estudada.

3. - Concepções de Qualidade de Vida

Apesar das origens remontarem aos anos 60, pode considerar-se que o conceito é recente e está, ainda, em fase de evolução (195, 196). Nesta fase de evolução do conceito, considera-se

necessário chegar a um consenso sobre a definição de qualidade de vida e o modo de a avaliar (185, 197, 198).

Diferentes autores e investigadores explicam e referem cinco concepções que contribuíram para as seguintes correntes: 1) *abordagem psicológica,* que pressupõe a distinção entre o ter uma doença e o sentir-se doente *(disease versus illness)* (115): esta abordagem centra-se, portanto, na percepção do doente; 2) *abordagem custo-benefício* que se baseia na dicotomia quantidade de vida versus qualidade de vida: aqui, a percepção de qualidade de vida centra-se na noção que o próprio doente tem da sua capacidade funcional em áreas que ele mais valoriza; 3) *abordagem centrada na comunidade,* que organiza as variáveis de modo a considerar o impacto da doença na comunidade: nesta perspectiva a avaliação da qualidade de vida orienta-se por parâmetros psicológicos, tais como, funcionalidade social, bem-estar, percepção geral da saúde, entre outros; 4) *abordagem funcional,* que se caracteriza por se centrar em aspectos funcionais e ignorar os aspectos emocionais: valoriza-se a reorganização dos aspectos funcionais, físicos e sociais, de modo a ajustar a vida às consequências de uma doença incapacitante; 5) finalmente, *a lacuna de Calman,* que se traduz pela lacuna entre as expectativas do doente e o que ele de facto, efectivamente, conseguiu realizar *(Calman's Gap)*: esta lacuna será inversamente proporcional à qualidade de vida, ou seja, à medida que diminui a lacuna, aumenta a qualidade de vida.

4. - Níveis de Qualidade de Vida

A qualidade de vida possui um conjunto de características que a fazem diferir das variáveis tradicionalmente consideradas: é multifactorial, é uma medida de percepção pessoal, e uma medida subjectiva, o que implica que a sua avaliação seja difícil de concretizar (185).

Podemos, contudo, afirmar que a qualidade de vida é uma percepção global da vida pessoal, em que estão envolvidos inúmeros domínios e componentes.

O já referido relatório da *Commission on National Goals,* aponta para a grande variedade de indicadores sociais e ambientais, tais como: educação, individualidade, crescimento económico, saúde e bem-estar, como sendo factores determinantes da qualidade de vida.

Liu (1975) apontava nove indicadores que abrangiam aspectos psicológicos, fisiológicos, sócio-ambientais, económicos e políticos.

O relatório do PNUD (1994), refere-se a três domínios essenciais na avaliação da qualidade de vida: esperança de vida, instrução e padrão de vida, este baseado no poder de compra.

O número de domínios e componentes considerados na avaliação da qualidade de vida é variável. Quanto à pluralidade de domínios ou de categorias a incluir, estas deverão reflectir o nível de aprofundamento com que se pretende realizar o estudo (199, 200, 201, 202).

A intervenção, no que respeita à promoção da qualidade de vida, deve focalizar-se na mudança do estilo de vida em geral e, em particular, nos aspectos psico-comportamentais, psicológicos e sociais. Esta intervenção deve privilegiar as potencialidades dos aspectos positivos dos estilos de vida considerados saudáveis.

Em suma, a qualidade de vida é um conceito bastante vasto que contempla várias vertentes, incluindo, entre outros, aspectos sociais, acontecimentos de vida geradores de stress, percepção de bem-estar, actividade física e actividade cultural.

CAPÍTULO IX: LEGISLAÇÃO VIGENTE

1.-Decretos-Lei e seu Conteúdo

A legislação portuguesa, contempla lei dispersa sobre a pessoa idosa. Iremos sumariamente referi-la reportando-nos aos últimos 15 anos da nossa história recente.

1.1.-Decreto-Lei nº464/80 (D.R. nº237-Iª Série de 13/10/1980) (116)

Dá início à reformulação dos comandos normativos da pensão social que no nº1 do artigo 3º refere concretamente "A pensão social é atribuída mensalmente nas situações de velhice ou invalidez" e define-a no seu artigo 4º "A pensão social de velhice é atribuída ás pessoas de idade igual ou superior a 65 anos "

1.2.-Decreto-Lei nº28/84 (D.R. nº188-Iª Série de 14/08/1984) (117)

Estabelece objectivos e princípios orientadores da acção social, que no nº1 do artigo 33º afirma "A acção social tem como objectivos fundamentais a prevenção de situações de carência, disfunção e marginalização social e a integração comunitária"; e no nº2 do mesmo artigo "A acção social destina-se também a assegurar especial protecção aos grupos mais vulneráveis, nomeadamente crianças, jovens, deficientes e idosos".

1.3.-Resolução do Concelho de Ministros nº15/88 (D.R. nº95-Iª Série de 23/04/1988) (118)

É criada a Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade, sendo determinada a sua constituição e descriminadas as suas funções. No seu preâmbulo afirma-se "O envelhecimento da população na generalidade dos países europeus é uma das questões mais actuais e mais influentes na formulação e no desenvolvimento das políticas sociais".

As funções atribuídas à Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade são:

a) Incentivar e promover o estudo global da problemática do envelhecimento da população portuguesa;

b) Elaborar um relatório de análise prospectiva das questões relativas ao envelhecimento da população, nomeadamente no referente às respectivas repercussões sobre os sistemas de garantia dos direitos sociais das pessoas idosas, o trabalho e o emprego no contexto da modernização económica, equilíbrio da relação entre activos e inactivos, a solidariedade intergerações, o urbanismo e ainda sobre a oferta de equipamentos e serviços;

c) Definir e propor medidas de política social articuladas e adequadas à resolução dos problemas deste grupo etário, designadamente as que se dirigem aos grupos em situação de maior vulnerabilidade;

d) Concitar o apoio e a colaboração dos serviços do Estado, das autarquias locais, das instituições de solidariedade social, das organizações não governamentais e de outras entidades, tendo em vista a adopção de medidas que garantam a melhor inserção social das pessoas idosas;

e) Definir e propor acções de informação da população em geral sobre a problemática do envelhecimento, de forma a promover atitudes preventivas e a contribuir para a solidariedade intergerações.

Para atingir tal desiderato, a Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade é constituída por peritos e técnicos especializados nas questões do envelhecimento, em representação dos seguintes departamentos governamentais:

a) Comunicação Social; b) Cultura; c) Justiça; d) Finanças; e) Planeamento e Administração do Território; f) Educação; g) Obras Públicas; h) Transportes; i) Saúde; j) Emprego e Formação Profissional; k) Segurança Social; l) Comunidades Portuguesas.

1.4.-Decreto-Lei nº30/89 (D.R. nº20-Iª Série de 24/01/1989) (121)

Define o regime do licenciamento e da fiscalização dos estabelecimentos com fins lucrativos que exerçam actividades de apoio social relativas ao acolhimento de crianças, jovens, pessoas idosas ou pessoas com deficiências.

Define lares para idosos, centros de dia e serviços de apoio domiciliário.

Assim, no nº1 do artigo 6º, pode ler-se: "designam-se por lares para idosos, os estabelecimentos de alojamento e prestação de serviços destinados a pessoas idosas"; no nº2 do mesmo artigo, lê-se: "designam-se por centros de dia, os estabelecimentos destinados à prestação de serviços aos idosos residentes numa comunidade, com vista à sua permanência no seu meio familiar e social"; e no nº4 ainda do mesmo artigo 6º, lê-se: "designam-se por serviços de apoio domiciliário, as equipas que prestam ajuda doméstica no domicílio dos utentes quando estes, por razões de doença, deficiência ou outras, não possam assegurar temporária ou permanentemente, as actividades da sua vida diária".

1.5.-Decreto-Lei nº141/89 (D.R. nº98-Iª Série de 28/04/1989) (122)

Define as condições de exercício e o regime de protecção social da actividade que no âmbito da acção social realizada pela segurança social ou por outras entidades, é desenvolvida por ajudantes familiares.

No seu preâmbulo afirma-se: "constitui preocupação do governo a necessidade de desenvolver e aperfeiçoar, no âmbito da acção social exercida pelo sistema de segurança social, diversas modalidades de apoio social a famílias e indivíduos que se encontrem em situação de maior isolamento, dependência ou marginalização social, designadamente a idosos e deficientes".

1.6.-Despacho Normativo nº67/89 (D.R. nº170-IªSérie de 26/07/1989) (123)

Estabelece normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares com fins lucrativos de apoio a idosos.

O nº2 da norma I estabelece que "se consideram lares para idosos os estabelecimentos que acolham um número mínimo de quatro pessoas"; e o nº3 da mesma norma esclarece que "os lares não deverão ter capacidade para mais de 40 pessoas, salvo se reunirem condições físicas e de espaços excepcionais, decorrentes de construção de raíz ou reconstrução profunda, adaptadas a maior capacidade".

O nº1 da norma II estabelece os objectivos específicos dos lares para idosos:

a) Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicosocial das pessoas idosas;

b) Contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento;

c) Prestar os apoios necessários às famílias dos idosos no sentido de fortalecer a relação interfamiliar e preservar, incentivando-os, os laços familiares.

No nº2 da mesma norma refere-se que "para a prossecução dos objectivos referidos no número anterior, constituem obrigações dos estabelecimentos:

a) Proporcionar alojamento por forma a garantir aos idosos uma vida confortável, respeitando, tanto quanto possível, a sua independência;

b) Respeitar a individualidade e a privacidade dos utentes;

c) Garantir a prestação de todos os cuidados adequados à satisfação das necessidades dos idosos, designadamente alimentação, cuidados de higiene e conforto, de ocupação, médicos e de enfermagem, tendo em vista a manutenção da sua autonomia;

d) Favorecer o relacionamento entre os idosos e destes com os familiares e/ou amigos, pessoal do estabelecimento e comunidade, de acordo com os seus interesses".

O nº1 da norma IV estabelece que "as instalações dos lares para idosos devem compreender os seguintes compartimentos: quartos individuais e duplos; sala de estar e ocupação; sala de refeições; instalações sanitárias; gabinete de saúde; gabinete de direcção; cozinha e despensa; lavandaria e rouparia; vestiário e instalações sanitárias do pessoal e arrecadações".

O nº1 da norma V refere que "os quartos individuais deverão ter uma área mínima de $10m^2$".

O nº2 da mesma norma "os quartos duplos deverão ter uma área mínima de $15m^2$".

O nº3 "nos quartos duplos, para garantia da privacidade individual, deve existir um sistema móvel de separação entre camas".

O nº4 "todos os quartos devem ter arejamento e iluminação naturais, embora devam poder ser escurecidos, quando necessário".

O nº5 ainda da mesma norma V, estabelece que "as portas devem poder ser abertas também pelo exterior".

A norma XI estabelece a atenção devida aos acabamentos de pavimentos e paredes, em que se deve observar o seguinte:

a) O revestimento dos pavimentos deve ser liso, nivelado, com materiais antiderrapantes e não inflamáveis, facilmente lavável, de duração razoável;

b) As paredes, de cores claras, devem constituir superfícies regulares, sem excessiva rugosidade, apresentar boa resistência aos choques, em especial nas zonas de uso colectivo, e serem facilmente laváveis;

c) As paredes da cozinha e instalações sanitárias devem ser revestidas de azulejo pelo menos até 1,5m de altura;

d) As paredes dos quartos, sala de refeições e salas poderão ser protegidas por régua de madeira à altura das costas das cadeiras, mesas e camas.

A norma XVI estabelece no seu nº1 que "a alimentação deve ser variada, bem confeccionada e adequada à idade e ao estado de saúde dos utentes".

O nº2 estabelece "a existência de dietas especiais em casos de prescrição médica" e o nº3 da mesma norma obriga a que "as ementas devam ser afixadas semanalmente em local bem visível do estabelecimento, por forma a serem consultadas pelos utentes e/ou familiares".

A norma XVII estabelece as regras de higiene e cuidados de saúde, e explicitamente no seu nº1 refere "devem ser proporcionados aos utentes condições para que possam tomar banho sempre que o desejem ou se torne necessário e, pelo menos, duas vezes por semana" e no nº2, "a assistência médica, incluindo vigilância de saúde e tratamento na doença, deverá ser garantida pelo lar, podendo os utentes chamar o seu médico assistente sempre que o desejem".

1.7.-Decreto-Lei nº259/89 (D.R. nº186-IªSérie de 14/08/1989) (124)

Cria o Fundo de Estabilização Financeira da Segurança Social.

No seu preâmbulo afirma-se "o sistema da segurança social funciona actualmente em regime financeiro de distribuição, o que significa que as despesas com prestações a favor de gerações mais antigas são suportadas pelas contribuições das gerações mais novas. Este aspecto, conjugado com a evolução demográfica do país, traduzida no progressivo envelhecimento da população, tem determinado uma pressão constante sobre os encargos da segurança social.

Face a estas dificuldades estruturais do sistema, impõe-se a adopção de medidas que possam introduzir maior flexibilidade, no sentido de se adoptarem formas mistas de financiamento da segurança social, em que se combinem modalidades de capitalização com o actual sistema distributivo. Assim, visando a estabilização financeira do sistema de segurança social e a instituição de uma garantia complementar de maior solidez, é criado o Fundo de Estabilização Financeira da Segurança Social".

1.8.-Decreto-Lei nº330/90 (D.R. nº245-IªSérie de 23/10/1990) (125)

Cria o Código de Publicidade.

Define publicidade e regras que protegem a saúde e segurança do consumidor, nomeadamente do consumidor idoso.

O artigo 13º estabelece que:

1- É proibida a publicidade que encoraje comportamentos prejudiciais à saúde e segurança do consumidor, nomeadamente por deficiente informação àcerca da perigosidade do produto ou da especial susceptibilidade da verificação de acidentes em resultado da utilização que lhe é própria.

2- A publicidade não deve comportar qualquer apresentação visual ou descrição de situações onde a segurança não seja respeitada, salvo justificação de ordem pedagógica.

3- O disposto nos números anteriores deve ser particularmente acautelado no caso da publicidade especialmente dirigida a crianças, adolescentes, idosos ou deficientes.

1.9.-Decreto-Lei nº2/91 (D.R. nº4 - IªSérie-A de 05/01/1991) (126)

Altera o regime de revalidação das cartas de condução de motociclos, de automóveis ligeiros e de tractores agrícolas, previstas até então, no código da estrada, nomeadamente para as pessoas com 65 ou mais anos de idade.

1.10.-Decreto-Lei nº391/91 (D.R. nº233-IªSérie de 10/10/1991) (127)

Cria e regulamenta o acolhimento familiar, que no nº1 do artigo 1º, refere: "o acolhimento familiar é uma medida de política social que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas ou pessoas com deficiência, a partir da idade adulta".

O artigo 2º, no seu parágrafo único, afirma: "o acolhimento familiar destina-se a garantir à pessoa acolhida um ambiente sócio-familiar e afectivo propício à satisfação das suas necessidades básicas e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade".

O artigo 3º, define as situações determinantes do acolhimento familiar:

1-O acolhimento familiar pode verificar-se nas seguintes situações:

a) Inexistência ou insuficiência de respostas sociais eficazes que assegurem o apoio adequado à manutenção no seu domicílio da pessoa idosa ou da pessoa adulta com deficiência;

b) Ausência da respectiva família ou quando esta não reúna condições mínimas para assegurar o seu acompanhamento.

O artigo 5º estabelece as modalidades de acolhimento

1. - O acolhimento familiar de pessoas idosas ou de pessoas adultas com deficiência pode ser temporário ou permanente e a tempo completo ou a tempo parcial.

2. - Em qualquer das modalidades de acolhimento previstas no número anterior não devem, em princípio, ser acolhidas simultaneamente mais de duas pessoas na mesma família.

O artigo 6º define as condições para recurso ao acolhimento familiar. A pessoa idosa ou pessoa adulta com deficiência pode recorrer ao acolhimento familiar, desde que esteja nalguma das seguintes condições:

a) Ter idade igual ou superior a 60 anos ou não inferior a 18 anos, quando se trate de pessoa com deficiência;

b) Ser portador de deficiência orgânica, motora ou sensorial;

c) Encontrar-se em situação de dependência ou perda de autonomia, não podendo bastar-se a si própria

d) Viver isolada e sem apoio de natureza sócio-familiar;

e) Viver em situação de alojamento muito precário ou sem alojamento, que ponha em perigo a sua segurança;

f) Ser vítima de maus tratos.

O artigo 8º, estabelece os deveres da família de acolhimento:

a) Acompanhar a pessoa acolhida, garantindo-lhe a satisfação das suas necessidades básicas;

b) Prestar, a solicitação do acolhido, colaboração na administração de bens e valores de que aquele se faça acompanhar, quando for necessário;

c) Fomentar a integração da pessoa acolhida no ambiente familiar, mesmo quando o acolhimento seja apenas temporário ou tempo parcial;

d) Recorrer aos serviços de saúde e de apoio social, sempre que a pessoa acolhida deles necessite;

e) Assegurar e fomentar o relacionamento entre a pessoa acolhida e a respectiva família;

f) Fomentar a participação da pessoa acolhida na vida da comunidade, através da frequência e do apoio das respectivas estruturas;

g) Manter a família da pessoa acolhida e a instituição de enquadramento informadas dos aspectos relevantes da situação física, psíquica e social da pessoa acolhida.

O nº1 do artigo 11º, estabelece que a pessoa acolhida tem os direitos inerentes ao reconhecimento da dignidade como pessoa humana, independentemente da sua situação de dependência ou de perda de autonomia.

Os deveres da pessoa acolhida, estão definidos no artigo 12º «respeitar e estimar a família de acolhimento, de modo a não gerar conflitos que possam prejudicar o equilíbrio e harmonia daquela».

1.11.-Despacho Normativo nº75/92 (D.R. nº116-IªSérie-B de 20/05/1992) (128)

Consagra o direito da livre constituição de instituições particulares de solidariedade social, não lucrativas.

No seu preâmbulo afirma-se: "a Constituição da República Portuguesa, no nº3 do artigo 63º, consagra o direito de livre constituição de instituições particulares de solidariedade social, não lucrativas, tendo em vista a prossecução de objectivos de segurança social, nomeadamente através do desenvolvimento de actividades de acção social de apoio à família, infância, juventude, população com deficiência e à terceira idade, instituições que, atendendo aos relevantes objectivos sociais que livremente prosseguem, são regulamentadas por lei e estão sujeitas a fiscalização do Estado".

A norma IX, estabelece as acções de apoio à população idosa, que devem ter em vista:

a) Garantir a autonomia e a segurança económica dos idosos, de forma a estimular a sua participação na resolução dos seus próprios problemas e na vida social e cultural da comunidade;

b) Promover a existência de serviços e equipamentos adequados às necessidades da população idosa, privilegiando, sempre que possível a manutenção do idoso no meio familiar e social e o apoio à família.

2.-Reflexão e comentários sobre a Lei Existente

Os dados relativos à situação portuguesa evidenciam um crescente envelhecimento da população a partir da década de 60, de modo particular nos últimos anos, o que deu progressivamente origem a fenómenos sociais preocupantes.

Com efeito, tem-se registado um sensível acréscimo do número de pessoas de 65 e mais anos que vivem em meio urbano, a par de uma elevada percentagem de indivíduos deste grupo etário que vivem em localidades de menos de 2000 habitantes.

Além disso, a acentuada feminização deste grupo etário da população, suscita problemas específicos de integração familiar e de combate à dependência, o que também decorre do facto de cerca de um terço dos idosos viver com outra pessoa idosa e 17% viverem sozinhos.

Num estudo realizado na freguesia de Campanhã do Concelho do Porto em 1989, o autor encontrou um valor substancialmente mais elevado; 22% dos idosos então estudados, viviam sozinhos (119).

Por outro lado, é inquietante a existência de uma situação sócio-económica que, apesar das melhorias ultimamente ocorridas em termos de protecção social, não garante ainda a todos os portugueses mais idosos a satisfação integral das suas necessidades básicas.

A partir de 1980, assistiu-se a um crescimento permanente, dos principais indicadores da segurança social. Em 1993, os beneficiários de todos os regimes eram cerca de 40% da população residente e 82% da população activa; enquanto os pensionistas, que somam agora mais de 2,3 milhões, são cerca de 23% da população residente e quase 50% da população activa.

A relação entre activos e pensionistas merece uma observação especial. Em 1960, contavam-se cerca de 28 activos por pensionista; 12 activos por pensionista em 1970; 2,4 activos por pensionista em 1980; 1,9 activos por pensionista em 1990 e 1,7 activos por pensionista em 1993.

As pensões de velhice sofreram um alargamento em 1973/74; nos anos pós-revolução e até 1980/81, houve notórias acelerações, tendo atingido acréscimos anuais de 60000 a 90000 novos pensionistas. A partir de meados dos anos oitenta, os acréscimos médios anuais, estabilizaram em aproximadamente 30000 novos pensionistas o que parece estar conforme a pirâmide demográfica (120).

Finalmente, a existência de problemas específicos a nível da situação sanitária dos idosos tem provocado um notório acréscimo do consumo de cuidados de saúde, designadamente do internamento hospitalar. No estudo citado (119), o valor encontrado para a hospitalização, nos 12 meses que precederam a investigação foi de 17%. Este quadro, traduz globalmente a problemática dos idosos no país. O facto de se constatar que no horizonte do ano 2000, Portugal terá cerca de 1,4 milhões de pessoas com 65 e mais anos de idade, correspondente a um valor superior a 14% da população total, dos quais 56% serão do sexo feminino e 37% terão idade superior a 75 anos, torna imperioso o estudo de novas medidas ou a dinamização das que têm vindo a ser adoptadas. Ora, reconhece-se que, apesar da complexidade e importância daqueles problemas, se verifica uma escassez notória de estudos aprofundados sobre a problemática do envelhecimento da população portuguesa, nomeadamente sobre a

análise prospectiva das repercussões das mudanças demográficas sobre a organização social, económica e cultural.

Atendendo a esta realidade uma das formas de intervenção que pode contribuir de maneira muito positiva para a concretização daqueles propósitos é, sem dúvida, a ajuda prestada no respectivo domicílio às famílias cujos membros por razões de vária ordem, não podem assegurar com normalidade as tarefas inerentes à vida pessoal e familiar.

Desse modo, pode facilitar-se a manutenção de idosos, inválidos e deficientes no seu contexto sócio-familiar, garantir-se a continuidade da vida familiar nas situações de doença ou de impossibilidade de outra ordem dos membros da família que habitualmente garantem os cuidados do lar e estimular-se a integração e o próprio desenvolvimento da solidariedade ao nível das comunidades abrangidas pela acção.

Ora, a resposta de acção social constituída pelos chamados ajudantes familiares, embora relativamente recente entre nós, demonstra já viabilidade para uma efectiva potencialização do bem estar social, como, aliás, acontece com outros países que de há muito vêm recorrendo a esta forma de apoio social para superação das carências das suas populações.

No caso específico do nosso país, atendendo às altas taxas de desemprego e à ainda incipiente implementação destas medidas, porque não deitar mão aos próprios familiares que desejem estas tarefas?

A efectividade de um verdadeiro "Direito a Envelhecer" não pode consubstanciar-se, apenas, na criação de equipamentos e serviços ou no aumento das prestações pecuniárias dos Regimes de Segurança Social, já que grande parte dos problemas que afectam a população idosa em Portugal, decorre de uma subvalorização dos seus direitos e da sua fraca capacidade reivindicativa face aos centros de poder (203). Neste contexto, vai-se tornando familiar o conceito de *"Empowerment"*, no sentido de auto-determinação dos idosos, da sua responsabilização, da sua chamada à tomada de decisões. Aliás, a própria prática dos

profissionais que actuam nesta área tem vindo a sofrer alterações, sendo já significativos os projectos e os equipamentos no nosso país e no resto da União Europeia vocacionados para informar e apoiar iniciativas dos próprios idosos, suportando a auto-descoberta do seu poder social, político e eleitoral (204).

Exemplo interessante é o projecto designado por *AGE ACTION,* promovido por uma rede de instituições irlandesas, que pretende lançar um debate europeu sobre a noção de *ADVOCACY,* entendida de forma lata e abrangendo o apoio jurídico, a informação, aconselhamento e encaminhamento dos idosos, como instrumento facilitador da integração social e preventivo de disfunções, exploração ou mau trato dos cidadãos idosos.

Despertos que estamos para esta vertente de abordagem do envelhecimento, conscientes de que a população idosa do século XXI será mais exigente e informada, familiarizada com o uso da informática, preocupada com a forma física, consciente da necessidade da participação política, resta-nos pensar e criar, em conjunto, uma estrutura normativa inteligente, moderna e preventiva, que actue como corrector das diferenças e promotor das potencialidades de cada idade.

PARTE II

CONTRIBUTO PESSOAL

("ANCIANIDADE ... FREGUESIA DE CAMPANHÃ")

CAPÍTULO I: -INTRODUÇÃO

1. – O Envelhecimento e a Sociedade

Chamado, no seu início, "Século da Criança", o século XX na segunda metade, transformou-se no "Século do Homem Idoso"(129).

A problemática do envelhecimento tem vindo a adquirir uma importância crescente, em todo o mundo, pela complexidade dos problemas sociais, económicos e culturais, decorrentes do aumento progressivo e constante do grupo das chamadas "pessoas idosas", conducente ao envelhecimento populacional. Este envelhecimento deve perspectivar-se em duas vertentes distintas, mas igualmente importantes: a perspectiva individual e a perspectiva comunitária.

1.1 - Perspectiva individual

Do ponto de vista individual, define-se envelhecimento como "um processo comum a todos os seres vivos, iniciado na concepção e que termina na morte do organismo biológico, a qual evoca um desenvolvimento continuo, embora mais marcado durante as últimas fases da vida"(129).

É no período correspondente ao último terço ou último quarto de duração da vida que as limitações são, no geral, máximas, muito embora não sejam exclusivamente devidas a factores biológicos: -podem, também, resultar de factores psicológicos, sociais, económicos, culturais ou ecológicos-. Assim sendo, e aceitando a definição adoptada pela Organização Mundial de Saúde, o período de tempo compreendido entre os 65 anos e a morte, corresponderia à chamada "Terceira Idade".

1.2 - Perspectiva comunitária

Se o envelhecimento individual é um processo inerente à natureza dos seres vivos, o envelhecimento das populações humanas é um fenómeno do século XX, e caracteriza-se pelo aumento proporcional progressivo do número de pessoas idosas nas comunidades.

Existem indicadores que demonstram, ser o declínio da fertilidade, o grande responsável por este fenómeno, acrescido no caso português, pelo fluxo emigratório.

A influência devida ao declínio da mortalidade acentuada, mais nas idades jovens do que nas mais avançadas, poder-se-á considerar com menores consequências na evolução da estrutura demográfica (130). O envelhecimento populacional deve ser encarado como um conjunto multi-dimensional, que engloba (131) :

- O indivíduo que envelhece como membro da sociedade;
- O comportamento das pessoas idosas encaradas como um grupo;
- A relação entre o envelhecimento, como fenómeno demográfico, e a sociedade.

Deste ponto de vista, haveria todo o interesse na realização de estudos que visassem assegurar a integração contínua dos idosos, quer como agentes quer como beneficiários em todos (ou pelo menos nos principais) domínios da actividade social: família, cuidados de saúde, alojamento, ambiente, serviços sociais, educação...(129).

Nesta perspectiva decidimos realizar o presente estudo, para melhor podermos compreender a problemática do "Homem Idoso". Foi efectuado na população idosa da freguesia de Campanhã da cidade do Porto, por ser a freguesia que melhor conhecemos e pelo facto de ser aí que desenvolvemos a nossa actividade assistencial desde 1983.

2. - A Freguesia de Campanhã

2.1 - As origens

Campanhã terá sido ocupada desde tempos imemoriais: o seu povoamento podemos recuá-lo até ao período megalítico, como no-lo atesta a toponímia (134). Conserva-se a designação de «Antas» e a documentação medieval refere «Arca de Samigosa» ou ainda «Mamoa Pedrosa» (135).

Antas e mamoas, ou arcas, que são usualmente interpretadas como sepulturas megalíticas, não foram ainda comprovadas arqueologicamente em Campanhã (136).

Aqueles topónimos localizam-se na zona mais elevada e plana da freguesia, o que, de alguma maneira, coincide com a tendência de implantação deste tipo de monumentos funerários.

Russel Cortez, em 1943, ao efectuar uma sondagem no corte feito no terraço fluvial, para a construção da Estrada Marginal, detectou, junto ao Esteiro de Campanhã, os objectos mais antigos do povoamento à beira-rio e atribuídos pelo autor ao Paleolítico (137).

É possível que a vida que aí se desenrolava se articulasse com a ocupação da elevação próxima, o monte de Noeda (138), associação que, em outros pontos do país, se comprova a partir de finais da Idade do Bronze.

Na idade do Ferro, as populações parecem privilegiar o cimo dos montes, sendo bem possível a ocupação do castro de Noeda, dominando a confluência dos rios Tinto e Torto com o Douro, e possivelmente em articulação com outros castros próximos, como Gondomar, Oliveira do Douro e o Morro da Sé.

A ocupação romana, já comprovada na área circundante a Campanhã, permite-nos esperar que aqui venham a ser encontrados testemunhos arqueológicos também para este período. De facto, são conhecidos o cemitério romano de Penouço (Rio Tinto) (139), o tesouro monetário de Monte Crasto (Gondomar) (140), a intensa exploração mineira nos actuais concelhos de Valongo e Gondomar; e, mais recentemente, voltou a comprovar-se a presença romana no Morro da Sé do Porto, através de espólio variado (moedas, cerâmica, vidros, etc.) (141). O mesmo se verifica na margem Sul do Douro (142).

A implantação romana permanece através do topónimo «Campanhã»; «Contumil» e «Godim», são topónimos de raiz germânica e, segundo J. Piel, trazem até nós a memória dos domínios suevo e visigodo.

Mas a toponímia tem sido objecto de interpretações diversas. Segundo a recente tese de Moisés Espírito Santo, topónimos como Alagoa («lugar de culto»), Maceda («lugar de reunião ou assembleia de onde partem as decisões»), Furamontes em vez de Ferramontes (paralelismo com minas de ferro), Currais («forno» ligado ao trabalho de forja), Rio Tinto e Ranha («choro ou pranto», ligados a prantos rituais na ocasião em que o rio se tingia de vermelho devido às terras férreas que arrastava), Tirares («deriva de Tiro?», cidade fenícia exportadora de tecidos), Godim («corrupção de Godel, título honorífico atribuído a um homem rico e poderoso»), seriam provenientes do fundo linguístico pré-romano.

«A língua hebraica ou uma língua semita com muitas afinidades com esta, foi a língua falada antes do latim em todo o território português» (143). Os fenícios, cuja língua «é essencialmente o hebraico» (144), estabeleceram na Península Ibérica feitorias comerciais que aquele Autor associa a «acções de povoamento e civilização» durante dois ou três milénios (145). Grandes exploradores do ouro e da prata, os Fenícios, com a fama de «gente das forjas», comerciavam

também pedras preciosas, objectos de toilette e sobretudo tecidos, com destaque para os de côr púrpura.

Deste modo, a microtoponímia de Campanhã guardaria a marca da presença sucessiva de semitas (fenícios), latinos e germanos.

2.2 - Enquadramento territorial

A freguesia de Campanhã, localiza-se no extremo Oriental do Concelho do Porto (Ver Anexo 3A).

É delimitada a Sul pelo rio Douro, a Este e a Nordeste pelo Município de Gondomar e a Oeste a freguesia confina com as de Bonfim e de Paranhos. Com uma área de 813 hectares, corresponde a cerca de um quinto do território concelhio, constituindo a maior freguesia do Porto, ocupando parte da vertente norte do rio Douro, que se desenvolve em degraus até à linha de altura a que corresponde a cota de 160 - 180 metros, definida pelos Montes da Bela Vista, Antas, Contumil e Currais.

2.3 - Condições naturais

Numa perspectiva geomorfológica, em que as transformações ocorridas na paisagem são impensáveis em termos de uma geração, mas sim no decurso de milhares de anos, a superfície em que assenta a freguesia de Campanhã foi fortemente erodida, principalmente pela acção da escorrência, que motivou o deslizamento de materiais ao longo da vertente, até ao nível de base local que era, e continua a ser, o rio Douro (146).

A acção erosiva das águas foi modelando este espaço, destacando-se, na actualidade, as duas linhas de água locais, os rios Tinto e Torto, que ao esculpirem e alargarem os seus vales alteraram fortemente a paisagem antecedente.

As características geológicas do substrato rochoso, bem como os factores hídricos, determinaram uma superficie que, ao contrário da restante margem direita do rio Douro (com fortes declives), detém cotas que se situam entre os zero e os vinte metros, correspondentes à foz daqueles rios - Esteiro de Campanhã.

Na área do Freixo define-se uma das linhas de contacto entre o granito e o xisto, separando para oeste a área mais acidentada, Azevedo. Se o granito oferece alguma resistência aos agentes modeladores, o mesmo não acontece com o xisto cuja composição geológica permite maior desgaste. Daí a formação de uma área de cotas mais baixas, com formas de relevo brandas, de vertentes suaves e vales pouco profundos.

Assim se definiram terrenos que propiciaram a prática agrícola, a nascente de uma faixa hoje delimitada, grosso modo, pela Estrada da Circunvalação. Se, no presente, a agricultura mais não é do que actividade residual, constituiu outrora, sem dúvida, a principal ocupação da população e a única fonte de rendimento de algumas casas senhoriais e dos seus caseiros.

Os vestígios mais nítidos situam-se sobretudo na área de altitudes entre os 60 e os 80 metros (margens dos rios Tinto e Torto), onde se inserem numerosas habitações, semeadas numa rede fruste de caminhos, desorganizada, e orientada pela topografia. Será muito provavelmente a área de ocupação humana continuada mais antiga, integrando, entre outros, os lugares da Bonjóia, Azevedo, Pinheiro, Freixo e Vila Meã.

A área de altitudes médias, situada entre os 80 e 140 metros, onde se enquadram os lugares de Currais, Cruz, Contumil, Antas, Lameira, Bela Vista e Godim, permite admitir, antes da ocupação

populacional recente, a existência de áreas florestadas com árvores de grande porte, como carvalhos e pinheiros ou, nos lameiros, terras pantanosas onde o pasto crescia com abundância.

Nas áreas alagadas pela cheia invernal (em Azevedo, Freixo, Granja, Meiral, Pego Negro e Outeiro do Tine) ou com maior disponibilidade de água, o carvalho seria substituído por uma formação arbórea de folhagem caduca: os choupos, os freixos e os amieiros, ou ainda, por espécies de menor porte e folhagem persistente, como o azevinho.

Com o decorrer dos tempos, o homem destruiu e substituiu as árvores originais, rompeu o equilíbrio milenar, e criou novos tipos de floresta, introduzindo, por exemplo, o castanheiro, que em muitos locais sucedeu ao carvalho.

A presença destas formações acabou por caracterizar determinadas áreas, facto bem patente na toponímia local - Ruas do Freixo, do Pinheiro de Campanhã e do Souto de Contumil, deixando advinhar a antiguidade destas vias e a falta de outros elementos de referência e de identificação, numa paisagem composta de pequenas casas e uma sucessão de campos e de florestas.

2.4 - A ocupação humana

Os factores físicos de um território são fundamentais ao estabelecimento humano. Numa primeira fase da sua organização a grande limitação poderá ser o próprio relevo, condicionando o traçado dos caminhos, a existência ou não de bons solos agrícolas e áreas defensivas, factores presentes na fixação populacional séculos atrás.

Cite-se, a título de exemplo, no que respeita à defesa do território, o limite oeste da freguesia, onde se localizam as cotas mais elevadas (160-180 metros). Se, actualmente, essa área é atravessada pela Avenida de Fernão de Magalhães, importante via de penetração na área central,

terá sido há pouco mais de um século, numa altura em que se questionavam posições e estratégias defensivas na luta entre liberais e miguelistas, local escolhido para a construção de fortificações.

Note-se que a área oriental do vasto território portuense, dada a baixa altitude marginal, facilitava o acesso ao seu interior, contando que o rio Douro constituía a única via de transporte eficaz.

A confirmá-lo, está a Bateira das Oliveiras, a norte da Quinta da China; o Forte de Campanhã a sul da Quinta de Rangel e o Forte do Pinheiro no extremo norte e consta da «Carte Topographique des Lignes D'Oporto» de 1834 da autoria de F. P. A. Moreira (Ver Anexo 3B).

Assim, pode imaginar-se outrora na freguesia de Campanhã uma população vivendo quase exclusivamente da prática agrícola (complementada pela criação de gado e pastorícia), que produzia principalmente para a satisfação das suas necessidades.

As deslocações à cidade eram pouco frequentes, tal a distância e tendo em conta o tipo de transporte disponível. Assim mesmo, realizava-se com certa regularidade, a Feira do Gado (ou Feira dos Bois) no Campo 24 de Agosto (mais tarde transferida para a Corujeira), e à qual acorriam muitos criadores e agricultores de Campanhã.

De facto, a existência de dois rios (Tinto e Torto) e a localização na margem direita do rio Douro, terá favorecido a escolha da fixação, não só por deterem terrenos férteis nas suas margens, mas também pela necessidade de água para as actividades da população.

A proximidade do rio Douro permitiu que ao longo do tempo, dada a reduzida altitude da freguesia a sul (Esteiro de Campanhã), se fixasse e desenvolvesse uma povoação em larga medida relacionada com a pesca e comércio fluvial e marítimo.

Os «valboeiros» eram utilizados não só para a pesca do sável, mas também para o transporte de passageiros e mercadorias, principalmente pão, diariamente trazido pelas padeiras até à Ribeira.

De facto, não podemos ignorar que a dificuldade de penetração para o interior por terra, era ultrapassada pela possibilidade de navegar no Douro, rio que apresenta um considerável caudal médio anual.

É óbvio admitir que, se existiu este tipo de actividade, ela perdurou até ao momento em que o crescimento das necessidades de consumo, o tipo e o ritmo da vida urbana e a necessidade de tornar mais rentáveis as operações piscatórias, criaram novos hábitos e com eles o abandono de muitas áreas onde se praticava uma pesca tradicional.

Por outro lado, a boa qualidade do solo e a suavidade do relevo nalguns locais, terão beneficiado a prática da agricultura, cuja função de abastecimento variou ao longo do tempo.

Pode ainda imaginar-se que os lavradores deste espaço, próximo do burgo portuense, produziam não só para consumo local, mas também para as freguesias mais centrais da cidade. A agricultura era praticada por uma população dispersa que contactava com a cidade sobretudo pelas ruas do Freixo, Meiral, Azevedo, Bonjóia e S. Roque da Lameira, que irradiavam do núcleo antigo.

A existência de desníveis no terreno, exigiu ainda a prática de agricultura em pequenos vales e rechãs (por vezes em socalcos), reflexo dos esforços empreendidos para vencer os condicionalismos naturais.

Mais tarde, o crescimento industrial e urbano vai marginalizar esta actividade, passando a ter uma função complementar e, mais recentemente residual, destinada sobretudo ao consumo doméstico, praticada em pequeníssimos quintais ou em raros campos nos vales dos rios Tinto e Torto.

Assim, principalmente a partir do século XIX, com o crescimento da cidade do Porto, a urbanização vai entrar em concorrência directa com a actividade agrícola na ocupação do solo.

Com efeito, a industrialização desenvolve-se em estreita competição com o espaço rural, acompanhando um povoamento disperso ao longo das principais vias, beneficiando de uma mão-

de-obra barata, que abundava na freguesia de Campanhã, quando a existência de matéria prima (linho) e energia (água) contribuiram para o arranque e consolidação da indústria nesta área.

Se inicialmente as estradas que ligavam a freguesia ao centro mais não eram do que simples caminhos, mais tarde, com a abertura de novas ruas e a instalação de unidades fabris, vislumbra-se um futuro diferente.

Por conseguinte, e não esquecendo que se trata de uma área considerada durante muito tempo «arrabalde» do velho núcleo portuense, teremos de admitir que ela foi alvo da projecção de inúmeras realizações urbanísticas, numa altura em que o núcleo central começava a ficar congestionado populacionalmente.

Assim, das planas áreas ribeirinhas (Freixo, Meiral, Pinheiro, Bonjóia e Azevedo), a população espalha-se pelas de cota mais elevada (Currais, Cruz, Contumil, Antas e Godim) não com o intuito de amanhar a terra, mas procurando locais para residir, numa altura em que as práticas agrícolas deixam de ser rentáveis.

A modificação tanto do espaço físico como das próprias actividades, encontra-se directamente ligada ao estabelecimento de novas infraestruturas, como a da construção da estação do caminho-de-ferro, que resultou, fundamentalmente, no aparecimento de um pólo que acrescentou a área da estação aos antigos lugares do Pinheiro, Bonjóia e Azevedo.

3. – População e Habitação

Sendo o Homem o motor do crescimento urbano, ele necessita de alojamento. Mas, se outrora havia possibilidade de optar por um lugar aprazível para viver, longe da velha urbe e da sua incómoda agitação, actualmente, com o crescente aumento da ocupação do espaço, é o preço do solo e a capacidade económica das populações que vai ditar as suas regras.

Foi, de facto, o que aconteceu na freguesia de Campanhã, quando, em consequência do surto industrial que aí se concretizou de forma marcante, ocorreu um significativo aumento populacional que terá derivado não só da chegada de indivíduos oriundos do interior, como também de deslocados da área central que, (principalmente a partir de meados do nosso século) passaram a residir na freguesia.

Assim, foi sendo adulterado um espaço que inicialmente terá sido considerado dos mais aprazíveis para residir, nomeadamente pelos brasileiros, ingleses e alemães, quando aí construíram os seus palacetes.

Trata-se de uma área que principalmente a partir do século XIX com a industrialização e a utilização de combustíveis fósseis (carvão, petróleo, gás, entre outros), registou um estado atmosférico pouco desejável. Problema tanto mais grave em áreas que, além de industriais, vão sendo preenchidas por outras actividades urbanas, onde às substâncias resultantes dos processos industriais se junta o tráfego automóvel contribuindo não só para o aumento dos poluentes mas também para a agitação.

Entretanto, a esta vasta freguesia, que durante muito tempo ficou marcada pelas suas casas rurais, foi adicionado, fruto de um avanço técnico, um vasto espólio de construções com os mais sofisticados materiais, que nem sempre resultam esteticamente. E, as preocupações com as condições da habitação aumentam no início deste século, quando as entidades responsáveis se dão conta da precariedade da situação, que se resumia na falta de alojamento para uma população que não parava de crescer. Tomou-se por fim consciência do modo como viviam muitos trabalhadores, no interior dos lotes, por trás das casas burguesas, cujos proprietários procuravam rentabilizar os quintais das suas casas, com o aluguer de uma série de habitações por eles construídas formando as «ilhas».

Contudo, para melhor se entender a existência das «ilhas» é necessário recuar ao século XVIII, e à intervenção dos Almadas.

Além das grandes directrizes por eles definidas, visaram ainda a construção de residências para a burguesia fora do núcleo antigo, dado o seu congestionamento. Foi então reorganizado o parcelamento, através de um loteamento regular que estabelecia um lote bastante estreito (com cerca de 5 metros de largura) e comprimento acentuado.

Foram construídas as residências burguesas à face da estrada e, no interior do lote, mais tarde, numa altura de grande procura de habitação gerada pela revolução industrial, as conhecidas «ilhas».

Podemos observar diferentes tipologias de habitação em Campanhã, (além daquelas que foram herdadas de séculos anteriores), fruto de políticas governamentais, iniciativas cooperativistas ou privadas.

Terá sido em meados do século, com o intuito de promover uma consciência familiar, que o Estado Novo inicia a construção de casas unifamiliares, com algum espaço envolvente aproveitado normalmente como quintal.

Mais tarde, e dada a impossibilidade de suportar aqueles encargos em termos económicos, passou-se à edificação de casas muito semelhantes às anteriores, mas que deveriam ser adquiridas pelos seus moradores (Bairros do Ilhéu, Costa Cabral e S. Roque da Lameira).

Na década de 60 e 70, dada a escassez de espaço e a possibilidade de construir um elevado número de habitações numa reduzida área (o que equivale a menores custos) surgem blocos de 3 e mais pisos formando, entre outros, os Bairros de Contumil, Falcão, Lagarteiro, S. João de Deus e Cerco, cuja função seria alojar o máximo de famílias.

Daqui, e pensando que alguns dos indivíduos tinham um modo de vida original (na área central ou em áreas rurais), que nada tem a ver com o que lhes é agora exigido, resultaram graves problemas de âmbito social, uma vez que a perda forçada de certos referenciais de vida resulta, como é óbvio, no isolamento e até na desordem vivencial.

O problema da habitação, longe de estar resolvido, persiste nos nossos dias e é mesmo dos mais graves da autarquia. Entretanto, a par das estruturas anteriores, somam-se recentemente outros grupos que, na tentativa de melhorar a sua qualidade de vida em termos habitacionais, canalizam as suas economias e formam cooperativas (A Casa, Tripeira, Novo Rumo, entre outras) construindo blocos que variam entre os 4 e 6 pisos, por forma a rentabilizar o espaço.

São soluções viáveis a curto prazo, quando pensamos em dar resposta imediata às necessidades da população. No entanto, falta a visão integrada dos problemas: olhe-se para o que nos resta em termos de espaços livres e na fisionomia das vias que suportam uma circulação cada vez mais saturada.

Mesmo a grande escala, se no início havia preocupações no que respeita à reserva de espaços verdes para os residentes, o que hoje observamos, porém, nestes blocos de habitação social, não são mais do que meros logradouros públicos, onde a manutenção dos canteiros é, as mais das vezes, esquecida transformando-se em páteos de terra batida onde as crianças brincam.

Inúmeros são os problemas dos espaços de circulação, cuja consecução no nosso século, apesar das muitas intervenções planeadas, é praticamente nula, resumindo-se as vias existentes às que foram construídas no século passado, (com excepção para a construção recente da Via de Cintura Interna e Ponte do Freixo) ao alargamento dos velhos caminhos rurais ou, por força da situação, à abertura de acessos para algumas residências e blocos residenciais.

3.1 - População

Entre 1900 e 1991 a freguesia de Campanhã praticamente quadruplicou a sua população: 12 707 em 1900 para 49 107 habitantes em 1991. Trata-se, de facto, de um crescimento extraordinário, principalmente se comparado com o do concelho; no mesmo período, a população do concelho do Porto aproximou-se da duplicação: 159 027 em 1900 para 302 472 habitantes em 1991 (Quadro I e Gráfico 1).

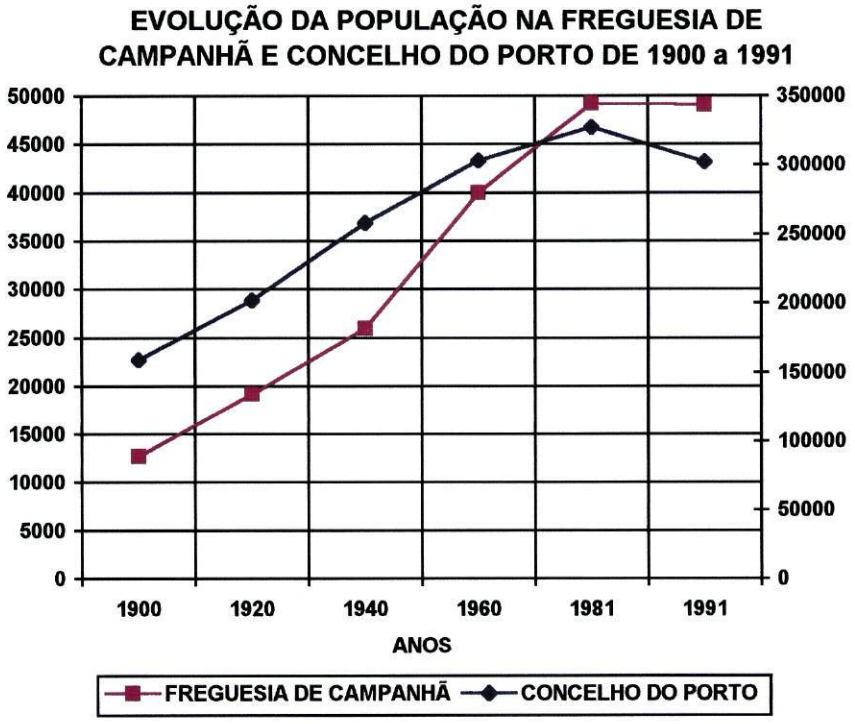
Quadro I – População da Freguesia de Campanhã e Concelho do Porto

Evolução: 1900 - 1991

POPULAÇÃO DA FREGUESIA DE CAMPANHÃ E CONCELHO DO PORTO – EVOLUÇÃO 1900 – 1991			
Anos	**População (em milhares)**		**Relação em % Campanhã / Porto**
	Campanhã	**Porto**	
1900	12.707	159.027	8,0
1920	19.184	202.310	9,5
1940	25.972	258.548	10,0
1960	40.035	303.424	13,2
1981	49.289	327.368	15,1
1991	49.107	302.472	16,2

Fonte: *INE, censos e estimativa*

Gráfico 1:



Também a estrutura populacional da freguesia de Campanhã por grandes grupos etários, (0-14 anos; 15-64 anos e 65 e mais anos), denota uma maior juventude relativamente à do concelho do Porto.

Há uma maior proporção de jovens (19,5% na freguesia, contra 17% no concelho) e simultaneamente uma menor proporção de idosos (14,8% no concelho, contra 12,7% na freguesia). E, dentro destes, uma mais baixa proporção dos grandes idosos (Quadros II e III).

Estamos, pois, perante uma freguesia cuja estrutura populacional é mais jovem que a do concelho.

Quadro II – Estrutura etária da população da Freguesia de Campanhã e do Concelho do Porto (1991)

ESTRUTURA ETÁRIA DA POPULAÇÃO DA FREGUESIA DE CAMPANHÃ E DO CONCELHO DO PORTO, EM 1991				
	Grupos etários			
	0 – 14	**15 – 64**	**65 e + anos**	**Total**
Campanhã	9 566 (19,5%)	33 284 (67,8%)	6 257 (12,7%)	49 107 (100%)
Porto	51 269 (17%)	206 423 (68,2%)	44 780 (14,8%)	302 472 (100%)

Fonte : INE, Censo 1991

Quadro III – Estrutura etária da população idosa da Fregusia de Campanhã e do Concelho do Porto (1991)

ESTRUTURA ETÁRIA DA POPULAÇÃO IDOSA DA FREGUESIA DE CAMPANHÃ E DO CONCELHO DO PORTO, EM 1991								
Grupos etários	**Campanhã**				**Porto**			
	Homens		**Mulheres**		**Homens**		**Mulheres**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
65 – 69 anos	973	15,6	1321	21,1	6318	14,1	9200	20,5
70 – 74 anos	636	10,2	966	15,4	4130	9,2	6886	15,4
75 – 79 anos	426	6,8	799	12,8	3266	7,3	6042	13,5
80 – 84 anos	213	3,4	485	7,7	1546	3,5	3988	8,9
≥ 85 anos	121	1,9	317	5,1	773	1,7	2631	5,9
Total	**2 369**	**37,9**	**3 888**	**62,1**	**16 033**	**35,8**	**28 747**	**64,2**
(Masc. + Fem.)	**6 257**				**44 780**			

Fonte: *INE, Censo 1991*

3.2 – Habitação

De acordo com o censo de 1981, existiam na freguesia de Campanhã 14 210 fogos que albergavam 13 434 famílias. Boa parte destes fogos fazem parte dos quatorze "Bairros Sociais" e das setenta e quatro "Ilhas" implantadas na freguesia" (Quadro IV).

Quadro IV – Número de famílias e alojamentos na Freguesia de Campanhã e Concelho do Porto - Evolução 1940-1981

	Famílias		Alojamentos	
Anos	**Campanhã**	**Porto**	**Campanhã**	**Porto**
1940	5 761	58 232	6 929	64 714
1960	10 295	81 298	10 055	80 102
1970	11 738	81 902	12 319	82 377
1981	13 434	97 582	14 210	99 699

Fonte: *I.N.E. XII Recenseamento geral da População e III da Habitação*

CAPÍTULO II: -OBJECTIVOS

1. - Justificação

Este estudo sobre a população idosa deriva, em primeiro lugar, da evidência de que o envelhecimento populacional tem vindo a adquirir uma importância crescente, em todo o mundo e, pela necessidade do conhecimento da complexidade dos problemas sociais, económicos e culturais, decorrentes do aumento progressivo e constante das chamadas "pessoas idosas". Em segundo lugar, surge como complemento da actividade assistencial que temos vindo a desenvolver desde há vários anos no Centro de Saúde de Campanhã/ Unidade de Saúde de Ilhéu. Este estudo foi realizado na população idosa da freguesia de Campanhã da cidade do Porto, na qual o Centro de Saúde de Campanhã se encontra inserido.

2. - Objectivos

São pois, objectivo deste estudo a avaliação/determinação dos seguintes parâmetros:

2.1 - Problemática geral da terceira idade

2.1.1 - Principais problemas da terceira idade da população em estudo

2.1.2 - Soluções para os problemas da terceira idade da população em estudo

2.1.3 - Solidão

2.1.4 - Estado de espírito/humor

2.2 - Trabalho e reforma

2.3 - Habitação

2.3.1 - Tipo de habitação

2.3.2 - Condições de habitabilidade

2.3.3 - Equipamento doméstico

2.4 - Capacidade económica

2.4.1 - Nível de Rendimentos

2.4.2 - Rendimento familiar mensal

2.4.3 - Dependentes do rendimento mensal

2.5 - Coabitação, relações familiares e sociais

2.5.1 - Tipo de Coabitação

2.5.2 - Apoio domiciliário

2.6 - Lazer e tempo livre

2.6.1 - Utilização do tempo livre

2.6.2 - Acessibilidade aos meios de comunicação social

2.6.3 - Férias

2.7 - Saúde e assistência médica

2.7.1 - Doenças reportadas

2.7.2 - Visão

2.7.3 - Audição

2.7.4 - Capacidade motora

2.7.5 - Consumo de cuidados de saúde

2.7.6 - Qualidade de assistência recebida

2.7.7 - Consumo de medicamentos

2.7.8 - Cuidados preventivos

2.7.9 - Cuidados médicos a doentes terminais:

2.7.9.1 - Prolongamento artificial da vida

2.7.9.2 - Adiamento artificial da morte

2.7.9.3 - Doação de órgãos

2.8 - Estudo encastoado

Enquadrado no âmbito do trabalho desenvolvido para esta tese, é incluído um estudo encastoado. Consta do capítulo VII do contributo pessoal desta dissertação. Os objectivos e seu enquadramento estão nele especificamente desenvolvidos.

CAPÍTULOIII: -MATERIAL E MÉTODOS

1 - População

A escolha da população alvo foi a população idosa da freguesia de Campanhã da cidade do Porto, pelos motivos que atrás ficaram expressos.

A opção pela população urbana deve-se ao facto de conhecermos melhor esta freguesia, dado aí desenvolvermos a nossa actividade assistencial, tornando-se por isso mais acessível.

A opção por uma só freguesia, em detrimento de uma amostra representativa da população urbana deveu-se ao facto de se desejar ter um bom conhecimento da totalidade da população alvo, o que se consegue tanto mais facilmente quanto mais delimitada for essa população.

2 - Métodos

A metodologia adoptada consistiu, em resumo, nos seguintes passos:

1. Elaboração de um questionário à população idosa;
2. Ensaio-piloto;
3. Selecção da amostra;
4. Aplicação do questionário;
5. Registo de dados;
6. Análise estatística;
7. Interpretação dos resultados.

2.1 - Questionário

O questionário adoptado (Anexo2A) é uma versão modificada do usado por Bernard Krief, S.A. no estudo da população idosa espanhola (132).

É constituído por noventa e cinco variáveis, abordando os seguintes itens:

A. Características sócio-demográficas

B. Ancianidade

C. Trabalho e reforma

D. Saúde e assistência médica

E. Habitação

F. Capacidade económica

G. Convivência

H. Tempos livres

2.2 - Ensaio-Piloto

O questionário foi inicialmente aplicado a uma amostra da população alvo (ensaio-piloto) para testar o tempo necessário ao preenchimento de cada questionário, a compreensibilidade das perguntas, as dificuldades encontradas pelos inquiridores, e a sua adequabilidade aos objectivos propostos.

Após a introdução de algumas alterações ao questionário, sugeridas por este ensaio piloto, foi o mesmo aplicado a um grupo de idosos, utentes do Centro de Saúde de Campanhã/ Unidade de Saúde de Ilhéu, mostrando-se adequado aos objectivos.

2.3 - Selecção da amostra

Estabeleceu-se como unidade de observação o indivíduo do sexo masculino e/ou feminino com idade igual ou superior a 65 anos, inscrito nos cadernos eleitorais da freguesia de Campanhã. Para este efeito foram consultados os cadernos eleitorais da freguesia de Campanhã e seleccionados todos os indivíduos com as características descritas para a unidade de observação e anotados:

- Número de ordem
- Nome
- Sexo
- Data de nascimento
- Morada

Deste modo, constituiu-se uma população de 9827 (nove mil oitocentos e vinte e sete) idosos, sendo 3887 (três mil oitocentos e oitenta e sete) do sexo masculino e 5940 (cinco mil novecentos e quarenta) do sexo feminino, que representam a totalidade dos idosos inscritos nos cadernos eleitorais da freguesia de Campanhã e foram numerados de 1 (um) a 9827 (nove mil oitocentos e vinte e sete). Conforme se pode constatar através do Quadro III, estes efectivos populacionais, não correspondem aos efectivos apurados pelo censo de 1991, que se cifraram em 6257 (seis mil duzentos e cinquenta e sete) efectivos. Aqueles representam um acréscimo populacional do escalão etário ≥ 65 anos de idade de 6257/9827, ou seja, a diferença de efectivos entre o censo de 1991 e de cidadãos idosos inscritos nos cadernos eleitorais, representa uma diferença para mais de 36,3%.

Através de uma tabela de números casualizados, foi seleccionada uma amostra aleatória de 980 (novecentos e oitenta) idosos (anexo 2) o que corresponde a 10% da população considerada.

A etapa seguinte consistiu na investigação dos assentos de óbitos do Registo Civil, e constatámos que 219 (duzentos e dezanove) dos 980 (novecentos e oitenta) idosos (22,3%) já haviam falecido, mas não estavam abatidos nos cadernos eleitorais.

Destes 219 (duzentos e dezanove) idosos já falecidos, 103 eram do sexo masculino e 116 do sexo feminino. Deste modo passou a nossa amostra a contar com 761 (setecentos e sessenta e um) idosos. Durante a aplicação dos questionários verificámos, no domicílio, a ocorrência de mais 72 óbitos, sendo 28 do sexo masculino e 44 do sexo feminino, ficando a nossa amostra populacional inicial reduzida a 689 (seiscentos e oitenta e nove) idosos. Destes 689 idosos, duzentos e trinta e um (231) não foram encontrados: por não existência de número de porta (47), ter mudado de residência (86) e ter sido demolida a habitação (98). Quanto aos casos não encontrados é importante referir neste momento, que a freguesia de Campanhã tem sofrido grandes alterações, nomeadamente pelo atravessamento que é feito através do eixo viário, Via de Cintura Interna (V.C.I.), da ponte do Freixo e seus acessos, e da construção da nova estação do caminho de ferro de Contumil, que acarretaram bastantes expropriações em pleno tecido urbano e consequente demolição de muitos imóveis.

Assim, a nossa amostra populacional torna a diminuir e desta feita para 458 (quatrocentos e cinquenta e oito) idosos. Ainda assim, não foi possível entrevistar todos estes idosos porque 137 (cento e trinta e sete) não se dispuseram a responder, usando escusas de toda a ordem, ficando então o nosso estudo limitado a 321 (trezentos e vinte e um) idosos.

Como atrás é referido, o número de idosos inscritos nos cadernos eleitorais e os efectivos apurados no censo de 1991, estão muito longe de se equipararem.

Se considerarmos o censo de 1991, a amostra populacional objecto do nosso estudo, representa um pouco mais de 5% dos efectivos apurados para o grupo etário ≥ 65 anos, na freguesia de Campanhã.

Segundo a O.M.S.(133) uma amostra representativa de uma população pode obter-se através da Tabela 1. Sendo a proporção de idosos da freguesia de Campanhã próxima de 13%, fica no intervalo 10-15% da tabela, a que corresponde um tamanho desejável da amostra entre 325 e 290 unidades de observação a incluir no estudo.

TABELA 1: Dimensão da amostra na amostragem a partir de listas

Proporção estimada	Tamanho desejável da amostra	Proporção estimada	Proporção estimada	Tamanho desejável da amostra	Proporção estimada
0.05	420	0.95	0.30	195	0.70
0.10	325	0.90	0.35	170	0.65
0.15	290	0.85	0.40	145	0.60
0.20	255	0.80	0.45	120	0.55
0.25	225	0.75	0.50	100	0.50

Fonte: OMS/IEA 1986

2.4- Aplicação do questionário

O questionário foi aplicado pelo autor do estudo e por duas Assistentes Sociais que se dispuseram a colaborar no trabalho de campo. Estas Assistentes Sociais foram previamente informadas sobre o objectivo e exigência do estudo, esclarecidas sobre algumas das suas particularidades, treinadas

para solucionarem eventuais problemas inerentes a este tipo de estudos e devidamente esclarecidas/ensinadas nas técnicas de investigação populacional.

O método utilizado foi o da entrevista directa, porta-a-porta, ministrado de modo individualizado a cada um dos indivíduos seleccionados conforme descrito na selecção da amostra. Os idosos foram contactados nos seus domicílios, sendo previamente informados das finalidades do estudo. As perguntas do questionário foram formuladas de modo a não influenciar as respostas, sendo estas absolutamente voluntárias.

2.5 - Registo de dados

Os dados obtidos foram registados em base de dados (D BASE III Plus) (Anexo 4).

2.6 - Análise estatística

Elaborou-se a descrição de todas as variáveis bem como da sua interrelação e procedeu-se à análise das mesmas, através do teste de qui quadrado de Pearson.

Para a análise estatística dos diferentes parâmetros estudados utilizou-se o programa informático SPSS, versão 7.5.1. (Dezembro de 1996).

Foi considerado um erro de tipo I de 5%.

2.7 - Interpretação dos resultados

Os resultados obtidos foram, posteriormente, interpretados e discutidos.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Da amostra previamente seleccionada, 980 (novecentos e oitenta) idosos, podemos concluir o seguinte:

a) os efectivos populacionais registados nos cadernos eleitorais, não correspondiam aos efectivos apurados pelo censo de 1991 (Quadro III);

b) da investigação dos assentos de óbitos do Registo Civil, constatámos que 219 (duzentos e dezanove) idosos já haviam falecido, mas não estavam abatidos nos cadernos eleitorais;

c) durante a aplicação dos questionários, no domicílio, verificámos a ocorrência de mais 72 (setenta e dois) óbitos;

d) duzentos e trinta e um (231) idosos não foram encontrados;

e) cento e trinta e sete (137) idosos não se dispuseram a responder.

Assim, os resultados apurados dizem respeito aos 321 (trezentos e vinte e um) idosos restantes, os quais foram objecto do nosso estudo.

1. Características Sócio–demográficas

1.1. Sexo

Da distribuição por sexos da população estudada, observa-se uma sobrerepresentação do sexo feminino (Quadro V).

Quadro V: Distribuição por sexos da amostra

Sexo	n	%
Masculino	117	36,4
Feminino	204	63,6
Total	**321**	**100,0**

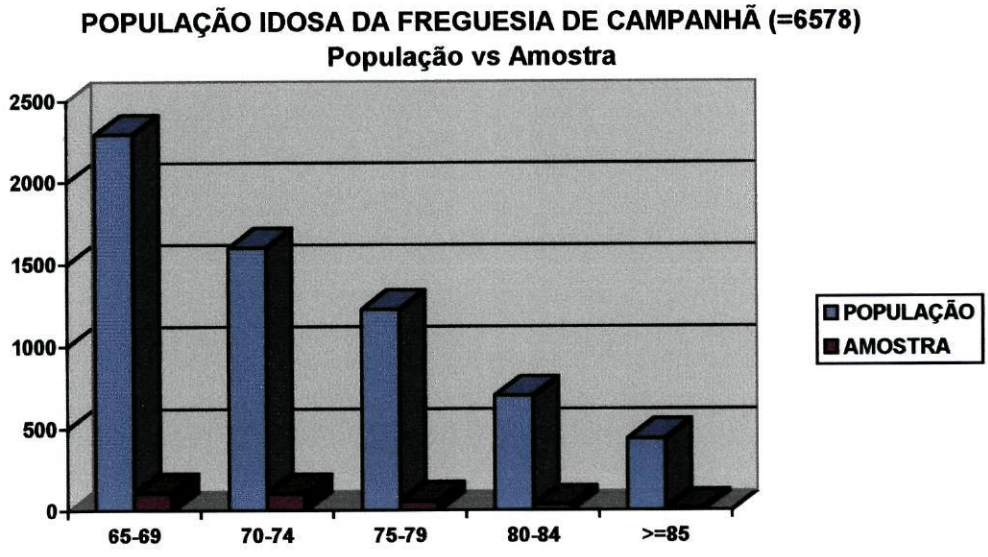
1.2. Idade

A idade varia entre os limites de 65 e 96 anos, com uma média de idades de 72,91 anos (desvio padrão 5,87). Existem diferenças estatisticamente significativas χ^2=10,79 (p=0,029), na distribuição dos grupos etários representados, entre a amostra populacional estudada e a população da freguesia de Campanhã. Estas diferenças fazem-se à custa dos grupos etários 70 – 74 anos que se encontra sobrerepresentado e do grupo etário ≥ 85 anos que se encontra subrepresentado na amostra populacional estudada (Quadro VI e Gráfico 2).

Quadro VI: Distribuição por grupos etários e sexo da amostra

Grupos etários (Anos)	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
65 – 69 anos	44	13,7	65	20,2	109	33,9
70 – 74 anos	38	11,8	67	20,9	105	32,7
75 – 79 anos	16	5,0	42	13,1	58	18,1
80 – 84 anos	13	4,0	23	7,2	36	11,2
≥ 85 anos	6	1,9	7	2,2	13	4,1
Total	**117**	**36,4**	**204**	**63,6**	**321**	**100,0**

Gráfico 2:



X=10,79 (p=0,03)

1.3. Estado Civil

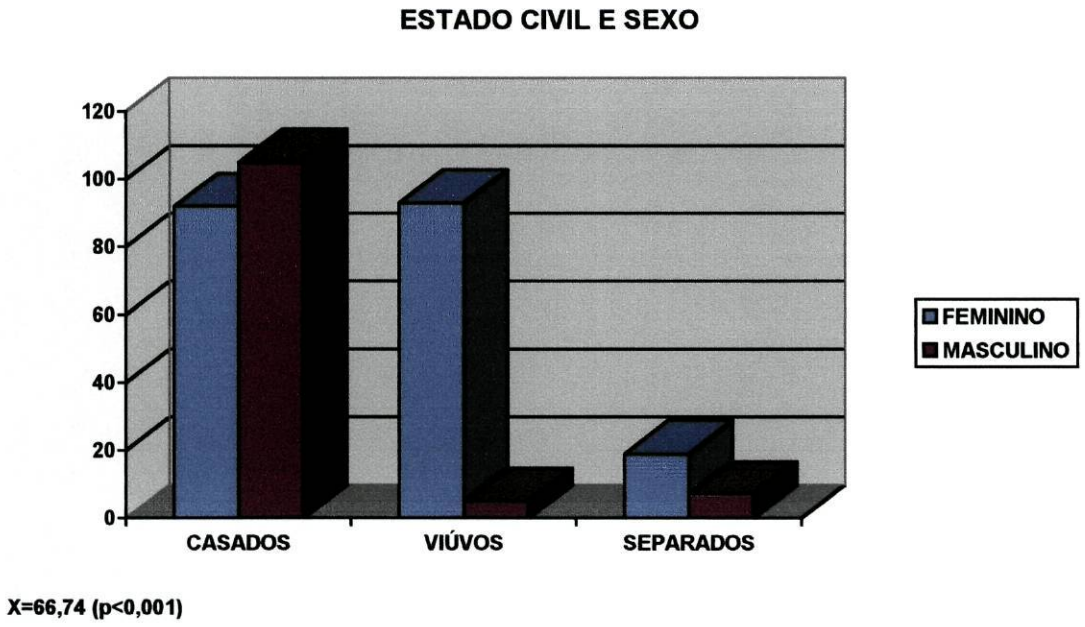
O estado civil que prevalece, é o estado de casado (61,4%), o dobro do que se lhe segue, o estado de viúvo (30,5%) (Quadro VII).

Quadro VII: Distribuição por estado civil e sexo da amostra

Estado Civil	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
Casado	105	32,7	92	28,7	197	61,4
Divorciado	2	0,6	1	0,3	3	0,9
Solteiro	5	1,6	18	5,6	23	7,2
Viúvo	5	1,6	93	29,0	98	30,5
Total	**117**	**36,4**	**204**	**63,6**	**321**	**100,0**

O estado civil não é independente do sexo. Assim, prevalece para os homens o estado de casado e para as mulheres o estado de viúva $\chi^2 = 66,74$ ($p< 0,001$) (Gráfico 3).

Gráfico 3:



1.4. Número de filhos

O número de filhos situa-se entre 0 e 11, com uma média de 2,17 filhos (desvio padrão 2,01).

1.5. Escolaridade

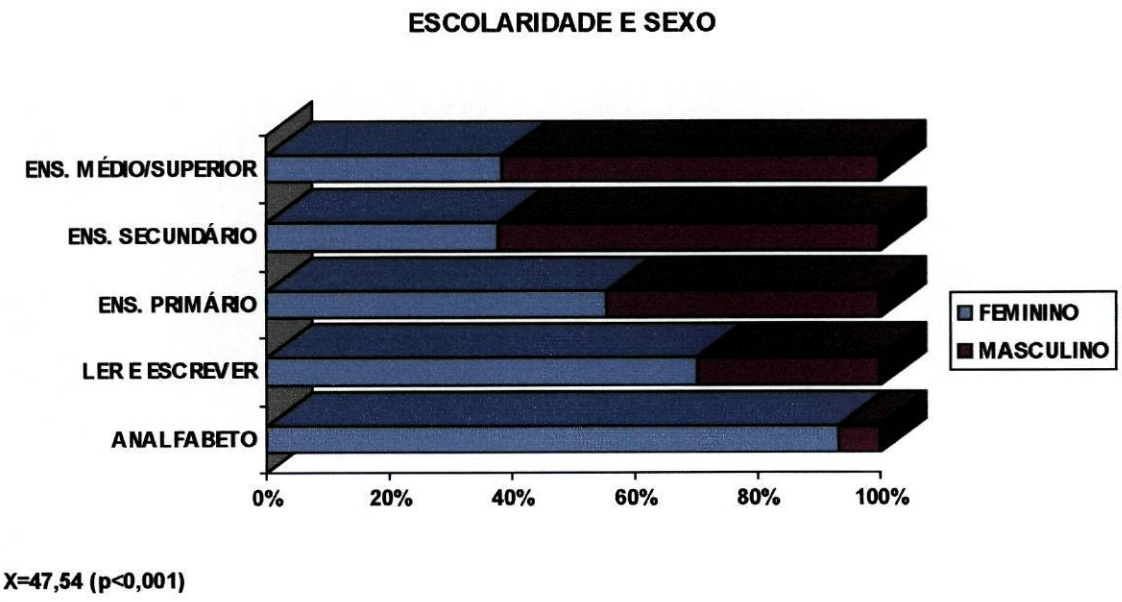
Os dados obtidos revelam que 74 (23,1%) dos idosos estudados são analfabetos; 47 (14,6%) sabem ler e escrever; 150 (46,7%) têm frequência do ensino primário; 37 (11,5%) têm frequência do ensino secundário; apenas 8 (2,5%) têm frequência do ensino profissionalizante e somente 5 (1,6%) haviam frequentado o ensino superior (Quadro VIII).

Quadro VIII: Escolaridade

ESCOLARIDADE	n	%
Analfabeto	74	23,1
Sabe ler / escrever	47	14.6
Ensino Primário	150	46,7
Ensino Secundário	37	11,5
Ensino Profissional	8	2,5
Ensino Superior	5	1,6
Total	**321**	**100,0**

Se considerarmos os sexos separadamente, estes influenciam a escolaridade; e no que ao analfabetismo diz respeito, ele é extraordinariamente importante nas mulheres. Da população idosa entrevistada, 69 (93,2%) dos 74 analfabetos, são do sexo feminino $\chi^2 = 47,54$ ($p< 0,001$) (Gráfico 4).

Gráfico 4:



1.6. Profissão

A profissão, intimamente relacionada com o nível de escolaridade, reflecte de alguma forma o baixo nível nesta encontrado. Assim as profissões mais frequentes são operário indiferenciado 136 (42,4%), operário especializado 84 (26,1%), funcionário público 24 (7,5%), industrial / comerciante 14 (4,4%) e profissional liberal 10 (3,1%) (Quadro IX).

Quadro IX: Profissão

PROFISSÃO	n	%
Profissão liberal	10	3,1
Funcionário público	24	7,5
Bancário	2	0,6
Industrial / Comerciante	14	4,4
Operário especializado	84	26,1
Operário indiferenciado	136	42,4
Não trabalhou	20	6,2
Outras	31	9,7
Total	**321**	**100,0**

2. PROBLEMÁTICA GERAL DA TERCEIRA IDADE

2.1. Principais problemas da terceira idade

Entre os principais problemas referidos pelos inquiridos destacam-se os de saúde 144 (44,9%), os económicos 100 (31,1%), a solidão 33 (10,3%), o abandono pela família 26 (8,1%), a marginalização social 9 (2,8%) e a falta de centros de dia 6 (1,9) (Quadro X).

Quadro X:Principais problemas das pessoas idosas

PRINCIPAIS PROBLEMAS DAS PESSOAS IDOSAS	n	%
Saúde	144	44,9
Económicos	100	31,1
Solidão	33	10,3
Abandono da família	26	8,1
Marginalização social	9	2,8
Falta de centros de dia	6	1,9
Outros	3	0,9
Total	**321**	**100,0**

Discernindo sobre as maiores necessidades sentidas pelos idosos inquiridos, verifica-se que estas continuam a ser a saúde 151 (47%) (a que mais os inquieta), seguida das económicas 76 (23,7%), de ter juventude 37 (11,5%), de ter afecto/companhia 25 (7,8%) e de ter habitação 11 (3,4%) (Quadro XI).

Quadro XI: Maior necessidade no momento

MAIOR NECESSIDADE NO MOMENTO	n	%
Ter saúde	151	47,0
Ter dinheiro	76	23,7
Ter juventude	37	11,5
Ter afecto / companhia	25	7,8
Ter habitação	11	3,4
Outros	16	5,0
Não sabe / não responde	5	1,6
Total	**321**	**100,0**

Realce-se que a necessidade de ter saúde é duas vezes mais mencionada, que ter dinheiro. Não obstante, dos problemas e necessidades manifestadas, quase 2/3 dos idosos referem viver bem/muito bem 197 (61,4%) (Quadro XII).

Quadro XII: Como vive actualmente

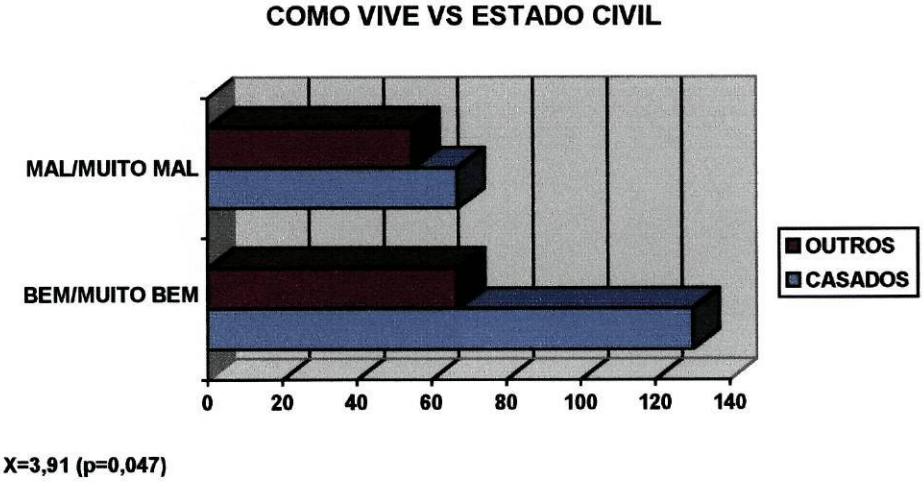
COMO VIVE ACTUALMENTE	n	%
Muito bem	8	2,5*
Bem	189	58,9*
Mais mal que bem	111	34,6
Francamente mal	11	3,4
Não sabe/ não responde	2	0,6
Total	**321**	**100,0**

** Somatório – 61,4%*

Pelo significado estatístico, a idade não parece influenciar o modo como vivem as pessoas idosas (χ^2=0,84 (p=0,93)).

O estado civil influencia a forma como as pessoas idosas vivem. A diferença embora aparentemente pequena, tem significado estatístico (χ^2=3,91 (p=0,047)) e são as pessoas casadas aquelas que referem viver melhor. O sexo (χ^2= 1,43 (p=0,23)) e o número de filhos (χ^2=0,94 (p=0,33)), não parecem influenciar o modo de vida dos idosos (Gráfico 5).

Gráfico 5:



Para avaliar a forma como responderiam às necessidades sentidas, colocámos a pergunta "se tivesse mais dinheiro em que o gastaria?"

Desta forma, reconhecem-se as necessidades, às quais se pretende dar resposta. Entre elas, as necessidades básicas (comida, vestuário/calçado, melhoramentos na habitação) ocupam um lugar de relevo 109 (34%). Isoladamente, sobressai a poupança 86 (26,8%), a ajuda à família 52 (16,2%) e as viagens 32 (10%) (Quadro XIII).

Quadro XIII: Usufruto de capacidades económicas

SE TIVESSE MAIS DINHEIRO EM QUE O GASTARIA	n	%
Poupança	86	26,8
Melhoramentos na casa	53	16,5
Com a família	52	16,2
Comida	41	12,8
Viagens	32	10,0
Vestuário/calçado	15	4,7
Outros	40	12,4
Não sabe/não responde	2	0,6
Total	**321**	**100,0**

2.2. As soluções para os problemas da terceira idade

Consideramos serem os idosos os que melhor conhecem os seus próprios problemas e que esse melhor conhecimento, lhes proporciona propor as melhores soluções. Estas passam por melhores pensões de reforma 152 (47,4%), ajuda no domicílio 83 (25,8%), mais centros de dia e lares 44 (13,7%) e hospitais para idosos 27 (8,4%) (Quadro XIV).

Quadro XIV: Soluções para as pessoas idosas

MELHORES SOLUÇÕES PARA AS PESSOAS IDOSAS	**n**	**%**
Melhores pensões de reforma	152	47,4
Ajuda no Domicílio	83	25,8
Mais centros de dia e lares	44	13,7
Hospitais para idosos	27	8,4
Outros	15	4,7
Total	**321**	**100,0**

Relativamente às entidades que deveriam dar resposta aos problemas das pessoas idosas, ressalta o papel da Administração Central e Local (Governo e Autarquias) 237 (73,7%), a família 35 (10,9%), a Igreja 14 (4,4%), cada idoso de "per si" 6 (1,9%) . A falta de expectativa e esperança também é sentida, havendo 15 (4,7%) que não vislumbram solução (Quadro XV).

Quadro XV: Respostas aos problemas dos idosos

QUEM DEVERIA DAR SOLUÇÕES AOS PROBLEMAS DOS IDOSOS	**n**	**%**
Governo	188	58,5*
Autarquia	49	15,2*
Família	35	10,9
Não tem solução	15	4,7
Igreja	14	4,4
Cada idoso deve resolver "per si"	6	1,9
Outros	14	4,4
Total	**321**	**100,0**

** Somatório – 73,7%*

Se os agentes que deveriam dar solução aos problemas sentidos, configuram um quadro de expectativa, a opinião sobre a situação real poderá resultar bastante diferente. Por isso se pergunta a opinião sobre "quem se preocupa com os problemas dos idosos". Não é de estranhar que cerca de 5% manifestassem a sua falta de esperança em soluções, quando 125 (38,9%) dos mesmos percebe que ninguém se preocupa com os problemas dos idosos.

Comparando os dados anteriores com as expectativas, verificam-se diferenças importantes.

Assim, o reconhecimento da contribuição do Estado (Administração Central e Local) é extraordinariamente baixo (expectativas=73,7%, reconhecimento=10,3%); pelo contrário, o papel da família cresce (expectativas=10,9%, reconhecimento=42,1%) (Quadro XVI).

Quadro XVI: Interesse pelas pessoas idosas

QUEM SE PREOCUPA COM OS PROBLEMAS DOS IDOSOS	n	%
Família	135	42,1
Ninguém	125	38,9
Governo	23	7,2*
Igreja	18	5,6
Autarquia	10	3,1*
Outros	10	3,1
Total	**321**	**100,0**

** Somatório - 10,3%*

2.3. Solidão

De entre os problemas que afectam as pessoas idosas, a solidão, sem ser a que com mais frequência é referida, consideramo-la importante, pelo que a analisaremos separadamente.

Se bem que apenas 51 (15,9%) dos idosos inquiridos vivam sós (Quadro XVII), este facto, de "per si", não significa que se sintam sós.

Quadro XVII: Coabitação

COM QUEM VIVE NORMALMENTE	n	%
Com o cônjuge	171	53,3*
Só	51	15,9*
Com filho com família	47	14,6**
Com filho sem família	25	7,8**
Com parentes	14	4,4**
Com irmãos	7	2,2**
Outros	6	1,8
Total	**321**	**100,0**

* *Somatório – 69,2%*

** *Somatório – 29% com a família*

Para percebermos melhor o sentido da informação, perguntou-se "ultimamente tem-se sentido só ao longo do dia?".

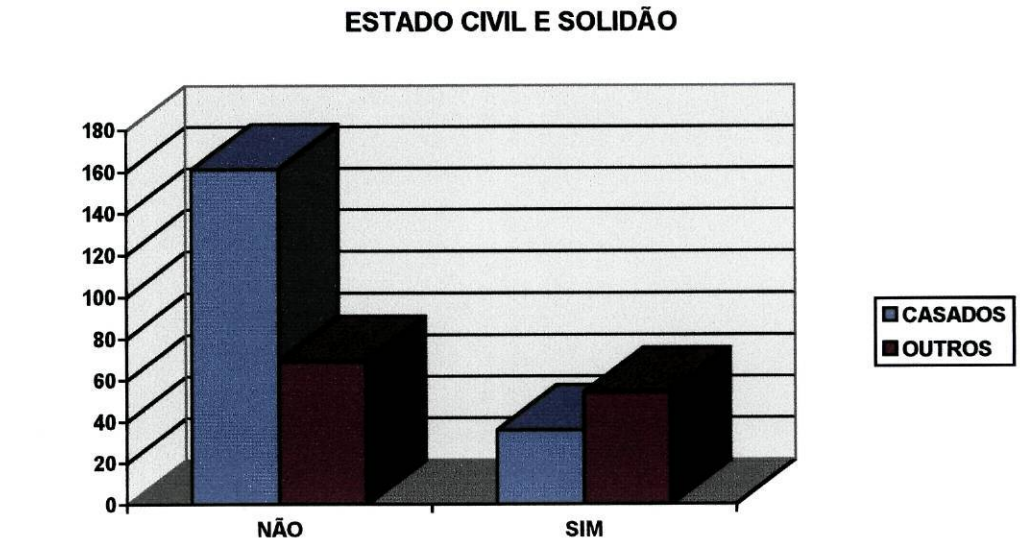
Vinte e oito por cento dos idosos inquiridos responderam afirmativamente (Quadro XVIII).

Quadro XVIII: Solidão

TEM-SE SENTIDO SÓ AO LONGO DO DIA	**n**	**%**
Não	230	71,7
Sim	90	28,0
Não responde	1	0,3
Total	**321**	**100,0**

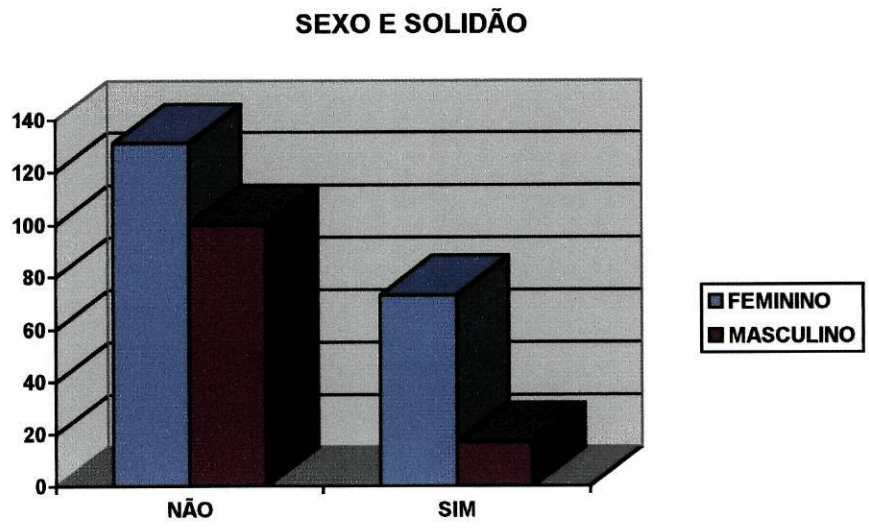
Constata-se que a idade não influencia a percepção de solidão (χ^2=5,09 (p=0,28)). No que concerne ao estado civil, este influencia aquele estado (χ^2=24,60 (p<0,001)), sendo que as pessoas casadas se sentem menos sós. O sexo é, também, uma qualidade que influencia a solidão (χ^2=16,65 (p<0,001)), sendo as mulheres aquelas que a referem mais frequentemente. O número de filhos, não é condição para que as pessoas idosas não se sintam sós (χ^2=1,29 (p=0,26)). Contudo, o modo como vivem os idosos influencia a percepção de se sentirem sós (χ^2=12,28 (p<0,001)); aqueles que vivem bem/muito bem, são também aqueles que se sentem menos sós (Gráficos 6.a -6.b - 6.c).

Gráfico 6.a:



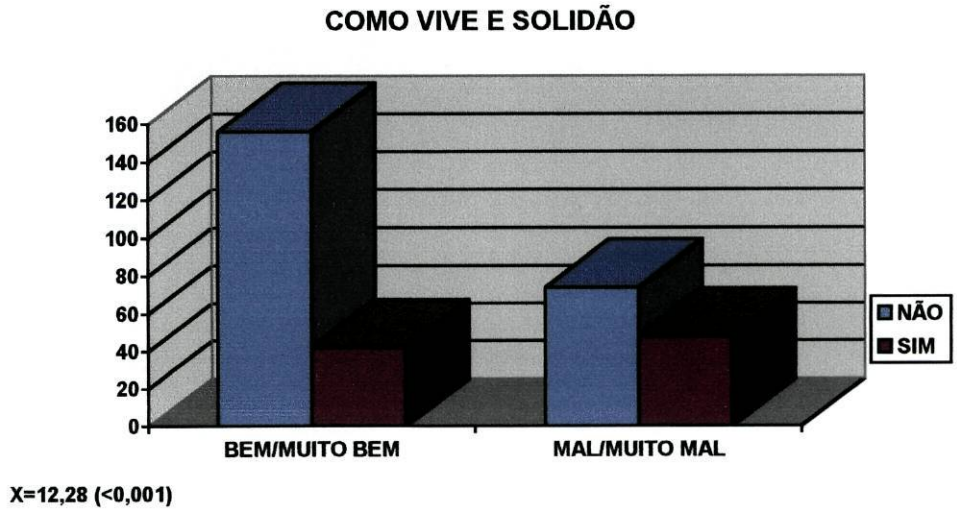
X=24,60 (p<0,001)

Gráfico 6.b:



X=16,65 (p<0,001)

Gráfico 6.c :



Entre as causas pelas quais se sentem sós, destacam-se a falta de família (27,8%), falta de amigos (24,4%), viver só (20,0%) e incapacidade física (10,0%) (Quadro XIX).

Quadro XIX: Causas de solidão

CAUSAS DE SOLIDÃO	**n**	**%**
Falta de família	25	27,8
Falta de amigos	22	24,4
Vive só	18	20,0
Incapacidade física	9	10,0
Outras	4	4,5
Não sabe/não responde	12	13,3
Total	**90**	**100,0**

Sendo estas, as causas percebidas do sentimento de solidão, nos idosos afectados, perguntou-se à totalidade dos inquiridos "as maneiras ou modos mais convenientes para combater a solidão".

Os resultados encontrados foram: convívio (48,0%), passear (24,9%), centros de dia (12,8%), viver em família (11,8%) e ter amigos/companhia (10,0%) (Quadro XX).

Quadro XX: Formas de combater a solidão

MANEIRAS OU MODOS DE COMBATER A SOLIDÃO	n	%
Convívio	154	48,0
Passear	80	24,9
Centros de dia	41	12,8
Família	38	11,8
Ter companhia	32	10,0
Ver T.V. / ouvir rádio	12	3,7
Não sabe	11	3,4
Outros	22	6,9
Não responde	23	7,2

Base : 321 % >a 100% por resposta múltipla

2.4. Estado de espírito/humor

Aproximadamente, quatro quintos (79,8%) dos entrevistados referem ter sido felizes e 19,6% terem a impressão de ter sido infelizes (Quadro XXI).

Quadro XXI: A felicidade

TEM A IMPRESSÃO DE TER SIDO FELIZ DURANTE A VIDA	n	%
Sim	256	79,8
Não	63	19,6
Não responde	2	0,6
Total	**321**	**100,0**

Quando postos perante a questão "o que tem de melhor a velhice?" logo sobressai o estado de frustração sentida, revelada pelo facto de mais de metade (51,1%) dos entrevistados não encontrar nada de positivo na velhice. Os factos relevantes que podem ser considerados motivo de felicidade são: ter saúde (13,1%), tempo livre/passear/ descansar (12,5%) e ter família/carinho (10,0%) (Quadro XXII).

Quadro XXII: O melhor da velhice

O QUE TEM DE MELHOR A VELHICE	n	%
Nada	164	51,1
Ter saúde	42	13,1
Trabalhar	27	8,4
Família / filhos / netos	25	7,8
Tempo livre / passear	24	7,5
Descansar	16	5,0
Experiência	16	5,0
Recordações / saudade	11	3,4
Carinho da família	7	2,2
Não sabe	3	0,9
Outros	9	2,8
Não responde	18	5,6

Base : 321 % >a 100% por resposta múltipla

E o pior da velhice? Segundo os nossos entrevistados, são os problemas de saúde (54,5%) e a solidão (20,9%) (Quadro XXIII).

Quadro XXIII: O pior da velhice

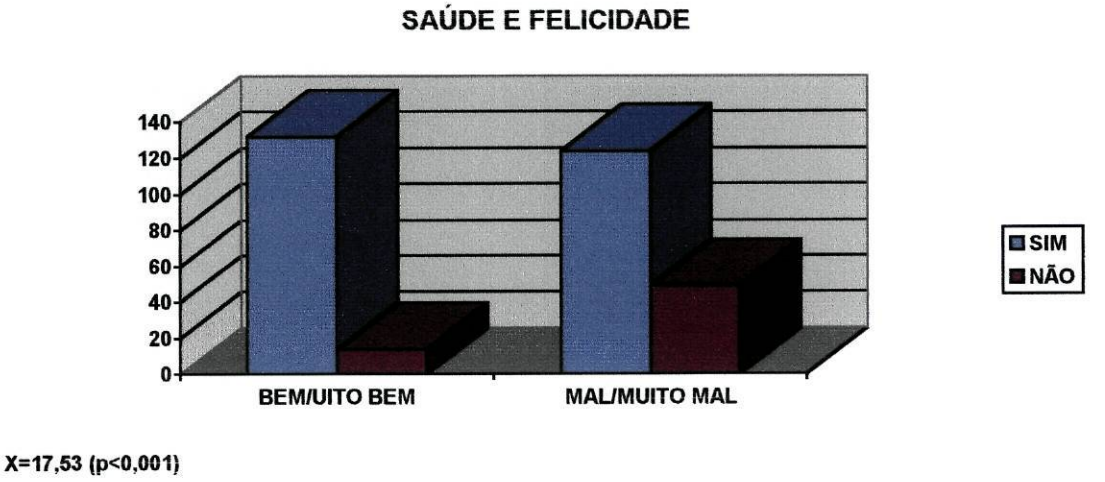
O PIOR DA VELHICE	n	%
Doença	175	54,5
Solidão	67	20,9*
Não poder trabalhar	44	13,7
Falta de assistência social	22	6,9*
Outros	12	3,7
Não sabe / não responde	1	0,3
Total	**321**	**100,0**

* *Somatório - 27,8%*

Evidencia-se uma relação estatisticamente significativa entre a percepção de felicidade e o estado de saúde (χ^2=17,53 (p<0,001)) (Gráfico 7) e percepciona-se que as diferentes entidades nosológicas que perturbam o envelhecimento fisiológico são consideradas "o pior da velhice".

Com efeito dos 63 idosos, que referem não terem sido felizes durante a vida, 77,8% (49) dizem ter uma saúde má ou francamente má. Se a eles, juntarmos os que referem a marginalização social (solidão, falta de assistência social) que é a segunda causa mais importante da infelicidade (27,8%), será lícito pensar que, se conseguirmos controlar as doenças incapacitantes e desenvolvermos serviços sociais de apoio, estaremos a contribuir decisivamente para o conceito de "velhice feliz".

Gráfico 7:



X=17,53 (p<0,001)

Em relação com o estado de espírito, encontra-se a função social desempenhada pelo idoso e a percepção que este faz dela. Por isso, quisemos saber a sua opinião àcerca do papel dos idosos na sociedade.

Mais de um terço (35,5%) pensam que, pela experiência adquirida, poderiam desempenhar o papel de conselheiros, 30,5% teriam um papel importante no seio da família, 13,7% pensam que poderiam continuar a trabalhar e 12,8% consideram já não ter nada a fazer na sociedade (Quadro XXIV).

Quadro XXIV: O idoso e a sociedade

PAPEL DOS IDOSOS NA SOCIEDADE	**n**	**%**
Conselheiros	114	35,5
Importância na família	98	30,5
Trabalhar	44	13,7
Nenhum	41	12,8
Outros	22	6,9
Não sabe / não responde	2	0,6
Total	**321**	**100,0**

3. TRABALHO E REFORMA

3.1 – Reforma

A idade da reforma, mais frequente, é aquela que ocorreu antes dos 65 anos 45,5% (146); aos 65 anos 31,5% (101); depois dos 65 anos 9% (29); ainda trabalham 6,8% (22) (Quadro XXV).

Quadro XXV: Idade da reforma

IDADE EM QUE SE REFORMOU	n	%
Antes dos 65 anos	146	45,5
Aos 65 anos	101	31,5
Depois dos 65 anos	29	9,0
Ainda trabalha	22	6,8
Não sabe / não responde	23	7,2
Total	**321**	**100,0**

3.2. Capacidade para trabalhar no seu antigo e/ou actual emprego.

A maioria dos idosos entrevistados 74,4% (239), manifestam não se sentir preparados nem com forças para trabalhar no seu antigo e/ou actual emprego; 16,6% (53) respondem afirmativamente, isto é, estão capacitados para continuar a exercer a sua profissão (Quadro XXVI).

Quadro XXVI: Capacidade para executar tarefas

SENTE-SE PREPARADO E COM FORÇAS PARA TRABALHAR NO SEU ANTIGO E / OU ACTUAL EMPREGO	n	%
Sim	53	16,6
Não	239	74,4
Não sabe / não responde	29	9,0
Total	**321**	**100,0**

3.3 – Opinião sobre a idade da reforma

Quase dois terços (63,2%) dos idosos estão de acordo com a sua idade de reforma, enquanto 24,3% não estão de acordo e 12,5% não tem opinião (Quadro XXVII).

Quadro XXVII: Concordância com a idade da reforma

ESTÁ DE ACORDO COM A SUA IDADE DE REFORMA	n	%
Sim	203	63,2
Não	78	24,3
Não sabe / não responde	40	12,5
Total	**321**	**100,0**

3.4. Idade ideal da reforma

Dos idosos que não estão de acordo com a sua idade de reforma, 38,5% gostaria de ter-se reformado mais jovem, enquanto 59,0% gostaria de ter-se reformado mais velho (Quadro XXVIII).

Quadro XXVIII: Idade ideal da reforma

GOSTARIA DE TER-SE REFORMADO MAIS JOVEM	n	%
Sim	30	38,5
Não	46	59,0
Não sabe / não responde	2	2,5
Total	**78**	**100,0**

3.5. Actualmente faz algum tipo de trabalho

Quanto ao estar ou não inserido em alguma actividade laboral, setenta e dois por cento dos idosos entrevistados não responde, dos respondentes 21,8% não faz qualquer tipo de trabalho e 6,5% ainda trabalha (Quadro XXIX).

Quadro XXIX: Ainda trabalha?

ACTUALMENTE FAZ ALGUM TIPO DE TRABALHO	n	%
Sim	21	6,5
Não	70	21,8
Não sabe / não responde	230	71,7
Total	**321**	**100,0**

3.6. Gostaria de fazer algum tipo de trabalho

Sessenta e oito por cento dos idosos entrevistados, não estão interessados em realizar qualquer tipo de trabalho e 30,5% gostaria de manter alguma actividade (Quadro XXX).

Quadro XXX: Gostaria de trabalhar?

GOSTARIA DE FAZER ALGUM TRABALHO	n	%
Não	218	67,9
Sim	98	30,5
Não sabe / não responde	5	1,6
Total	**321**	**100,0**

4. HABITAÇÃO

4.1. Tipo de habitação

Quarenta e oito por cento dos idosos entrevistados vivem em casa de rés do chão, 48,9% vivem em casa de andares sem elevador e 3,1% vivem em casa de andares com elevador (Quadro XXXI).

Quadro XXXI: Tipo de habitação

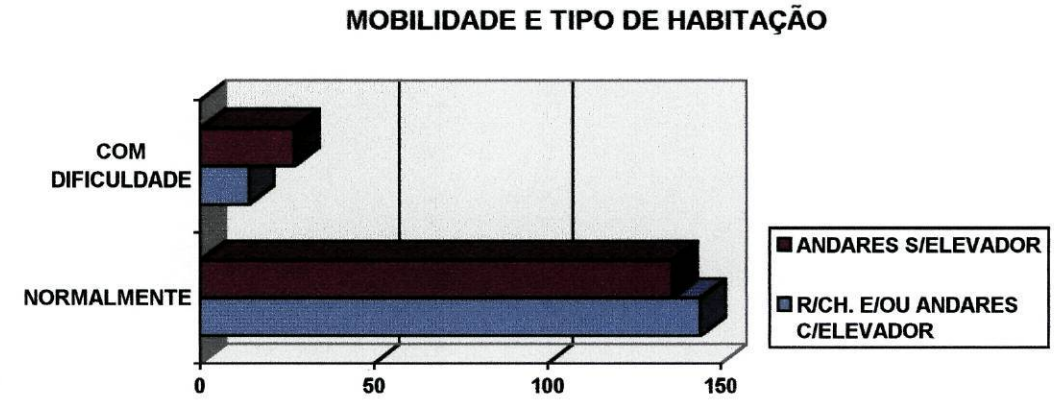
TIPO DE HABITAÇÃO	n	%
Casa de rés do chão	154	48,0
Casa de andares sem elevador	157	48,9
Casa de andares com elevador	10	3,1
Total	**321**	**100,0**

4.2. Altura a que se encontra a habitação

O sistema de acesso à habitação, está relacionado com o tipo de habitação e tem especial importância quando se trata de alojamento ocupado por pessoas idosas, que têm ou virão a ter, dificuldades no seu aparelho locomotor, resultando em problemas de subir e descer escadas. No nosso estudo, quase metade (48,9%) dos idosos entrevistados têm de subir pelo menos um, ou mais andares (Quadro XXXII).

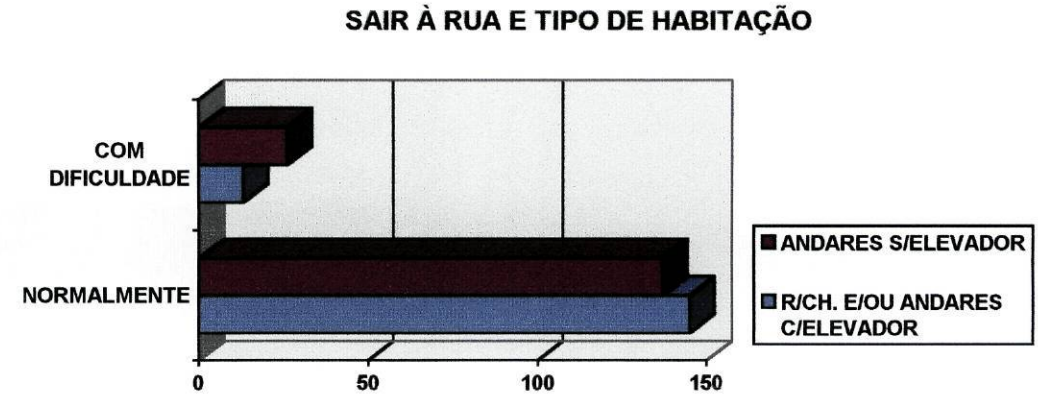
Existe uma relação estatisticamente significativa entre o tipo de habitação que o idoso ocupa e a forma como se desloca (caminha) (χ^2=4,27 (p=0,04)) e também com a capacidade do idoso sair à rua sem ajuda (χ^2=4,48 (p=0,03)) (Gráfico 8.a e 8.b).

Gráfico 8.a:



X=4,27 (p=0,04)

Gráfico 8.b:



X=4,48 (p=0,03)

Quadro XXXII: Altura a que se encontra a habitação

QUANTOS ANDARES TEM DE SUBIR PARA CHEGAR À HABITAÇÃO	n	%
Nenhum, tem elevador	10	3,1*
Nenhum, é rés do chão	154	48,0*
Um andar	97	30,2**
Dois andares	32	10,0**
Três andares	15	4,7**
Quatro e mais andares	13	4,0**
Total	**321**	**100,0**

* *Somatório – 51,1%*
** *Somatório – 48,9%*

4.3. Propriedade da habitação

Setenta por cento dos idosos consultados, vivem em casa alugada pelos próprios e 26,2% vivem em casa própria (Quadro XXXIII).

Quadro XXXIII: Propriedade da habitação

PROPRIEDADE DA HABITAÇÃO	n	%
Casa própria	84	26,2
Alugada pelo próprio	225	70,1
Propriedade dos filhos / familiares	2	0,6
Alugada pelos filhos	7	2,2
Outros	3	0,9
Total	**321**	**100,0**

4.4. Renda mensal paga pelo aluguer da habitação

Aproximadamente dois terços (65,3%) dos idosos que vivem em casa alugada por si, dispendem mensalmente menos de quatro mil escudos e 32,0% dispendem entre quatro e oito mil escudos de renda mensal (Quadro XXXIV).

Quadro XXXIV: Renda mensal da habitação

RENDA MENSAL DA HABITAÇÃO	n	%
Menos de 500$00	21	9,3*
500$00 - 999$00	28	12,4*
1 000$00 - 1 999$00	52	23,1*
2 000$00 - 3 999$00	46	20,5*
4 000$00 - 7 999$00	72	32,0
8 000$00 - 11 999$00	3	1,3
12 000$00 - 19 999$00	2	0,9
Mais de 20 000$00	1	0,5
Total	**225**	**100,0**

** Somatório – 65,3%*

4.5. Condições de habitabilidade

Observa-se que quase metade dos idosos entrevistados (48,3%), considera inadequada (regular + pouca) a iluminação e arejamento das suas habitações (Quadro XXXV).

Quadro XXXV: Luminosidade e arejamento da habitação

LUZ DIRECTA E AREJAMENTO DA HABITAÇÃO	n	%
Muita	40	12,5
Bastante	126	39,2
Regular	129	40,2*
Pouca	26	8,1*
Total	**321**	**100,0**

** Somatório - 48,3%*

A maioria dos idosos consultados vive em habitação com água fria e quente (67,9%); dos restantes, 30,5% só têm água fria e 1,6% não possui água canalizada no seu domicílio (Quadro XXXVI).

Quadro XXXVI: Água canalizada na habitação

ÁGUA CANALIZADA NA HABITAÇÃO	n	%
Só fria	98	30,5
Fria e quente	218	67,9
Não	5	1,6
Total	**321**	**100,0**

Cerca de três por cento (2,8%) dos idosos consultados vivem em habitação que não possui casa de banho; 20,9% possui apenas retrete; 69,1% possui casa de banho completa. A ausência de banheira e/ou chuveiro, em aproximadamente um quarto das habitações (23,7%), pode representar sérios problemas higiénicos, e consequentemente de saúde, para os seus ocupantes (Quadro XXXVII).

Quadro XXXVII: Habitabilidade

HABITAÇÃO POSSUI RETRETE, BANHEIRA OU CHUVEIRO	n	%
Nenhum	9	2,8*
Só retrete	67	20,9*
Só banheira ou chuveiro	23	7,2
As duas coisas	222	69,1
Total	**321**	**100,0**

** Somatório - 23,7%*

Se a estas condições de habitabilidade, ainda acrescentarmos que em 15,6% das habitações a retrete é partilhada por mais famílias, ainda se acentuam mais as já precárias condições habitacionais em que os nossos idosos vivem (Quadro XXXVIII).

Quadro XXXVIII: Retrete comum a outras habitações

RETRETE COMUM A OUTRAS HABITAÇÕES	**n**	**%**
Sim	50	15,6
Não	266	82,9
Não responde	5	1,5
Total	**321**	**100,0**

Praticamente metade dos idosos consultados (49,5%) não possui qualquer tipo de aquecimento em seus domicílios (Quadro XXXIX).

Quadro XXXIX: Aquecimento da habitação

AQUECIMENTO DA HABITAÇÃO	**n**	**%**
Nenhum	159	49,5
Eléctrico	152	47,4
Gás	6	1,9
Fogão de sala	3	0,9
Central	1	0,3
Total	**321**	**100,0**

Se considerarmos as alterações do mecanismo termoregulador dos idosos, que em situações adversas pode levar à hipotermia, então, há que considerar o aquecimento das habitações como um factor necessário à manutenção da saúde e não um mero factor de conforto.

4.6. Equipamento doméstico

O equipamento doméstico, relativamente a electrodomésticos, evoluiu nos últimos anos de tal forma, que se consideram hoje imprescindíveis no nosso dia a dia. O equipamento doméstico relaciona-se com a capacidade aquisitiva das pessoas, ora, os idosos (com menores rendimentos) têm mais dificuldade na sua aquisição pelo que, por vezes, têm um nível de conforto e comodidade mínimos. Contudo, a maioria dos idosos consultados (76,6%) dispõe de fogão, máquina de lavar e frigorífico nas suas habitações (Quadro XL).

Quadro XL: Equipamento doméstico

EQUIPAMENTO DOMÉSTICO	**n**	**%**
Fogão, máquina de lavar e frigorífico	246	76,6
Só fogão	37	11,6
Só frigorífico	36	11,2
Nenhum	2	0,6
Total	**321**	**100,0**

4.7. Satisfação com o lugar onde vivem

Para complementar a informação sobre a habitação e seus níveis de equipamento perguntava-se aos idosos sobre o grau de satisfação com o local onde viviam. Mais de metade dizem estar bastante e muito satisfeitos (56,7%); trinta por cento, são indiferentes ao local onde vivem e 13,1% referiram estar pouco ou nada satisfeitos (Quadro XLI).

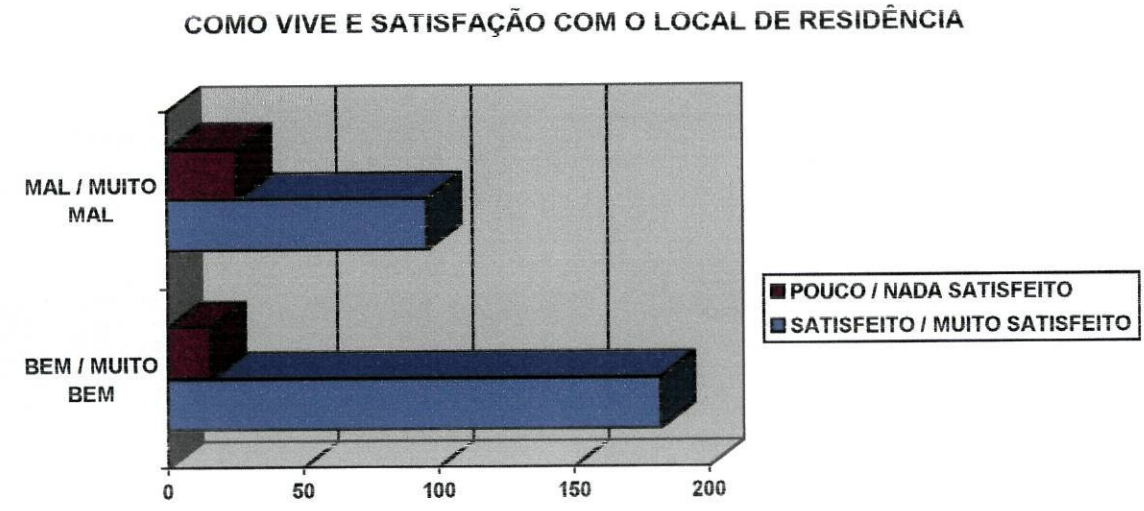
Quadro XLI: Satisfação com o local onde vive

ESTÁ SATISFEITO (A) COM O LOCAL ONDE VIVE	n	%
Muito satisfeito	59	18,4*
Bastante	123	38,3*
Regular	97	30,2
Pouco	32	10,0
Nada	10	3,1
Total	**321**	**100,0**

** Somatório – 56,7%*

Encontrámos uma relação estatisticamente significativa entre a satisfação com o local onde vivem e a forma como vivem (χ_2=11,59 (p<0,001)), o mesmo não sucedendo com o sentimento de felicidade (χ_2=3.06 (p=0,08)) (Gráfico 9).

Gráfico 9:



X=11,59 (P<0,001)

5. CAPACIDADE ECONÓMICA

5.1. Nível de rendimentos

Cinquenta e dois por cento dos idosos consultados recebem uma pensão de reforma por limite de idade; 20,3% recebem uma pensão de invalidez e 10,3% recebem pensão de viúvez/sobrevivência. De realçar que, um em cada cinco pensionistas, está reformado por invalidez, o que faz supor maiores gastos com os cuidados de saúde e menores rendimentos, pelo facto de haver descontado menos tempo para a segurança social (Quadro XLII).

Quadro XLII: Principal fonte de rendimentos

FONTE PRINCIPAL DE RENDIMENTOS	n	%
Pensão de reforma (limite de idade)	168	52,3
Pensão de invalidez	65	20,3
Pensão de viúvez / sobrevivência	33	10,3
Trabalho	10	3,1
Pensão social	5	1,6
Dádivas	1	0,3
Nada	1	0,3
Outras	38	11,8
Total	**321**	**100,0**

Para 78,8% dos idosos consultados, não existe outra fonte de rendimentos que não seja a pensão referida.

Para os que possuem mais fontes de rendimento, são as rendas de bens próprios (10,6%) e a ajuda dos filhos (7,5%), as principais origens dos rendimentos (Quadro XLIII).

Quadro XLIII: Outros rendimentos

OUTROS RENDIMENTOS	n	%
Não tem outros rendimentos	253	78,8
Rendas de bens próprios	34	10,6
Ajuda dos filhos	24	7,5
Ajuda de instituição	2	0,6
Não responde	8	2,5
Total	**321**	**100,0**

5.2. Rendimento familiar mensal

Trinta e oito por cento (37,7%) dos idosos entrevistados, referem que o seu rendimento familiar mensal é superior a setenta e cinco mil escudos, 16,2% tem rendimento familiar mensal entre vinte e cinco e trinta e cinco mil escudos, 11,8% rendimento familiar mensal entre quarenta e cinco e cinquenta e cinco mil escudos.

Sublinhe-se que 44,6% auferiam como rendimento familiar mensal, um valor inferior ao ordenado mínimo nacional vigente (Quadro XLIV).

Quadro XLIV: Rendimento familiar mensal

RENDIMENTO FAMILIAR MENSAL	n	%
<17 000$00	8	2,5*
17 000$00 – 25 000$00	8	2,5*
25 001$00 – 35 000$00	52	16,2*
35 001$00 – 45 000$00	37	11,6*
45 001$00 – 55 000$00	38	11,8*
55 001$00 – 65 000$00	25	7,8
65 001$00 – 75 000$00	30	9,3
> 75 000$00	121	37,7
Não responde	2	0,6
Total	**321**	**100,0**

** Somatório - 44,6%*

Refira-se também, que existe uma relação estatisticamente significativa entre o rendimento familiar mensal e a propriedade da habitação (χ^2=9,29 (p=0,01)), isto é, 70,2% dos agregados familiares a viver em casa própria, têm rendimento mensal superior a cinquenta e cinco mil escudos (Gráfico

10); o mesmo se verifica relativamente à renda mensal paga pela habitação que ocupam (χ^2=17,21 (p=0,002)) (Gráfico 11).

Gráfico 10:

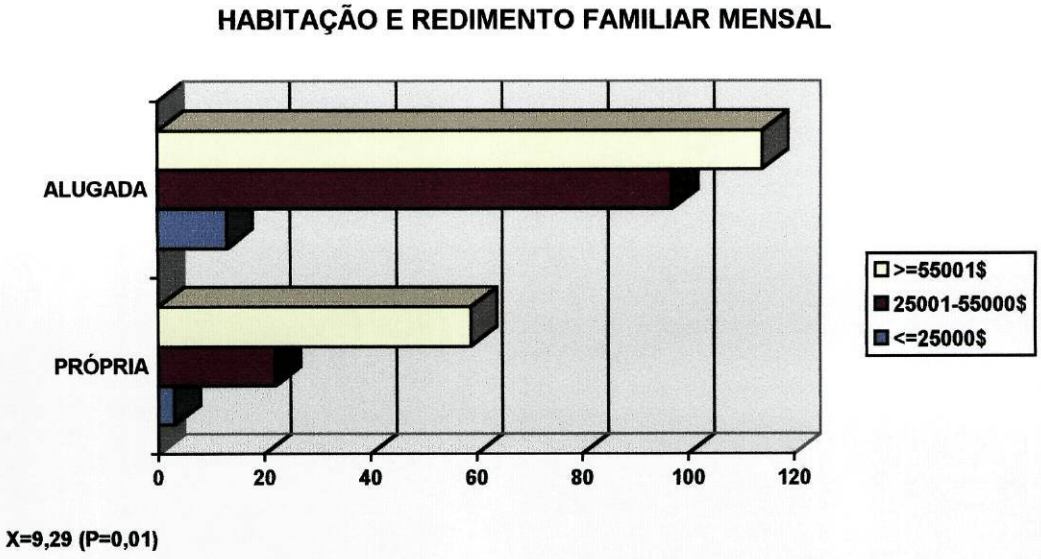
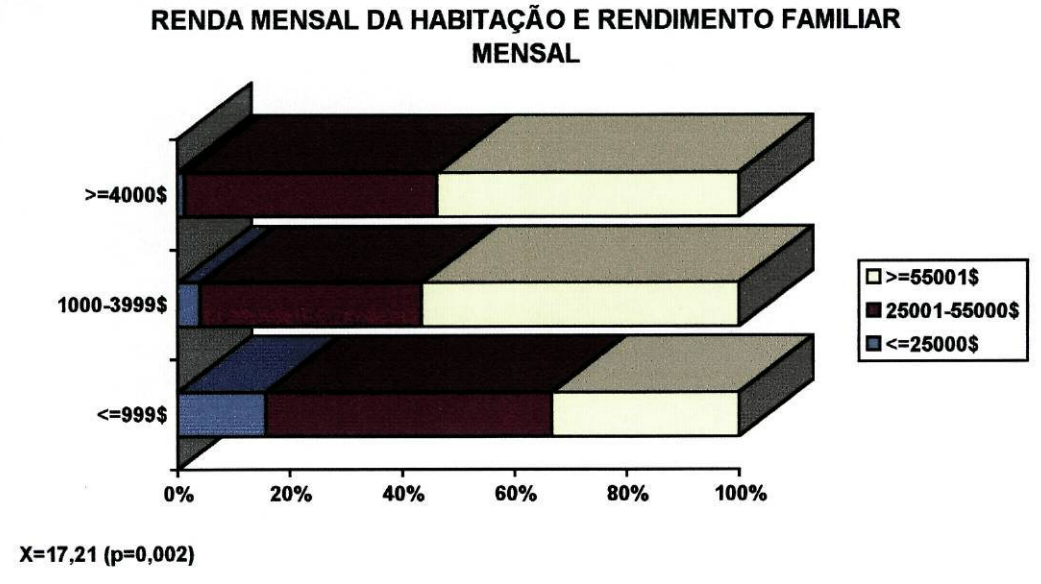


Gráfico 11:



5.3. Pessoas dependentes do rendimento familiar mensal

Dezoito por cento (17,8%) dos idosos consultados, não têm que partilhar rendimentos com mais ninguém.

Cinquenta e nove por cento (58,9%) dos idosos entrevistados, têm que partilhar os rendimentos com outra pessoa.

Aproximadamente um em cada quatro idosos consultados (22,7%), têm que partilhar os rendimentos com duas ou mais pessoas (Quadro XLV).

Quadro XLV: Dependentes do rendimento familar mensal

PESSOAS QUE DEPENDEM DO RENDIMENTO FAMILIAR MENSAL	n	%
Uma pessoa	57	17,8
Duas pessoas	189	58,9
Três pessoas	36	11,2*
Quatro pessoas	19	5,9*
Mais de Quatro pessoas	18	5,6*
Não responde	2	0,6
Total	**321**	**100,0**

** Somatório – 22,7%*

6. COABITAÇÃO, RELAÇÕES FAMILIARES E SOCIAIS

De acordo com o conteúdo do questionário ministrado, procurámos conhecer o tipo de convivência e as relações familiares e sociais de apoio dos idosos entrevistados, independentemente do tipo ou estrutura familiar.

6.1. Tipo de coabitação

Constatámos no nosso trabalho que mais de dois terços dos idosos entrevistados (69,2%), vivem sós e/ou com o cônjuge (Quadro XLVI).

Quadro XLVI: Coabitação

COM QUEM VIVE NORMALMENTE	n	%
Com o cônjuge	171	53,3*
Só	51	15,9*
Com filho com família	47	14,6**
Com filho sem família	25	7,8**
Com parentes	14	4,4**
Com irmãos	7	2,2**
Outros	6	1,8
Total	**321**	**100,0**

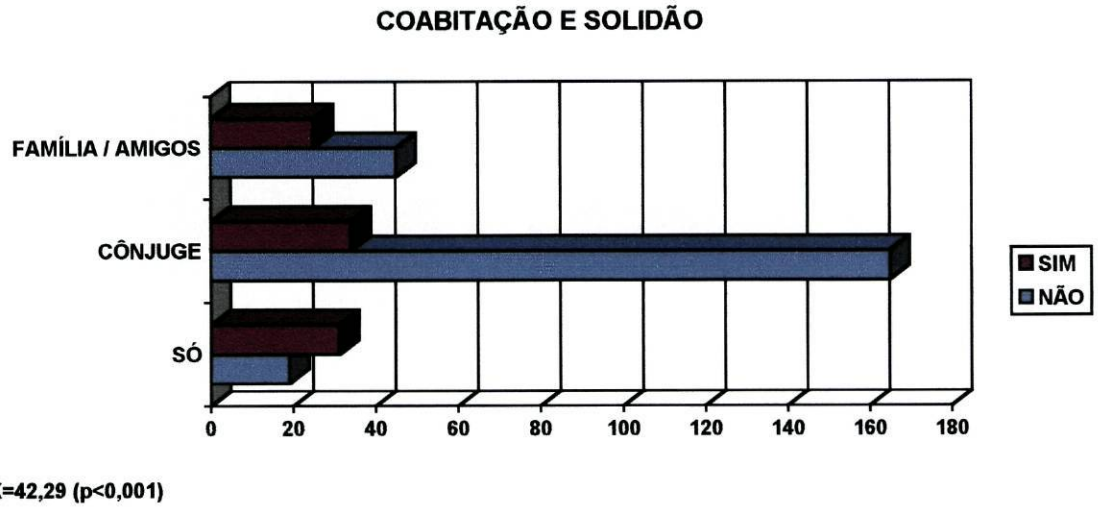
** Somatório - 69,2%*
*** Somatório – 29% com a família (excepto conjuge)*

Destes idosos vivendo autonomamente, 53,3% vivem com o cônjuge e 15,9% vivem completamente sós.

Vinte e nove por cento coabita com a família (filhos, parentes e irmãos).

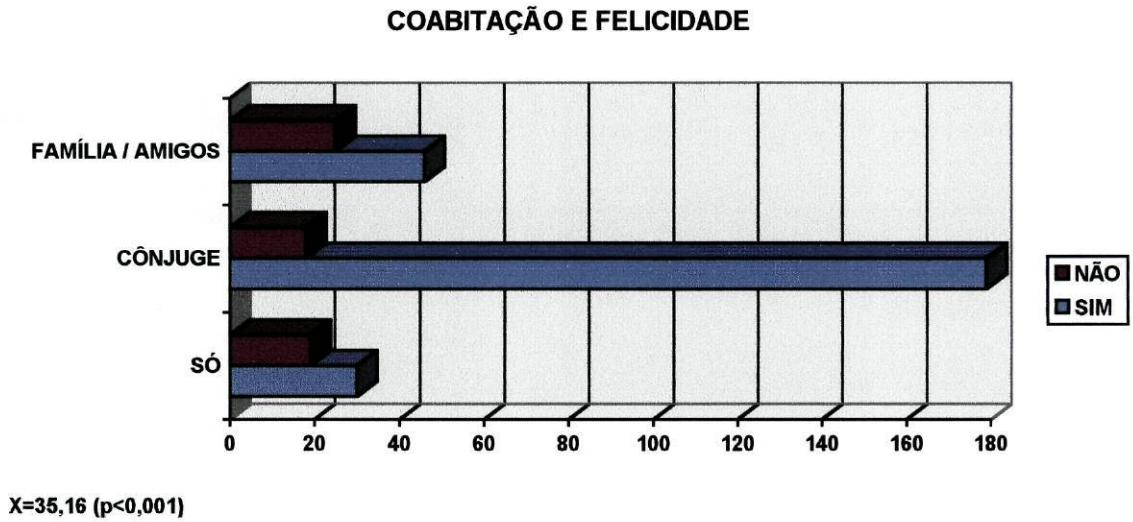
A coabitação parece não influenciar o modo como vivem os idosos (χ^2=5,44 (p=0,07)). Existe uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis, "com quem se vive" e "sentir-se só" (χ^2=42,29 (p<0,001)); dos cinquenta e um idosos a viverem sós, 62% sentem-se efectivamente sós. A coabitação influencia, também positivamente, a felicidade (χ^2=35,16 (p<0,001)). Realce-se que a relação conjugal é aquela que maior importância apresenta para o sentimento de felicidade: dos 171 idosos a viverem com o cônjuge, 90,9% referem ter sido felizes durante a vida (Gráfico 12.a e 12.b).

Gráfico 12.a:



X=42,29 (p<0,001)

Gráfico 12.b:



6.2. Relações familiares e sociais

A qualidade das relações familiares e sociais pode ser causa determinante do sentimento de solidão e isolamento. No nosso estudo, verificámos que quatro quintos dos idosos (80,7%) entrevistados, se relacionam favorávelmente com a família (Quadro XLVII).

Quadro XLVII: Convivência familiar

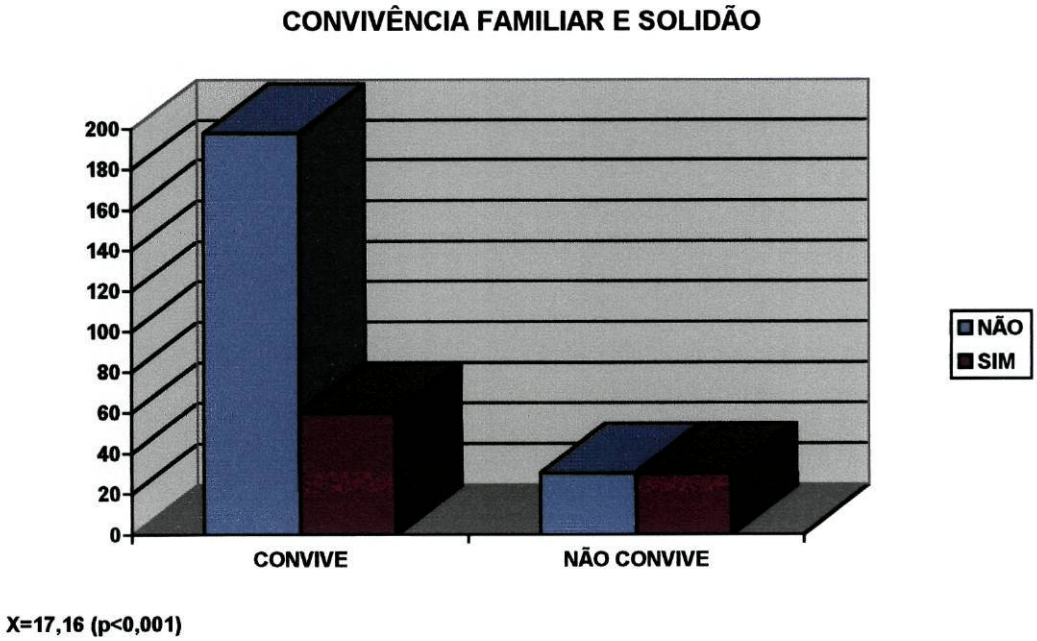
CONVIVE COM A FAMÍLIA	n	%
Muito	44	13,7*
Bastante	110	34,3*
Regular	105	32,7*
Pouco	52	16,2
Nada	8	2,5
Não responde	2	0,6
Total	**321**	**100,0**

** Somatório – 80,7%*

A convivência familiar, mostra uma relação estatisticamente significativa, com a variável "sentir-se só"(χ^2=17,16 (p<0,001)). Objectivamente, dos 259 idosos que convivem com a família, 76,7% não referem o sentimento de solidão. Também o conceito de felicidade é influenciado positivamente pela convivência familiar (χ^2=18,83 (p<0,001)); de facto, dos 259 idosos que convivem com a família, 84,8% referem ter sido felizes durante a vida.

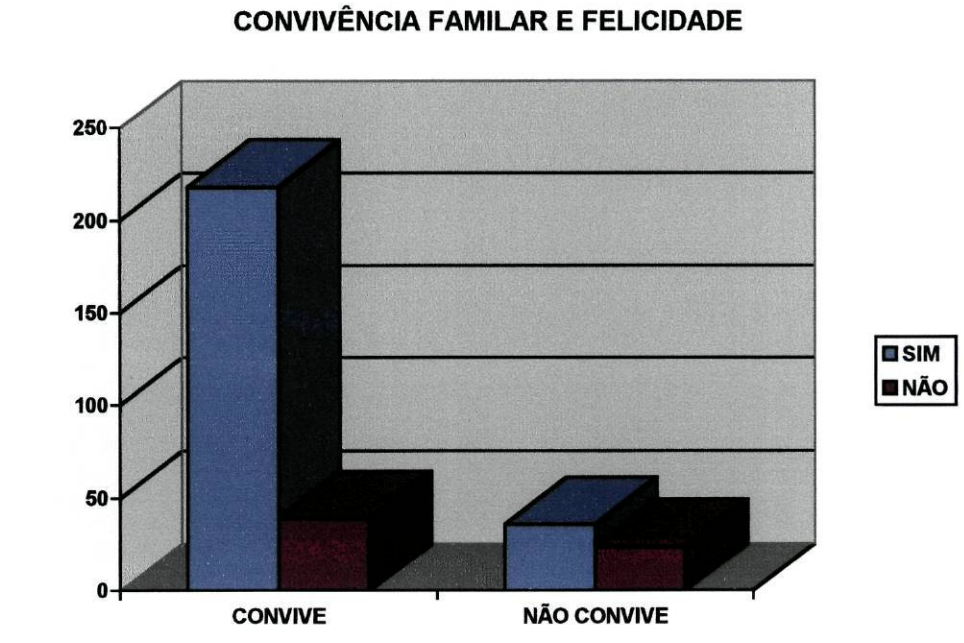
Pelo contrário, a convivência familiar parece não influenciar o modo de viver dos idosos (χ^2=0,73 (p=0,39)) (Gráfico 13.a e 13.b).

Gráfico 13.a:



X=17,16 (p<0,001)

Gráfico 13.b:



X=18,83 (p<0,001)

De entre os idosos entrevistados, verifica-se que estes convivem mais frequentemente com o cônjuge (30,9%), seguindo-se-lhe por ordem decrescente os filhos (24,9%), os netos (14,7%), outros familiares (9,0%), vizinhos (7,8%) e amigos (6,2%).

No propósito de verificármos a concordância entre a maior convivência e a satisfação dessas relações, perguntou-se aos idosos, "com quem gosta mais de conviver?", observando-se que, exceptuando a diminuição da satisfação no que respeita aos cônjuges, em favor dos filhos, ela verifica-se pela mesma ordem (Quadro XLVIII).

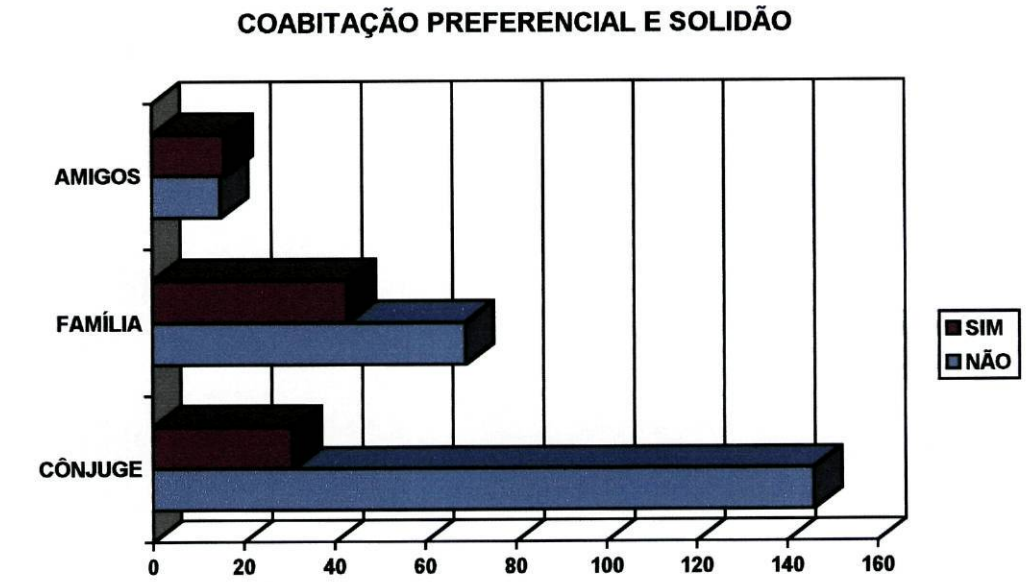
Quadro XLVIII: Preferência convivencial

COM QUEM CONVIVE MAIS FREQUENTEMENTE	n	%	COM QUEM GOSTA MAIS DE CONVIVER	n	%
Com o cônjuge	99	30,9	Com o cônjuge	87	27,1
Filhos	80	24,9	Filhos	102	31,8
Netos	47	14,7	Netos	61	19,0
Outros familiares	29	9,0	Outros familiares	23	7,2
Vizinhos	25	7,8	Vizinhos	18	5,6
Amigos	20	6,2	Amigos	12	3,7
Com os que cuidam da	7	2,2	Com os que cuidam da	5	1,6
Outros	12	3,7	Outros	11	3,4
Não responde	2	0,6	Não responde	2	0,6
Total	**321**	**100,0**	**Total**	**321**	**100.0**

Encontramos também, uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis "com quem gosta mais de conviver" e o "sentir-se só ao longo do dia" (χ^2=24,16 (p<0,001)); de facto, são os idosos que mais gostam de conviver com o cônjuge e com a família que também se sentem mais acompanhados ao longo do dia, assim como "ter a impressão de haver sido feliz durante a vida" (χ^2=32,97 (p<0,001)) e com o "sexo" (χ^2=42,24 (p<0,001)) (Gráficos 14.a, 14.b e 14.c).

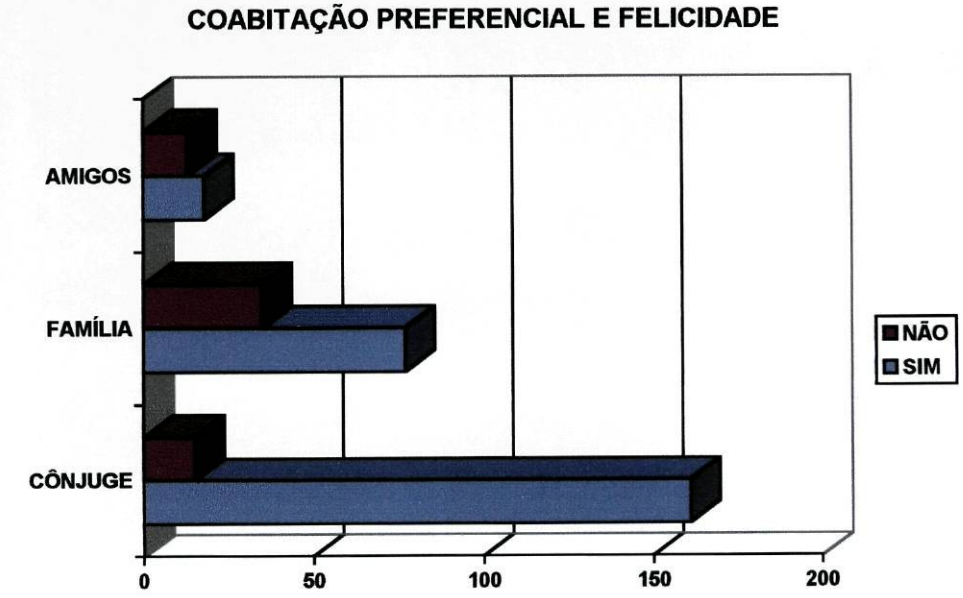
Aquela relação não se verifica relativamente ao "modo como vive actualmente" (χ^2=2,67 (p=0,26)) e a "idade" (χ^2=14,14 (p=0,08)).

Gráfico 14.a:



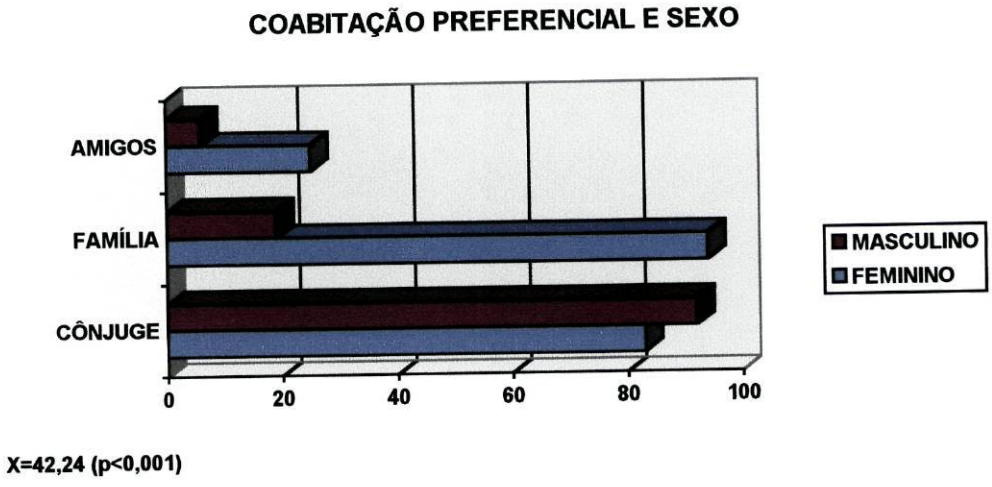
X=24,16 (p<0,001)

Gráfico 14.b:



X=32,97 (p<0,001)

Gráfico 14.c:



A qualidade das relações familiares revela-se altamente satisfatória, uma vez que a maioria dos idosos (85,7%) as classifica de "boas" e "muito boas"; somente 1,8% reconhece ter "más" relações familiares e 1,6% não ter nenhum tipo de relação (Quadro XLIX).

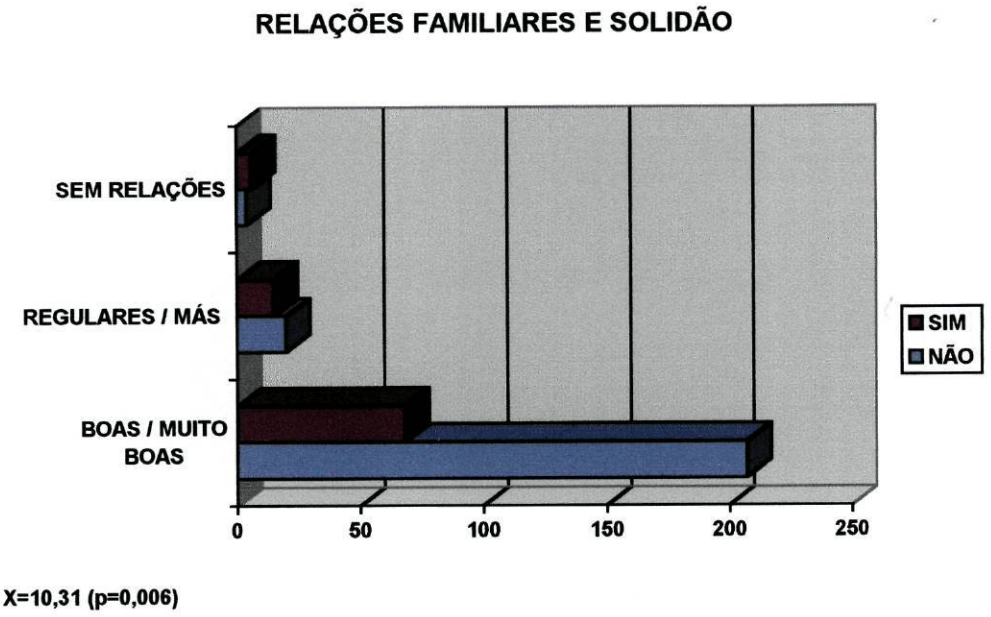
Quadro XLIX: Relações familiares

RELAÇÕES COM FILHOS E FAMILIARES	**n**	**%**
Muito boas	77	24,0*
Boas	198	61,7*
Nem boas nem más	29	9,0
Más	6	1,8
Não tenho relações	5	1,6
Não tenho familiares	5	1,6
Não responde	1	0,3
Total	**321**	**100,0**

** Somatório – 85,7%*

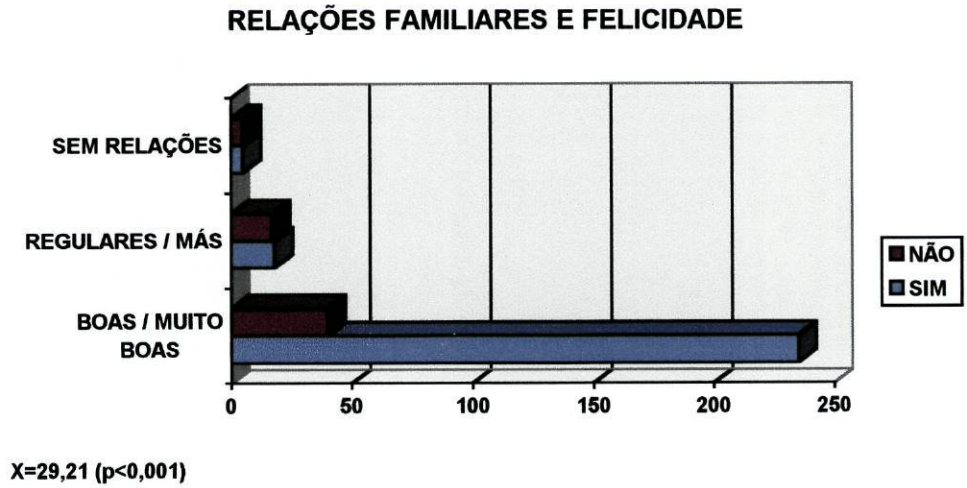
Por outro lado, a qualidade das relações familiares reflecte-se positivamente na ausência de solidão (χ^2=10,31 (p=0,006)); de facto, dos 275 idosos que referem "boas/muito boas" relações familiares, 75,3% afirmam "não sentir-se sós ao longo do dia" (Gráfico 15.a).

Gráfico 15.a:



O conceito de felicidade é, também aqui, influenciado positivamente pelas relações familiares (χ^2=29,21 (p<0,001)): 85,5% dos idosos, que têm "boas/muito boas" relações familiares, afirmam ser felizes (Gráfico 15.b).

Gráfico 15.b:



Mais de metade (55%) dos idosos entrevistados referem conviver "pouco / nada" com jovens (Quadro L).

Quadro L: Convivência com jovens

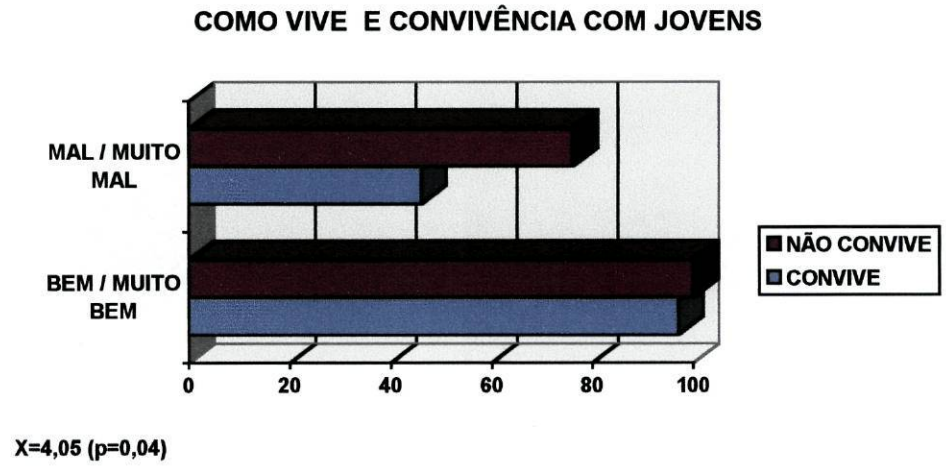
CONVIVE COM JOVENS	n	%
Muito	23	7,2
Bastante	38	11,8
Regular	83	25,9
Pouco	129	40,2*
Nada	48	14,9*
Total	**321**	**100,0**

** Somatório – 55,1%*

Pelos Gráficos 16.a e 16.b decorre que a convivência com jovens influencia positivamente, o modo como vivem os idosos (χ^2=4,05 (p=0,04)), bem assim como o não sentimento de solidão

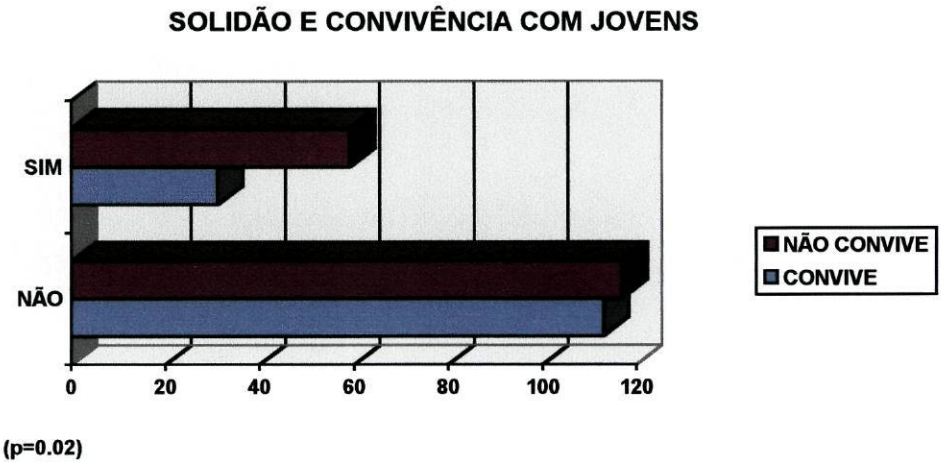
(χ^2=5,64 (p=0,02)). No que diz respeito à percepção de felicidade a mesma parece não estar relacionada com a convivência com jovens (χ^2=2,93 (p=0,09)).

Gráfico 16.a:



X=4,05 (p=0,04)

Gráfico 16.b:



X=5,64 (p=0.02)

6.3. Apoio domiciliário

Anteriormente observámos (Quadro XLVI) que 69,2% dos nossos entrevistados viviam autonomamente (15,9% sós e 53,3% com o seu cônjuge). Se a isto acrescentarmos a débil situação económica (44,6% vivem com um rendimento familiar mensal inferior ao ordenado mínimo nacional (Quadro XLIV)) e um estado de saúde precário que acompanha em regra o envelhecimento, estas circunstâncias em conjunto, configuram-se num quadro em que a necessidade de ajuda no domicílio, às pessoas idosas, se torna premente.

No que concerne à ajuda em casa, verifica-se que ninguém ajuda em 31,8% dos casos, recebem ajuda do cônjuge 22,1%, de empregada doméstica 8,4% e da família 7,2%. No que se refere ao desejo de ajuda, observa-se que 22,1% não manifesta aquele desejo; contudo, aproximadamente um quarto dos idosos entrevistados (24,3%) manifesta o desejo de ajuda de empregada doméstica (Quadro LI).

Quadro LI: Apoio domiciliário

QUEM O/A AJUDA EM CASA	n	%	QUEM GOSTARIA QUE O/A AJUDASSE	n	%
Ninguém	102	31,8	Ninguém	71	22,1
Família	23	7,2	Família	25	7,8
Cônjuge	71	22,1	Cônjuge	38	11,8
Empregada doméstica(horas)	22	6,9*	Empregada doméstica(horas)	43	♦13,4
Empregada doméstica (fixa)	5	1,5*	Empregada doméstica (fixa)	35	♦10,9
Vizinhos / amigos	5	1,5	Vizinhos / amigos	4	1,3
Instituição	1	0,3	Instituição	13	4,0
Não responde	92	28,7	Não responde	92	28,7
Total	**321**	**100,0**	**Total**	**321**	**100,0**

* *Somatório – 8,4%*

♦ *Somatório – 24,3%*

Relativamente aos serviços recebidos no domicílio apenas 3,7% dos idosos entrevistados, recebem algum tipo de serviço e dizem respeito fundamentalmente a serviços de limpeza (2,2%) (Quadro LII).

Quadro LII: Serviço domiciliário

RECEBE ALGUM TIPO DE SERVIÇO EM CASA	n	%
Não, nenhum	225	70,1
Limpeza	7	2,2*
Companhia	3	0,9*
Alimentação no domicílio	2	0,6*
Não responde	84	26,2
Total	**321**	**100,0**

** Somatório – 3,7%*

7. LAZER E TEMPO LIVRE

7.1. Utilização do tempo livre

Os idosos entrevistados ocupam o seu tempo livre preferencialmente vendo televisão (31,5%), passeando (18,0%), ouvindo rádio (12,5%) e reunindo-se com amigos (11,2%).

Verifica-se uma certa harmonia entre a situação real e a ideal na forma de passar o tempo (Quadro LIII).

Quadro LIII: Ocupação de tempos livres

COMO OCUPA O SEU TEMPO LIVRE DURANTE O DIA	n	%	QUE GOSTARIA DE FAZER NOS SEUS TEMPOS LIVRES	n	%
Ver televisão	101	31,5	Ver televisão	46	14,3
Passear	58	18,0	Passear	116	36,1
Ouvir rádio	40	12,5	Ouvir rádio	22	6,9
Reunir-se com amigos	36	11,2	Reunir-se com amigos	35	10,9
Ler	16	5,0	Ler	12	3,7
Centro de dia	7	2,2	Centro de dia	4	1,3
			Visitar a família	32	10,0
Outros	63	19,6	Outros	53	16,5
			Não responde	1	0,3
Total	**321**	**100,0**	**Total**	**321**	**100,0**

7.2. Acessibilidade aos meios de comunicação social

O meio de comunicação social que mais audiência tem é a televisão: mais de três quartos dos idosos (76,7%) vêem-na "todos os dias, muitas vezes", segue-se a rádio cuja audiência de "todos os dias, muitas vezes" é 35,2% e em último lugar os jornais com 14% dos idosos entrevistados a lerem-nos "todos os dias" (Quadro LIV).

Quadro LIV: Idosos e comunicação social

COSTUMA OUVIR RÁDIO	**n**	**%**
Nunca ou quase nunca	107	33,3
Todos os dia, muitas vezes	113	35,2
Algumas vezes, mas não todos os dias	98	30,6
Não responde	3	0,9
Total	**321**	**100,0**
COSTUMA VER TELEVISÃO	**n**	**%**
Nunca ou quase nunca	27	8,4
Todos os dia, muitas vezes	246	76,7
Algumas vezes, mas não todos os dias	46	14,3
Não responde	2	0,6
Total	**321**	**100,0**
COSTUMA LER JORNAIS	**n**	**%**
Nunca ou quase nunca	201	62,5
Todos os dia, muitas vezes	45	14,0
Algumas vezes, mas não todos os dias	73	22,8
Não responde	2	0,6
Total	**321**	**100,0**

A análise da ocupação de tempo, real e desejada (Quadro LIII), manifesta que a frequência de audiência destes meios é maior que a declarada como emprego real do tempo e, que a ocupação desejada referida à rádio e televisão, é menor do que a declarada.

O cinema, como actividade de lazer, cultural ou de comunicação, aparece como actividade marginal entre os idosos entrevistados. Apenas 3,8% referem ir ao cinema "esporádicamente", enquanto 95,3% dizem "nunca ou quase nunca" ir ao cinema (LV).

Quadro LV: Idosos e cinema

COSTUMA IR AO CINEMA	n	%
Nunca ou quase nunca	306	95,3
Esporádicamente (< de 1x por mês)	12	3,8
Não responde	3	0,9
Total	**321**	**100,0**

A isto não é alheio, por certo, o facto do custo elevado dos bilhetes, a concorrência que ao cinema faz a televisão e a dificuldade das deslocações às salas de espectáculos.

7.3. Férias

Dos idosos entrevistados, 69,8%, não vão de férias, o que equivale a não terem possibilidade de fazer um corte com a rotina diária (Quadro LVI).

Quadro LVI: Idosos e férias

COSTUMA IR FÉRIAS, COM QUEM	n	%
Não vou de férias	224	69,8
Com o cônjuge	52	16,2
Com os filhos	23	7,2
Com familiares	19	5,9
Com amigos	3	0,9
Total	**321**	**100,0**

As razões maioritáriamente apontadas para não fazerem férias, são as de índole económica, os problemas de saúde e não ter vontade de fazer férias (Quadro LVII).

Quadro LVII: Porque não vai de férias

PORQUE NÃO VAI DE FÉRIAS	n	%
Motivos económicos	140	62,5
Motivos de saúde	50	22,3
Não tem vontade	28	12,5
Idade	6	2,7
Total	**224**	**100,0**

8. SAÚDE E ASSISTÊNCIA MÉDICA

Dos trezentos e vinte e um idosos entrevistados, 45,8% afirmam estar bem ou muito bem de saúde, 9,3% afirma estar francamente mal e 44,9% dizem estar mais mal que bem de saúde (Quadro LVIII).

Quadro LVIII: Estado actual de saúde

COMO SE SENTE DE SAÚDE ACTUALMENTE	n	%
Muito bem	11	3,4*
Bem	136	42,4*
Mais mal que bem	144	44,9
Francamente mal	30	9,3
Total	**321**	**100,0**

** Somatório – 45,8%*

8.1. Doenças reportadas

Mais de três quartos, (76,3%), dos idosos entrevistados, referem doenças que requerem cuidados, e 23,7% não têm ou não sabem se têm doença, susceptível de ser acompanhada pelo médico (Quadro LIX).

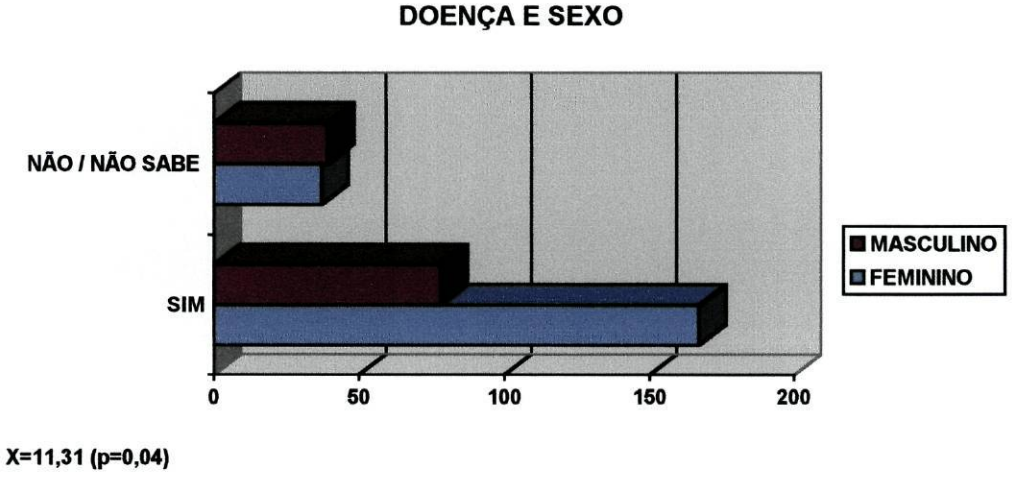
Quadro LIX: Doenças que requeiram cuidados

TEM ALGUMA DOENÇA QUE REQUEIRA CUIDADOS MÉDICOS ACTUALMENTE	n	%
Não	62	19,3*
Não sabe se tem	14	4,4*
Sim	245	76,3
Total	**321**	**100,0**

** Somatório - 23,7%*

A doença que requer cuidados é, como é obvio, (também pela maior utilização dos serviços de saúde) muito mais referida e com significado estatístico, pelo sexo feminino χ^2=11,31 (p< 0,04): efectivamente das 204 mulheres idosas entrevistadas 167 (81,9%) referem ter doença que necessita de cuidados médicos (Gráfico 17).

Gráfico 17:



Salvaguardando as condicionantes em que a informação é obtida, as doenças de maior prevalência na população idosa estudada, são aquelas que podemos observar no Quadro LX.

Quadro LX: Doenças reportadas

DOENÇAS REPORTADAS	n	%
Doenças do sistema osteo-articular	114	35,5
Doenças do sistema cardiovascular	93	29,0
Doenças do aparelho digestivo	30	9,3
Doenças do aparelho respiratório	28	8,7
Hipertensão arterial	26	8,1
Doenças do sistema nervoso	26	8,1
Diabetes mellitus	25	7,8
Doenças cerebrovasculares	19	5,9
Doenças dos orgãos dos sentidos	17	5,3
Doenças do aparelho génito-urinário	15	4,7
Doenças oncológicas	12	3,7
Outras	8	2,5
Não responde	76	23,7

Base : 321 % >a 100% por resposta múltipla

Se excluirmos os que não respondem, em número de setenta e seis, e considerarmos a hipertensão arterial, as doenças cerebrovasculares e as doenças do sistema cardiovascular como fazendo parte da mesma entidade nosológica, então teremos este agrupamento (sistema vascular) figurando na primeira posição das doenças mais prevalentes 138/245 (56,3%), seguindo-se as doenças do sistema ósteo-articular 114/245 (46,5%), do aparelho digestivo 30/245 (12,2%), as doenças do aparelho respiratório 28/245 (11,4%), as doenças do sistema nervoso 26/245 (10,6%) e a diabetes mellitus 25/245 (10,2%).

8. 2. Capacidade sensitiva e motora

8. 2. 1. Visão

Sessenta e quatro por cento dos idosos entrevistados, referem problemas graves de visão, 30,5% problemas ligeiros e apenas 5,3% manifestam visão adequada (Quadro LXI).

Quadro LXI: Visão sem óculos

COMO VÊ SEM ÓCULOS	n	%
Bem	17	5,3
Regular	98	30,5
Mal	196	61,1*
Nada / quase nada	10	3,1*
Total	**321**	**100,0**

** Somatório – 64,2%*

Aproximadamente, oitenta e dois por cento dos idosos entrevistados, minoram os seus problemas visuais usando óculos ou lentes de contacto (Quadro LXII).

Quadro LXII: Utilização de óculos ou lentes de contacto

TEM ÓCULOS OU LENTES DE CONTACTO	n	%
Não	36	11,8
Sim e usa	248	81,6
Sim e não usa	20	6,6
Total	**304**	**100,0**

Pelo Quadro LXIII vemos que oitenta e cinco por cento dos idosos entrevistados, já havia consultado oftalmologista. Destes, 28,2% haviam-no feito entre 1 e 3 anos e 22,3% há mais de 5 anos (Quadro LXIV).

Quadro LXIII: Consulta de oftalmologia

FOI ALGUMA VEZ AO FTALMOLOGISTA	n	%
Não , nunca	47	14,6
Sim	273	85,1
Não sabe / não responde	1	0,3
Total	**321**	**100,0**

Quadro LXIV: Última consulta de oftalmologia

QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ AO OFTALMOLOGISTA	n	%
Há menos de 1 ano	56	20,5
1 – 3 anos	77	28,2
4 – 5 anos	9	3,3
Mais de 5 anos	61	22,3
Não sabe, não se lembra	37	13,6
Não sabe , não responde	33	12,1
Total	**273**	**100,0**

8.2.2. Audição

Dos resultados apresentados no Quadro LXV, verificamos que 13,1% dos idosos apresentam problemas graves de audição, 27,7% problemas ligeiros e 59,2% dizem possuir uma boa capacidade auditiva.

Quadro LXV: Audição

COMO OUVE	n	%
Bem	190	59,2
Regular	89	27,7
Mal	41	12,8*
Nada / surdo	1	0,3*
Total	**321**	**100,0**

** Somatório – 13,1%*

A dificuldade auditiva é minorada com o uso de próteses auditivas em 2,3% dos idosos com deficiência, mas apenas 1,5% usa prótese regularmente (Quadro LXVI).

Quadro LXVI: Utilização de prótese auditiva

TEM APARELHO PARA OUVIR	n	%
Não	127	97,7
Sim e usa	2	1,5*
Sim e não usa	1	0,8*
Total	**130**	**100,0**

** Somatório – 2,3%*

Trinta e oito por cento dos idosos entrevistados, já havia consultado otorrinolaringologista (Quadro LXVII) e, 20,5% destes haviam-no feito há menos de um ano e 27% há mais de 5 anos (Quadro LXVIII).

Quadro LXVII: Consulta de otorrinolaringologia

FOI ALGUMA VEZ AO OTORRINOLARINGOLOGISTA	n	%
Não, nunca	199	62,0
Sim	122	38,0
Total	**321**	**100,0**

Quadro LXVIII: Última consulta de otorrinolaringologia

QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ AO OTORRINOLARINGOLOGISTA	n	%
Há menos de 1 ano	25	20,5
1 – 3 anos	20	16,4
4 – 5 anos	13	10,7
Mais de 5 anos	33	27,0
Não sabe, não se lembra	19	15,0
Não responde	12	0,8
Total	**122**	**100,0**

8.2.3. Mobilidade

A capacidade motora, manifestada e reconhecida como normal pelos idosos entrevistados foi de 50,1%. Aproximadamente um em cada dez idosos (11,2%) tem necessidade de ajuda, quer esporadicamente, quer sempre que necessita de deslocar-se (Quadro LXIX).

Quadro LXIX: Locomoção

COMO CAMINHA (SE DESLOCA)	n	%
Com normalidade	161	50,1
Com dificuldade mas sozinho (a)	119	37,1
Necessita de ajuda de vez em quando	18	5,6*
Necessita de ajuda, sempre	18	5,6*
Imobilizado (a)	5	1,6
Total	**321**	**100,0**

** Somatório – 11,2%*

Observa-se pelo Quadro LXX que 60,1% dos idosos, não apresenta qualquer dificuldade em sair à rua sem ajuda, enquanto que 10,3% para atingir aquele desiderato, só o consegue com ajuda e 1,9% está inválido.

Quadro LXX: Sair à rua sem ajuda

PODE SAIR À RUA SEM AJUDA	n	%
Sim	193	60,1
Sim, mas com dificuldade	89	27,7
Não, só acompanhado	33	10,3
Não, estou inválido (a)	6	1,9
Total	**321**	**100,0**

A maioria das pessoas idosas sai frequentemente à rua (Quadro LXXI). Praticamente dois terços (62,3%) dos entrevistados fá-lo diariamente. Realce-se que 14,6%, não sai à rua ou fá-lo muito esporadicamente.

Quadro LXXI: Frequência com que sai à rua

COM QUE FREQUÊNCIA SAI À RUA	n	%
Todos os dias	200	62,3
Várias vezes por semana	52	16,2
Algumas vezes por mês	22	6,9
Raras vezes	39	12,1*
Não sai	8	2,5*
Total	**321**	**100,0**

** Somatório – 14,6%*

O medo de sair à rua, como se verifica pelo Quadro LXXII, é expresso por aproximadamente um quinto (21,5%) dos entrevistados e as causas mais frequentemente apontadas são: os assaltos (26,1%), o trânsito (24,6%) e as dificuldades visuais (17,4%).

Quadro LXXII: Medo de sair à rua

TEM MEDO DE SAIR À RUA	n	%	PORQUÊ?	n	%
Sim	69	21,5	Assaltos	18	26,1
Não	252	78,5	Dificuldades visuais	12	17,4
-	-	-	Trânsito	17	24,6
-	-	-	Outras	7	13,0
-	-	-	Não responde	13	18,9
Total	**321**	**100,0**	**Total**	**69**	**100,0**

A função vital, (capacidade de poder deslocar-se livremente sem ajuda) é influenciada negativamente, pela acuidade visual (χ^2=10,22 (p=0,001)), pela acuidade auditiva (χ^2=52,34 (p<0,001)) e, como subjacente está, pela capacidade de caminhar (χ^2=198,39 (p<0,001)) (gráfico 18.a, 18.b e 18.c).

Gráfico 18.a:

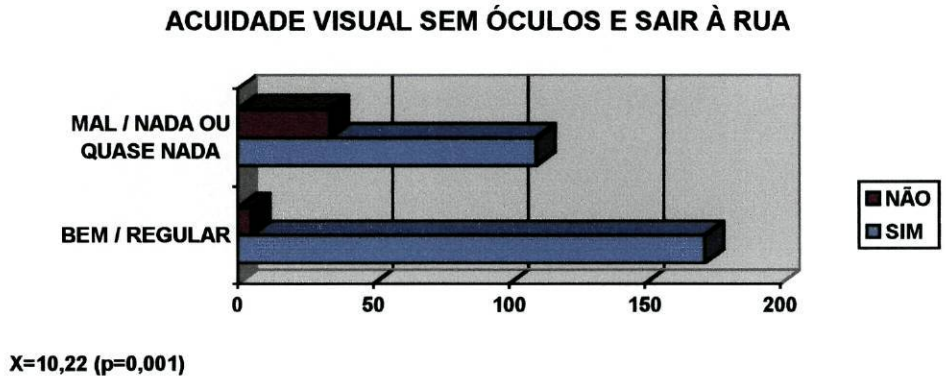
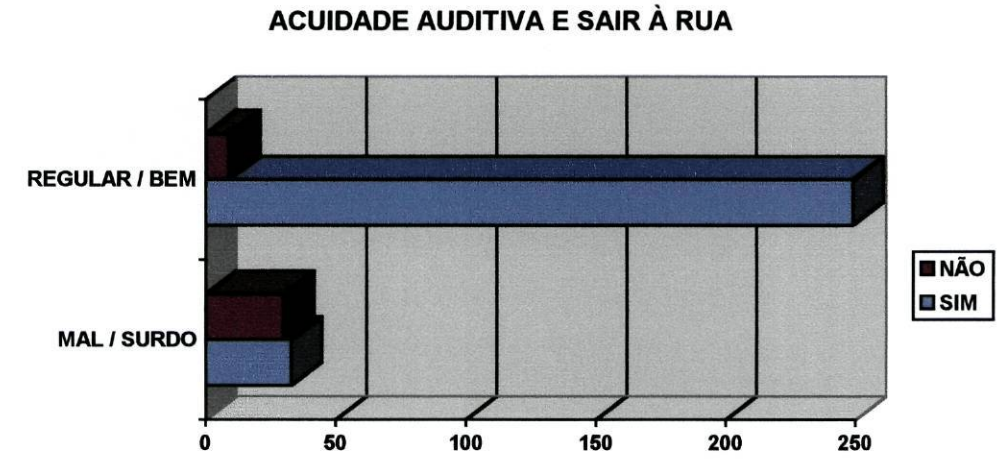
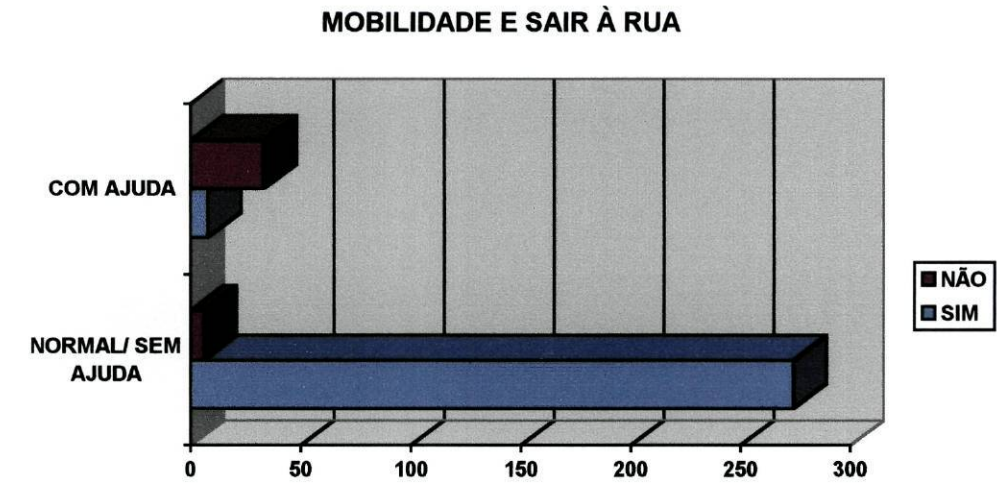


Gráfico 18.b:



X=92,39 (p<0,001)

Gráfico 18.c:



X=198,39 (p<0.001)

Se bem que a maioria dos idosos com dificuldades tenha ajudas para sair à rua (57,0%), a cerca de um quinto (19,6%) não lhes é facultada aquela assistência (Quadro LXXIII).

Quadro LXXIII: Ajuda para sair à rua

QUANDO NECESSITA DE AJUDA PARA SAIR TEM QUEM O (A) AJUDE	n	%
Sim	183	57,0
Tenho algumas vezes	69	21,5
Quase nunca ou nunca tenho	63	19,6
Não responde	6	1,9
Total	**321**	**100,0**

8.3. Consumo de cuidados de saúde

À pergunta "tem médico de família?", 88,5% dos idosos entrevistados respondem afirmativamente, enquanto 11,2% não tinha médico de família (Quadro LXXIV) e, no que respeita ao consumo de consultas, (Quadro LXXV) aproximadamente 82% dos idosos havia consultado o médico durante o último ano, pelo menos uma vez, e 18% não o tinha feito.

Quadro LXXIV: Médico de família

TEM MÉDICO DE FAMILIA	n	%
Sim	284	88,5
Não	36	11,2
Não responde	1	0,3
Total	**321**	**100,0**

Quadro LXXV: Consulta médica no último ano

QUANTAS VEZES CONSULTOU O MÉDICO, NOS ÚLTIMOS DOZE MESES	n	%
Nenhuma	58	18,1
1 - 3 vezes	102	31,8*
4 – 6 vezes	80	24,9*
7 - 9 vezes	25	7,8*
Mais de 10 vezes	56	17,4*
Total	**321**	**100,0**

** Somatório – 81,9%*

Relativamente à visitação domiciliária, 16,2% dos idosos, tinham sido visitados pelo seu médico no último ano (Quadro LXXVI) e, quanto à necessidade efectiva de assistência médica no domicílio (Quadro LXXVII), cerca de um quinto (19,3%) refere essa necessidade. Esta constatação reflecte um déficit (cerca de 3%) entre as necessidades realmente sentidas pela população idosa e as necessidades efectivamente satisfeitas.

Quadro LXXVI: Visita médica no domicílio no último ano

QUANTAS VEZES O SEU MÉDICO (A) O/A VISITOU NO DOMICILIO, NOS ÚLTIMOS DOZE MESES	n	%
Nenhuma	269	83,8
1 - 3 vezes	40	12,5*
4 – 6 vezes	4	1,2*
7 - 9 vezes	2	0,6*
Mais de 10 vezes	6	1,9*
Total	**321**	**100,0**

** Somatório – 16,2%*

Quadro LXXVII: Necessidade de consulta médica no domicílio

NECESSITA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA NO DOMICILIO, HABITUALMENTE	n	%	COM QUE FREQUÊNCIA NECESSITA DE ASSISTÊNCIA NO DOMICILIO	n	%
Não	259	80,7	Muita	9	14,5
Sim	62	19,3	Regular	30	48,4
			Pouca	23	37,2
Total	**321**	**100,0**	**Total**	**62**	**100,0**

Como pode observar-se pelo Quadro LXXVIII, cerca de metade (51,7%) da população idosa estudada, esteve retida no domicilio por motivo de doença, nos últimos anos, tendo sido observados pelo médico no domicílio, 45,8% destes idosos.

Quadro LXXVIII: Doença e visitação domiciliária

NOS ÚLTIMOS ANOS ESTEVE ALGUMA VEZ DOENTE SEM PODER SAIR DE CASA	n	%	FOI VISITADO (A) PELO MÉDICO (A), QUANDO ESTEVE DOENTE, SEM PODER SAIR DE CASA	n	%
Não	155	48,3	Não	90	54,2
Sim	166	51,7	Sim	76	45,8
Total	**321**	**100,0**	**Total**	**166**	**100,0**

Dos idosos que estiveram acamados por doença, verifica-se (Quadro LXXIX) que cerca de dois terços (67,5%), considera que foi bem/muito bem tratado, 16,3% têm uma opinião neutra e 1,8% refere ter sido mal tratado.

Quadro LXXIX: Alectuamento e assistência

ASSISTÊNCIA DURANTE O ALECTUAMENTO	n	%
Muito bem tratado (a)	41	24,7*
Bem tratado (a)	71	42,8*
Regularmente tratado (a)	27	16,3
Mal tratado (a)	3	1,8
Não responde	24	14,4
Total	**166**	**100,0**

** Somatório – 67,5%*

Nos últimos cinco anos, 37,1% dos idosos entrevistados estiveram hospitalizados, pelo menos uma vez (Quadro LXXX) e, os períodos de hospitalização dos idosos são, em regra, longos, sendo superiores a um mês em 12,6% e superiores a duas semanas até um mês 17,6% (Quadro LXXXI).

O hospital público com 91,6% dos internamentos é a instituição onde a população idosa é, usualmente assistida (Quadro LXXXII).

Quadro LXXX: Hospitalização nos últimos cinco anos

QUANTAS VEZES ESTEVE HOSPITALIZADO (A) NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS	n	%
Uma	74	23,1*
Duas	26	8,1*
Três	9	2,8*
Mais de três	10	3,1*
Nenhuma	202	62,9
Total	**321**	**100,0**

** Somatório – 37,1%*

Quadro LXXXI: Tempo de hospitalização no último internamento

QUANTO TEMPO ESTEVE HOSPITALIZADO (A) A ÚLTIMA VEZ	n	%
Uma semana ou menos	33	27,7
1- 2 semanas	44	37,0
Até 1 mês	21	17,6
Mais de 1 mês	15	12,6
Não sabe, não se lembra	6	5,1
Total	**119**	**100,0**

Quadro LXXXII: Local do internamento

ONDE ESTEVE HOSPITALIZADO (A)	n	%
Hospital público	109	91,6
Clinica privada	10	8,4
Total	**119**	**100,0**

8.4. Qualidade da assistência recebida

Quanto à qualidade da assistência recebida pelo idoso, aferida pelo nível de cobertura assistencial, verifica-se que é o médico de família que maioritariamente (64,2%) presta cuidados de saúde; em 14,3% dos casos o idoso procura cuidados em médico particular e 11,8% recorre aos cuidados prestados nos serviços de urgência hospitalar (Quadro LXXXIII).

Quadro LXXXIII: Procura de cuidados médicos

QUANDO ESTÁ DOENTE QUE MÉDICO CONSULTA, HABITUALMENTE	n	%
Médico de família	206	64,2
Médico particular	46	14,3
Médico no serviço de urgência	38	11,8
Outro	24	7,5
Nenhum	7	2,2
Total	**321**	**100,0**

Apesar das reconhecidas deficiências, apontadas ao sistema de saúde, os idosos entrevistados mostram-se satisfeitos / muito satisfeitos com a assistência recebida em 72,5% dos casos, revelam uma opinião neutra (regular) em 12,8% e pouco satisfeitos / nada satisfeitos em 12,2% (Quadro LXXXIV).

Quadro LXXXIV: Satisfação com a assistência recebida

ESTÁ SATISFEITO (A) COM A ASSISTÊNCIA MÉDICA QUE RECEBE	n	%
Muito satisfeito	65	20,2*
Satisfeito	168	52,3*
Regular	41	12,8
Pouco satisfeito	33	10,3**
Nada satisfeito	6	1,9**
Não responde	8	2,5
Total	**321**	**100,0**

** Somatório – 72,5%*
*** Somatório – 12,2%*

Para melhor compreender a satisfação da assistência recebida, vejamos quais os aspectos positivos e negativos, mais vezes referidos. Os idosos estudados valorizam sobretudo as qualidades humanas dos prestadores de cuidados: competência/qualidade 26,8%, atenção 17,4%, simpatia 16,2%, atendimento 9,7%, interesse/dedicação/compreensão 11,8%. As queixas dizem sobretudo respeito à organização dos serviços: esperas/burocracia 33,3%, distância a percorrer 11,5% e dos custos 21,5% (Quadro LXXXV).

Quadro LXXXV: Aspectos positivos e negativos mais vezes referidos pela assistência recebida

O QUE MENOS LHE AGRADA NA ASSISTÊNCIA MÉDICA, QUE RECEBE	n	%	O QUE MAIS LHE AGRADA NA ASSISTÊNCIA MÉDICA, QUE RECEBE	n	%
Esperas/burocracias	107	33,3	Competência/qualidade	86	26,8
Económicos (custos)	69	21,5	Atenção	56	17,4
Distância a percorrer	37	11,5	Nada	53	16,5
Falta de assistência no domicilio	20	6,2	Simpatia	52	16,2
Falta de dedicação	15	4,7	Atendimento	31	9,7
Falta de continuidade (não ser o mesmo médico)	7	2,2	Interesse/dedicação	21	6,5*
Outros	47	14,7	Compreensão	17	5,3*
Não sabe/não responde	19	5,9	Outros	11	3,4
Total	**321**	**100,0**	Não sabe/não responde	28	8,7

Base : 321 % > 100% por resposta múltipla
** Somatório – 11,8%*

8.5. Consumo de medicamentos

Pelo Quadro LXXXVI podemos observar que setenta e sete por cento (76,6%) dos idosos entrevistados estavam a fazer tratamento médico e a esmagadora maioria (73,8%) cumpria a prescrição. Quanto à automedicação (Quadro LXXXVII), 4,4% dos idosos admitiu essa possibilidade e a média de especialidades farmacêuticas por pessoa, tomadas por iniciativa própria é de 2,6. Os mais usados são os analgésicos/antipiréticos (57,1%), antitússicos (42,9%), tranquilizantes (42,9%), vitaminas (28,6%) e por fim antiasmáticos (21,4%).

Quadro LXXXVI: Tratamento médico

ESTÁ A FAZER ALGUM TRATAMENTO MÉDICO ACTUALMENTE	n	%
Sim e cumpre	237	73,8*
Sim, mas não cumpre	9	2,8*
Não	72	22,5
Não sabe / não responde	3	0,9
Total	**321**	**100,0**

** Somatório – 76,6%*

Quadro LXXXVII: Automedicaçao

TOMA MEDICAMENTOS NÃO RECEITADOS PELO MÉDICO	n	%	QUAIS?	n	%
Não	306	95,3	Analgésicos / antipiréticos	8	57,1
Sim	14	4,4	Antitússicos	6	42,9
Não responde	1	0,3	Tranquilizantes	6	42,9
Total	**321**	**100,0**	Vitaminas	4	28,6
			Antiasmáticos	3	21,4
			Outros	9	64,3

Base: 14 %>100% por resposta múltipla

Os medicamentos mais usados de "motu" próprio, parecem corresponder a estados mórbidos pouco graves (analgésicos, antitússicos, vitaminas) ou a medicamentos prescritos anteriormente para doenças crónicas (antiasmáticos, antitússicos).

8.6. Cuidados preventivos

A consulta periódica ao médico, mesmo sem se encontrar doente (Quadro LXXXVIII) é feita por 55,1% dos idosos entrevistados, enquanto 43,3% apenas o faz quando está doente.

Estes dados revelam que a acção preventiva que poderia ter a consulta periódica, sem doença, não faz parte dos hábitos de quase metade dos idosos estudados.

Quadro LXXXVIII: Consulta médica periódica

CONSULTA O MÉDICO PERIÓDICAMENTE OU APENAS QUANDO ESTÁ DOENTE	n	%
Periodicamente	177	55,1
Só quando está doente	139	43,3
Não responde	5	1,6
Total	**321**	**100,0**

Quanto a aspectos particulares de práticas saudáveis (Quadro LXXXIX), os idosos estudados têm pouca informação sobre normas de alimentação correcta, o álcool e os seus perigos, medicamentos e seus perigos, esclarecimentos que poderiam/deveriam ser transmitidos naquelas consultas ou em outras acções programadas para o efeito.

Quadro LXXXIX: Educação para a saúde

INFORMAÇÃO SOBRE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	n	%
Normas de alimentação correcta	77	24,0
Como evitar acidentes em casa	35	10,9
Como saber se está de boa saúde	30	9,3
Álcool e seus perigos	58	18,1
Medicamentos e seus perigos	52	16,2
Não responde	69	21,5
Total	**321**	**100,0**

8.7. Opinião sobre cuidados médicos a doentes terminais e doação de órgãos

8.7.1. Conhecimento da verdade

"Em caso de doença grave, com possibilidade de morte a curto prazo", 70,7% dos idosos entrevistados, mostra interesse em conhecer a verdade sobre o seu estado de saúde, 19% não deseja saber a verdade e 10,3% é indiferente (Quadro XC).

Quadro XC: Doença grave e a verdade

DOENÇA GRAVE E A VERDADE	n	%
Sim	227	70,7
Indiferente	33	10,3
Não	61	19,0
Total	**321**	**100,0**

8.7.2. Prolongamento artificial da vida

Quarenta e seis por cento dos idosos entrevistados estão em desacordo com o prolongamento artificial da vida em doentes terminais. Um terço (33,6%) está de acordo com o prolongamento artificial da vida e 20,9% é indiferente (XCI).

Quadro XCI: Prolongamento artificial da vida

PROLONGAMENTO ARTIFICIAL DA VIDA, EM DOENTES SEM CURA	n	%
Sim	108	33,6
Indiferente	67	20,9
Não	146	45,5
Total	**321**	**100,0**

8.7.3. Adiamento artificial da morte

Cinquenta e quatro por cento dos idosos entrevistados estão de acordo que não deve prolongar-se a vida a doentes que estão em sofrimento e não têm esperança de cura; um quarto (25,9%) está de acordo quanto ao adiamento da morte, em doentes terminais, mesmo que em grande sofrimento e a um quinto (20,2%) é-lhe indiferente (Quadro XCII).

Quadro XCII: Não prolongamento artificial da vida

NÃO PROLONGAMENTO ARTIFICIAL DA VIDA, EM DOENTES SEM CURA, PARA EVITAR SOFRIMENTO	n	%
Sim	173	53,9
Indiferente	65	20,2
Não	83	25,9
Total	**321**	**100,0**

8.7.4. Doação de órgãos para investigação

Vinte e nove por cento (28,7%) dos idosos entrevistados doariam os seus órgãos para investigação. Quarenta e oito por cento (47,6%) não negam essa possibilidade, se bem que de forma diferente, isto é, a 13,7% é-lhe indiferente aquela possibilidade e 33,9% simplesmente não pensou no assunto. Apenas em 23,7% a opinião é peremptória, na posição de não doar órgãos para investigação (Quadro XCIII).

Quadro XCIII: Doação de órgãos

DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, DEPOIS DA MORTE, PARA INVESTIGAÇÃO	n	%
Sim	92	28,7
Não	76	23,7
Indiferente	44	13,7*
Não pensou	109	33,9*
Total	**321**	**100,0**

**Somatório - 47,6%*

Esta evidência parece elucidativa da generosidade que acompanha a generalidade das pessoas idosas.

CAPÍTULO V: -DISCUSSÃO

Dos resultados expostos e aproveitando a respectiva sequência, podemos fazer emergir alguns pontos de discussão:

1. A diferença entre o universo real da população idosa residente na freguesia de Campanhã e aquela que nos é fornecida através do recenceamento eleitoral (cadernos eleitorais), devida sobretudo a indivíduos falecidos (mas não abatidos nos cadernos), à mudança de residência e às escusas em responder, determinaram um desfasamento entre o número previamente determinado e os efectivos encontrados. No caso específico da mudança de residência, é importante referir que a freguesia de Campanhã tem sofrido grandes alterações, nomeadamente as devidas ao eixo viário denominado Via de Cintura Interna (V.C.I.), à construção da Ponte do Freixo e seus acessos e, à construção da nova estação de caminho de ferro de Contumil, os quais acarretaram bastantes expropriações em pleno tecido urbano com a consequente demolição de muitos imóveis.

2. O questionário utilizado, baseado em Bernard Krief (132), no estudo da população idosa espanhola, foi previamente testado e, posteriormente submetido a um ensaio-piloto efectuado pelos inquiridores envolvidos, mostrando-se adequado aos objectivos do estudo. Contudo, há aspectos que merecem alguns reparos:

- É longo, sendo demorada a sua aplicação;

- Contém perguntas de cuja análise resultou muito pouca informação útil;
- Apesar de todo o cuidado na sua elaboração, contém ainda, algumas perguntas susceptíveis de interpretação subjectiva ou duvidosa

3. Dos dados obtidos realce-se o predomínio da população feminina, facto esse, também verificado em outros estudos (119). E ainda que:

- Um terço (33,4%) da população estudada, tinha idade igual ou superior a 75 anos de idade;
- 37,7% era viúva(o) e/ou solteira(o);
- 23,1% era analfabeta(o);
- Cerca de metade (48,6%), tinha sido operário indiferenciado e/ou não trabalhou;
- 15,9% vivia só, e quase o dobro (28%) dizia sentir-se só ao longo do dia.

Todas estas condições são consideradas um risco de perturbação psicológica e deveriam ser objecto de especial vigilância, por se tratar de indivíduos com escassos recursos adaptativos (sem instrução, sem ocupação e isolados) (205).

4. Os principais problemas da terceira idade espontâneamente referidos foram os relacionados com a saúde, os económicos e a solidão; daí também, e pela mesma ordem, as necessidades mais vezes referidas. Contudo, e pese embora os problemas e necessidades manifestadas, quase dois terços dos idosos referem viver bem/muito bem.

São os directamente envolvidos nas dificuldades, neste caso os idosos, que melhor as conhecem e, por consequência, desse melhor conhecimento lhes advém o direito e o dever de propor as

melhores soluções. Estas passam, no entender dos entrevistados, por melhores pensões de reforma e ajuda domiciliária, pelo que as entidades que deveriam dar resposta a estas dificuldades, seriam a administração central e local (governo e autarquias).

De entre os problemas que afectam as pessoas idosas, a solidão, sem ser a que com mais frequência é referida, não deixa de ser importante neste grupo etário, não só pelo facto de 15,9% dos idosos entrevistados viverem sós, como também, pelo facto de 28% se sentirem sós ao longo do dia. Isto deveria fazer-nos reflectir sobre a necessidade de incentivar e facilitar a introdução de hábitos e atitudes das pessoas idosas face ao que as rodeia, não só quanto ao nível familiar, mas também e sobretudo, quanto a uma postura mais alargada ligada à vida da comunidade.

Sendo o envelhecimento um fenómeno natural contra o qual não se pode lutar, é necessário que não se converta num período inútil e triste. Nesta perspectiva, os níveis de felicidade e satisfação na velhice, estão condicionados por situações sociais susceptíveis de intervenção (132).

A avaliação retrospectiva pelos próprios efectuada quanto ao sentimento de terem sido ou não felizes durante a vida, revelou que aproximadamente quatro quintos (79,8%) dos entrevistados referem ter sido felizes. Quando colocados perante a questão "0 que tem de melhor a velhice?" sobressai o estado de frustração sentida, revelada pelo facto de mais de metade (51,1%) dos entrevistados não encontrar nada de positivo na velhice. No que concerne "ao pior da velhice", são os problemas de saúde (54,5%) e a solidão (20,9%) aqueles que mais sobressaem: são pois, as diferentes entidades nosológicas que perturbam o envelhecimento fisiológico as que mais vezes são referidas como "o pior da velhice". Será pois, lícito pensar que, se conseguirmos controlar as doenças incapacitantes e desenvolvermos serviços sociais de apoio, estaremos concerteza a contribuir decisivamente para o conceito de "velhice feliz".

5. Relativamente ao "trabalho e reforma" é de salientar que:

- 45,5% dos idosos entrevistados se reformaram antes dos 65 anos de idade;
- 74,4% manifestaram não sentir-se preparados, nem com capacidade para trabalhar no seu antigo e/ou actual emprego;
- 21,8% não executa nenhum tipo de trabalho;
- 67,9% não estão interessados em realizar qualquer actividade laboral.

Estes achados, provavelmente, não são alheios ao tipo de actividade profissional que estes idosos desenvolveram: recorde-se que 42,4% foram "operários indiferenciados". E, a grande prevalência de doenças crónicas, explica uma taxa relativamente elevada de incapacidades profissionais prematuras. Pode estabelecer-se até, a partir de dados disponíveis, a existência de correlação entre estas incapacidades e as mortes prematuras (206). Num inquérito nacional realizado na Finlândia, o risco de incapacidade profissional, revelou-se máximo nos trabalhadores florestais e nos mineiros, enquanto que foi mínimo nos profissionais judiciais, nos executivos e no pessoal docente (206).

6. A habitação constitui um indicador do nível de vida e de bem estar social (17). Um alojamento adequado e um ambiente físico agradável são necessários para o bem estar, e aceita-se que a habitação influencia a qualidade de vida de qualquer grupo de idades. Para os idosos mais importante se torna uma habitação adequada, espaço no qual centram a maior parte das suas actividades. A adequação do alojamento, a prestação de ajudas domiciliárias para facilitar a vida quotidiana e equipamentos domésticos adequados, podem reduzir as dificuldades das pessoas idosas cuja mobilidade esteja diminuída ou que sofram de doenças que as incapacitem para

continuar a viver em suas casas (17). O sistema de acesso à habitação, está relacionado com o tipo de habitação e tem especial importância quando se trata de alojamento ocupado por pessoas idosas, que têm ou virão a ter, dificuldades no seu aparelho locomotor, resultando em problemas de subir e/ou descer escadas. No nosso estudo, quase metade (48,9%) dos idosos entrevistados têm de subir e/ou descer, pelo menos, um ou mais andares.

É importante, como indicador de qualidade de vida dos idosos, conhecer a habitabilidade das casas que ocupam. Assim, inquirimos sobre alguns indicadores como a luz e arejamento, saneamento e aquecimento das suas habitações. Quase metade (48,3%) dos idosos entrevistados, considera inadequada a iluminação e arejamento das suas habitações; 1,6% não possui água canalizada no seu domicílio e 30,5% apenas tem água fria; 2,8% vivem em alojamentos sem casa de banho; 20,9% possui apenas retrete; há ausência de banheira e/ou chuveiro, em aproximadamente um quarto das habitações (23,7%). Se a estas condições de habitabilidade, ainda acrescentarmos que em 15,6% das habitações, a retrete é partilhada por mais famílias e metade dos idosos consultados, não possui qualquer tipo de aquecimento nas suas casas, poderemos considerar que estas precárias condições habitacionais, representam sérios problemas higieno-sanitários, e consequentemente são riscos acrescidos para a saúde dos seus ocupantes.

7. Desde sempre que o debate em torno dos problemas económicos dos idosos se vem fazendo e, mais concretamente sobre as pensões atribuídas após longos anos de actividade produtiva. Se bem que as pessoas, organismos e entidades aceitem e reconheçam a situação como injusta, para a qual é necessária resposta, quando esta chega, em vez de significar uma melhoria, na prática isso não se verifica; atente-se nos níveis de inflacção, e na maior frequência de doença associada à idade, que acarretam necessariamente um aumento do custo de vida. Realce-se ainda que um em cada cinco

pensionistas (20,3%), está reformado por invalidez, o que pressupõe maiores gastos com os cuidados de saúde e menores rendimentos, pelo facto de haverem descontado menos tempo para a Segurança Social. Esta situação reflecte, também, a grande percentagem (44,6%) de idosos que auferem como "rendimento familiar mensal" uma pensão de reforma, cujo valor é inferior ao ordenado mínimo nacional vigente. Mais se agudizam os problemas económicos, ao verificarmos que aproximadamente um em cada quatro idosos consultados (22,7%) têm de partilhar os rendimentos auferidos com duas ou mais pessoas, sem que existam quaisquer outras fontes de rendimento, que não seja a pensão referida, em 78,8% dos casos.

8. Como consequência dos processos de industrialização e urbanização produziram-se nos últimos anos, alterações estruturais familiares importantes. E, desde logo, talvez a mais importante, se insira no quadro das transformações do universo sócio-cultural do sistema familiar, com o acesso da mulher ao mercado de trabalho, o que veio a produzir alterações profundas no equilíbrio familiar. Independentemente do tipo ou estrutura familiar, procurámos conhecer o tipo de convivência e as relações familiares e sociais de apoio dos idosos entrevistados.

Parece haver uma tendência cada vez maior, para que as pessoas idosas mantenham uma vida autónoma (132). É o que ressalta, também, no nosso trabalho, em que mais de dois terços (69,2%) dos idosos entrevistados, vivem autonomamente.

A qualidade das relações familiares e sociais pode ser causa determinante do sentimento de solidão e isolamento. No nosso estudo, verificámos que quatro quintos dos idosos (80,7%) se relacionam favoravelmente com a família. Constatámos também que a convivência familiar é facilitadora do sentimento de felicidade (χ_2=18,83 ($p<0,001$)) e simultâneamente promove o não sentimento de

solidão (χ_2=17,16 (p<0,001)). A qualidade destas relações familiares revela-se, também, altamente satisfatória, uma vez que a maioria dos idosos (85,7%) as classifica de "boas" e "muito boas". Por outro lado, a qualidade das relações familiares, também se reflecte positivamente na ausência de solidão (χ_2=10,31 (p=0,006)) e no conceito de felicidade (χ_2=29,21 (p<0,001)).

Verificámos que os nossos idosos, têm uma fraca convivência com jovens, uma vez que mais de metade (55%) não têm essa prática. Esta constatação deverá fazer-nos reflectir, no propalado conflito de gerações, sabendo nós que a convivência com jovens influencia positivamente, não só o modo como vivem os idosos (χ_2=4,02 (p=0,04)), como também o não sentimento de solidão (χ_2=5,64 (p=0,02)).

Como já referimos, 69,2% dos nossos entrevistados vivem autonomamente (15,9% sós e 53,3% com o seu cônjuge); se acrescentarmos a débil situação económica (44,6% vivem com um rendimento familiar mensal inferior ao ordenado mínimo nacional) e um estado de saúde precário que em regra acompanha o envelhecimento, estas circunstâncias em conjunto, configuram-se num quadro em que a necessidade de ajuda no domicílio, às pessoas idosas, se torna premente. Esta ajuda, contudo, manifesta-se de uma forma pouco eficaz, uma vez que praticamente em um terço dos casos (31,8%), não existe qualquer ajuda e em 22,1% essa ajuda é prestada pelo cônjuge. No que concerne aos serviços comunitários de apoio domiciliário, ele é praticamente inexistente (3,7% dos idosos recebe apoio) e repeita fundamentalmente serviços de limpeza (2,2%).

9. Na sociedade industrial e urbana em que vivemos, depois de uma grande parte da vida passada a trabalhar, com a chegada da reforma, as pessoas são súbitamente afastadas da sociedade laboral, passando a dispor de muito tempo para nada fazer. Nada, porque não sabem como passar o tempo

que antes dedicavam ao trabalho; nada, porque o tempo dedicado ao trabalho não lhes permitiu cultivar "passatempos" e prepararem-se para enfrentar melhor a etapa derradeira de suas vidas.

É um lazer imposto, negativo na maioria dos casos, que em vez de proporcionar liberdade e disponibilidade para realizar coisas ou acções desejadas e não realizadas, leva a constrangimentos de toda a ordem, pela inexistência de projectos de vida, no dealbar da idade da reforma, de grande parte dos idosos.

Finda a actividade laboral, "como ocupam o seu tempo livre os idosos?" "Que actividades realizam preferencialmente?" Os idosos entrevistados ocupam o seu tempo vendo televisão (31,5%), passeando (18,0%), ouvindo rádio (12,5%) e reunindo-se com amigos (11,2%).

Se é interessante conhecer a ocupação real do tempo, mais interessante é conhecer os gostos e desejos, contrapondo o que realmente fazem e o que gostariam de fazer. Verifica-se, no nosso estudo, uma certa harmonia entre a situação real e a ideal na forma de passar o tempo.

Na sociedade contemporânea os meios de comunicação social são um importante meio de difusão e integração cultural e cívica. Quais são os conteúdos difundidos e a sua contribuição para o desenvolvimento cultural e cívico das audiências e em particular da terceira idade? Em que medida se tornam num instrumento de lazer ou sintonia dos idosos com a sociedade? São questões a que urge dar resposta e por consequência necessitam de uma análise profunda. No nosso estudo limitámo-nos, apenas, a descrever os níveis de audiência de tais meios de comunicação social, entre os idosos.

O meio de comunicação social de maior audiência é a televisão, seguida da rádio e dos jornais. Se compararmos estes dados com os referidos na ocupação do tempo real e desejado, verificamos que:

a) A frequência de audiência destes meios é maior que a declarada como emprego real do tempo, pelo que se pode supor que em muitos casos, sobretudo na rádio, se trata de uma audiência de companhia apenas, não havendo interacção entre o emissor e o receptor;

b) A ocupação desejada, referida à rádio e televisão decresce, pelo que a audiência dos mesmos, decresceria também se existissem outras alternativas ou possibilidades de lazer mais interessantes.

O cinema, como actividade de lazer, cultural ou de comunicação, aparece como actividade marginal entre os idosos entrevistados. A isto não é alheio, por certo, o custo elevado dos bilhetes, a concorrência que ao cinema faz a televisão e a dificuldade das deslocações às salas de espectáculos.

Se para as pessoas trabalhadoras activas as férias supõem libertação do trabalho e descanso, para os idosos supõem um corte com a rotina diária. Ora, constatámos que mais de dois terços (69,8%) dos idosos entrevistados não fazem férias, o que equivale a dizer, manutenção da monotonia e rotina diárias. As razões maioritariamente expressas para não fazerem férias, são as de índole económica e os problemas de saúde.

10. É sabido que o desenvolvimento económico e social das populações, determina em grande medida, as doenças mais frequentemente observadas na população, sendo as doenças infecciosas (geralmente exógenas) mais associadas a regiões subdesenvolvidas e as doenças degenerativas (geralmente endógenas) mais associadas a regiões desenvolvidas.

Em diversos estudos (119 e 214) sobre populações idosas se fazem perguntas àcerca de doenças no momento da entrevista. Geralmente, o tipo de informação obtido através do próprio entrevistado é, as mais das vezes, bastante imprecisa, mas nem por isso de menor importância.

Neste trabalho abordámos o estado de saúde, através da percepção que os idosos entrevistados fazem da sua própria saúde. É pois, um estado de saúde subjectivo, que pela sua subjectividade reflecte melhor o estado psicológico e fisico do idoso e cujo valor exprime, em parte, as necessidades de saúde sentidas pelo indivíduo.

10.1. Dos trezentos e vinte e um idosos entrevistados, 45,8% afirmam estar bem ou muito bem de saúde; 9,3% afirma estar francamente mal e 44,9% dizem estar mais mal do que bem. Mas quando confrontados com a pergunta "actualmente tem alguma doença que requeira cuidados médicos?" e, em caso afirmativo "qual ou quais?", mais de três quartos dos idosos (76,3%), referem doenças que requerem cuidados. Segundo alguns autores, mais importante que a periodicidade das consultas, parece ser a proporção de idosos que espontaneamente, não refere determinados sintomas ao seu médico. Um estudo recente indica que esse número varia entre 7% para a dor pré-cordial e 81% para perdas de memória (210).

10.2. Salvaguardando, portanto, as condicionantes em que a informação é obtida e, se excluirmos os idosos que não respondem e, se considerarmos a hipertensão arterial, as doenças cerebrovasculares e as doenças cardiovasculares como fazendo parte da mesma entidade nosológica, então teremos este agrupamento (sistema vascular) figurando na primeira posição das doenças mais prevalentes 138/245 (56,3%), seguindo-se-lhe as doenças do sistema ósteo-articular 114/245 (46,5%), do aparelho digestivo 30/245 (12,2%), as doenças do aparelho respiratório

28/245 (11,4%), as doenças do sistema nervoso 26/245 (10,6%) e a diabetes mellitus 25/245 (10,2%).

10.3. A polimorbilidade aumenta progressivamente com a idade, apresentando o indivíduo idoso, habitualmente, patologia múltipla (208, 209, 210, 211 e 212). A capacidade para a relação autónoma com o meio físico e social que nos rodeia é fundamental. Assim, é interessante analisarmos o que se verifica ao questionarmos sobre os órgãos dos sentidos e a capacidade motora que nos permitem aquela relação. Dependendo do nível funcional dessas capacidades (visual, auditiva e motora), assim se determinará a problemática subsequente do isolamento, das relações pessoais, da convivência, do estado de saúde, da dependência, entre outros.

A visão sofre uma deterioração gradual com a passagem dos anos e, muitas vezes, não é reconhecida como uma doença pelas pessoas idosas. Contudo, a diminuição da acuidade visual assume uma importância relevante na capacidade de relacionamento das pessoas e mais ainda quando se trata de pessoas idosas, levando a um importante grau de dependência, isolamento, falta de confiança e diminuição ou ausência de contactos sociais. No nosso estudo, os resultados apurados revelam que sessenta e quatro por cento dos idosos entrevistados, apresentam problemas graves de visão e, apenas 5,3% manifestam visão adequada.

Tal como a visão, a audição desempenha um papel fundamental na vida de relação e a sua deterioração leva a importantes efeitos negativos na personalidade das pessoas em geral, e dos idosos em particular, assim como na sua socialização. Os problemas de audição nos idosos entrevistados, são menores que os referidos para a visão: 59,2% dizem possuir uma boa capacidade auditiva e 13,1% apresentam problemas graves de audição.

10.4. A capacidade motora do idoso, frequentemente diminuída pelo efeito do envelhecimento, encontra-se ainda mais deteriorada pela grande frequência nestas idades, da polipatologia e sobretudo pelas doenças do foro ósteo-articular. Por outro lado, as dificuldades motoras produzem séria dependência física que os torna ainda mais necessitados de ajuda. No nosso estudo, os resultados apurados, revelam que metade dos idosos entrevistados, manifestam uma capacidade motora normal e aproximadamente um em cada dez, necessita de ajuda quando tem necessidade de deslocar-se. A manutenção de uma boa mobilidade, boa acuidade visual e auditiva, bem como, boas performances psicológicas, constituem os pilares básicos, sobre os quais se alicerça a vida de relação das pessoas em geral, e dos idosos em particular, contribuindo decisivamente para a sua qualidade de vida. É, por isso, necessária uma readaptação preventiva do idoso, prevenindo a sua deterioração quer física quer psíquica, mantendo a sua autonomia na vida quotidiana. Esta readaptação passaria pela existência de medidas médicas (consultas periódicas, tratamento de patologias existentes, correcção de erros alimentares...), medidas sociais (incentivo e promoção de contactos sociais, preparação para a reforma...) e medidas específicas (ocupação de tempos livres, cursos de formação...) (213).

No que a medidas médicas especificamente diz respeito, reveste-se de particular importância a avaliação global do idoso pelo seu médico, a qual deverá ser efectuada periodicamente (213 e 214). O médico deverá, no idoso, tentar prevenir o que fôr susceptível de ser prevenido, aliviar o sofrimento físico e psicológico e conservar o grau máximo de autonomia possível, resistindo à pretensão de tratar todos os sintomas apresentados (205).

10.5. É consensualmente aceite o aumento do consumo de cuidados de saúde pela população em geral, e da população idosa em particular (207). Oitenta e dois por cento dos idosos entrevistados,

havia consultado o médico durante o último ano, pelo menos uma vez e 16,2% tinham sido visitados pelo seu médico, em suas casas, no último ano.

Durante os últimos cinco anos haviam sido hospitalizados trinta e sete por cento dos idosos. Segundo alguns autores (207), o grupo etário dos 75 e mais anos recorre ao internamento hospitalar três vezes e meia mais que o grupo das crianças dos zero aos quatro anos e nove vezes mais que as crianças dos cinco aos quatorze anos.

10.6. Relativamente à qualidade da assistência, o idoso valoriza sobretudo as qualidades humanas dos prestadores de cuidados: competência/qualidade 26,8%, atenção 17,4%, simpatia 16,2%, atendimento 9,7%, interesse/dedicação/compreensão 11,8%; e queixa-se sobretudo da organização dos serviços: esperas/burocracia 33,3%, da distância a percorrer 11,5%, dos custos 21,5%.

A terapêutica farmacológica adquire uma importância enorme nas pessoas idosas. A pluripatologia e, por consequência, o consumo de vários fármacos em simultâneo pelo mesmo doente, acrescido muitas vezes pela automedicação, estão directamente relacionados com o não adequado cumprimento das prescrições médicas e sobretudo com a iatrogenia que estas provocam. Saliente-se, que os benefícios dos fármacos diminuem e os riscos aumentam com o avançar da idade (215). Para inverter esta situação torna-se necessário que o médico esteja familiarizado com estes riscos. Por exemplo, tendo presente que os idosos estão particularmente sujeitos a deficiências nutricionais induzidas por fármacos (216) ou que a ingestão de medicamentos aumenta a frequência de quedas (217). A atitude mais prudente consistirá em renunciar, enquanto fôr possível, à prescrição de medicamentos (211). Observamos, no nosso estudo, que 76,6% dos idosos entrevistados estavam a tomar medicamentos, dos quais 2,8% não cumpria a prescrição

médica e 4,4% faziam automedicação. Deste modo, quer a irregularidade do uso de medicamentos, quer o uso de medicamentos não prescritos, faz com que as reacções adversas possam ser, ainda, mais frequentes (214, 215, 216 e 217).

10.7. A prevenção é a pedra de toque para a manutenção de um satisfatório grau de saúde. A idade avançada não é contraindicação para medidas preventivas adequadas. Há que entender a prevenção no homem idoso, num sentido abrangente: não apenas nos estilos de vida saudáveis para evitar a doença, mas também e prioritariamente, na prevenção de incapacidades e recuperação para as actividades da vida diária (218). Os idosos, objecto do nosso estudo, demonstram pouca informação ácerca de normas elementares de alimentação, dos riscos do abuso de álcool, do uso desnecessário de medicamentos e da forma de evitar acidentes domésticos; também não têm o hábito de procurar os cuidados de saúde para a sua promoção, uma vez que 43,0% dos idosos, apenas recorre aos cuidados na situação de doença.

10.8. Relativamente ao conhecimento da verdade, quando se trate de doença grave, com possibilidade de morte a curto prazo, setenta e um por cento dos idosos deseja recebê-lo. Parece-nos, pois, importante reflectir sobre esta constatação uma vez que a atitude habitual da família, e dos médicos também, é tanto quanto possível procurar ocultar essa possibilidade.

CAPÍTULO VI: CONCLUSÕES

O presente estudo constituiu um desafio pessoal e de resposta curricular e assistencial que pretendi, da melhor forma, isto é, a possível e adequada, prestar à comunidade onde me insiro. Na verdade, a população idosa é hoje a característica demográfica mais desafiante dos serviços socio-sanitários e assistenciais e representa o horizonte de uma população que se esforça por ser saudável prevendo-se a si mesma com uma esperança de vida mais elevada relativamente à da geração precedente.

Se, como costumo afirmar, a única forma de não morrer cedo é chegar a velho, o nosso intento pessoal e de técnico de saúde possui intrinsecamente o desafio de velarmos pela manutenção de uma vida saudável com a qualidade que a torne o menos mórbil e incapacitante possível.

Estou marcado por uma escolha profissional, Clínico Geral/Médico de Família, que se caracteriza por uma abordagem global do indivíduo/pessoa e da sua global contextualização família/sociedade. As características em que diariamente me sinto a viver esta realidade -- uma área sub-urbana de uma grande metrópole -- fez desenvolver em mim, também pela premência do curriculum de um exercício docente numa Escola de Formação Médica, a apetência pelo tema dos idosos. Voltado no ensino para a ingente e desafiante tarefa que é a promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade, considerei oportuno o meu contributo nesta linha para a Saúde Comunitária, tanto na vertente da minha formação, como na de ensino teórico-prático e estímulo para a feitura e desenvolvimento de trabalhos de grupo (os curricularmente na disciplina, exigidos, trabalhos na comunidade).

O tantas vezes já descrito elevado consumo dos cuidados médico-assistenciais (consultas, internamentos e fármacos) pela população idosa, coloca sempre actual a questão da sua objectividade por um lado e da contrapartida de melhoria da qualidade de vida a si associada, por outro. Fazer um diagnóstico de situação apenas por indicadores económicos ou de consumo de actos/fármacos, pode representar um enviesamento típico da sociedade contabilizante em que vivemos. Questionar, ouvir, perceber os interessados, aqui representados pelos "meus" idosos da Freguesia de Campanhã, foi o salto necessário para que, sensibilizado pelo condimento da sua real subjectividade, procurasse perceber a qualidade de vida vivida e os acertos que uma intervenção comunitária em termos de promoção da saúde deve implementar, para que os défices sejam remediados e as falhas colmatadas.

A tarefa que desenvolvi ao longo dos anos, pelo contexto em que se desenvolveu --trabalho com ponto de partida na comunidade viva--, pela forma como foi idealizado --aplicação de instrumentos de medição dependentes de contacto pessoal--, pelas pessoas e técnicos envolvidos (eu próprio, as assistentes sociais, os colegas de apoio tanto de estatística como de reflexão), converteu-se em experiência formativa pessoal única, possibilitando um reformular contínuo da aprendizagem conseguida. Assim, reflectindo alguns dos aspectos mais salientes desta experiência poderia fazer ressaltar:

1. O trabalho desenvolvido para a concretização deste estudo partilhou o dia a dia do Centro de Saúde na assistência/acompanhamento dedicado aos "meus" utentes. A sobrecarga mantida ao longo dos anos não se revelou fácil para a concretização desta tarefa.

2. A escolha da metodologia, sobretudo, dos instrumentos de recolha de dados e dos técnicos, competentes e dedicados, para um trabalho o mais eficiente possível revelou um conjunto de

dificuldades não previsíveis e que tiveram de ser superadas. A reformulação, decorrente do pré-teste conduzido, foi mesmo assim, apesar do protelamento exigido, revelada insuficiente. Desde a selecção da amostra (lembrar o desfasamento entre os efectivos publicados e os existentes), à incerteza da permanência da/na residência dos idosos a inquirir, até ao tempo de imprevisibilidade na aplicação dos questionários, toda a índole de contratempos foram-se somando no prorrogar do cronograma.

3. Os resultados que do estudo feito nos levaram a concluir por uma comunidade insupostamente, à partida, com incapacidade relativamente reduzida, com uma qualidade e satisfação no viver do dia a dia ainda elevadas, com indicadores de mobilidade passíveis de deslocações programadas, podem, também, possibilitar-nos algumas outras reflexões quer sob a vertente do ensino/formação quer sob o papel e intervenção dos Cuidados de Saúde Primários.

A transmissão da perspectiva da velhice saudável que se constrói individual e comunitariamente tão precoce quanto possível, modifica o padrão do técnico transmissor para a do agente empreendedor; a verificação das modificações de atitude e comportamentos verificados mesmo nos idosos, mobiliza o acento da promoção da saúde para uma idade que, nesta perspectiva, não tem sido devidamente contemplada.

4. A evolução da tendência verificada na esperança de vida, na proporção de idosos, na mortalidade dos grandes idosos, nos padrões de morbilidade, no recurso às instituições de saúde, requer do agente empenhado na docência a abertura para as questões tão pontuais como a recolha da informação disponível e tão alargadas como o seu confronto com a disparidade do real; a consciência da dimensão sanitária tem, nesta linha de pensamento, de

contemplar tanto a objectividade habitacional e seu meio envolvente (preditores de referência permanentes), como a dimensão da qualidade de vida aí conseguida: e tudo isto se faz não sem um encontro do técnico com a experiência procurada no contacto com o "objecto" do estudo, o sujeito idoso da comunidade. Estes acontecimentos, por mim vividos enquanto investigador, são realidades que, mesmo do subconsciente, impulsionam um ensino mais atraente e modelante.

5. Os cuidados de saúde emergem do confronto de realidades: a vivida e a modificável. Conhecer o ponto de resposta adequado compete aos serviços. Por vezes, as exigências externas possibilitam-no. Foi este diagnóstico de situação que fica ao dispor de um serviço de planeamento: é ele uma verificação e um desafio.

A rentabilização dos recursos nem sempre equivalerá ao passar por menos mobilidade e mais serviços: quem sabe se não poderá corresponder a mais disponibilidade e maior compromisso. A perspectiva Médico de Família poderá representar o apelo à auscultação/suporte do familiar do idoso pertencente ao mesmo processo. A realidade de uma população que se movimenta, que necessita de mais estímulo vital e de "em-patia" do que de prestação de actos técnicos poderá conduzir a uma inserção dos idosos em tarefas mesmo assistenciais --se bem que programadas e acompanhadas-- e menos a um isolamento, considerado preventivo de riscos. A pouca ligação mantida com jovens a qual foi constatada nesta população, poderá fazer adivinhar o empenho do Centro de Saúde na procura de alternativas úteis aos tempos livres dos Jardins de Infância, coordenando acções dos idosos naqueles locais de formação: além da contrapartida afectiva, o estímulo proporcionado (intelectual, físico, ocupacional e social) promoverá um contexto mais salutar porque mais solidário.

6. A constituição de equipas de voluntários no Centro de Saúde para em conjunto com os profissionais procurarem estabelecer redes sociais de apoio e alerta, facilitariam a integração social e de emergência, características neste grupo etário. Empenhados na promoção da saúde não podem os Cuidados de Saúde Primários ignorar o papel crucial desempenhado pelas autoridades e administrações locais no proporcionar e/ou recuperar situações habitacionais e sociais degradadas e degradantes.

CAPÍTULO VII

ESTUDO ENCASTOADO

INTRODUÇÃO

Assistimos, hoje como ontem, ao envelhecimento dito patológico e ao envelhecimento dito comum (esperado). Cada vez com mais frequência constatamos, também, que numerosos idosos chegam a idades avançadas em que o envelhecimento foi bem sucedido, apresentando morbilidade pouco relevante ou inexistente. Este envelhecimento (147 e 148) até agora pouco estudado, é um domínio de investigação particularmente interessante porque é uma aspiração a que a maior parte das pessoas idosas aspira quando chega a idade da reforma. É através de estudos de indivíduos idosos com envelhecimento bem sucedido, que podemos obter informação, relevante e útil, para o conjunto da população e melhor descrever o que é realmente o processo de envelhecimento (149 e 150).

Foi por esta óptica, que perspectivámos este estudo na população idosa da freguesia de Campanhã, tendo por objectivo avaliar a autonomia, a independência e a satisfação de vida destes idosos.

MATERIAL E MÉTODO

1. População

Seleccionámos aleatoriamente, uma sub-amostra de 160 (cento e sessenta) idosos inquiridos, na freguesia de Campanhã (correspondente a 50% da amostra inicial). Destes 160 (cento e sessenta) idosos, só foi possível concretizar a aplicação dos instrumentos de avaliação, a 127 (cento e vinte e sete), o que corresponde a 40% do total dos inquiridos na amostra inicial e a 80% da sub-

amostra seleccionada, aos quais fomos aplicar três instrumentos de avaliação (151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159 160 e 161) a saber: escala "I A D L" (Instrumental Activities of Daily Living); o questionário "I S A I" (Iowa Self Inventory Assessment) e o teste de "Neugarten". As razões para que não se concretizassem a totalidade das entrevistas (também feitas por nós próprio com o apoio de duas assistentes sociais, devidamente esclarecidas e no domicílio do idoso), foram e por ordem decrescente, as seguintes: não encontrado 11 (onze); mudança de residência 9 (nove); demolição da habitação 8 (oito) e falecimento 5 (cinco).

2. Métodos de avaliação

2.1 Escala I A D L (Instrumental Activities of Daily Living)

A escala "I A D L", é um instrumento de medida que pretende avaliar a autonomia dos indivíduos, para a sua actividade quotidiana (155, 162, 163, 164, 165, 166 e 167). Para tal, explora as capacidades individuais para a utilização de: 1) *telefone*, 2) *meios de transporte*, 3) *usar dinheiro*, 4) *tomar medicamentos*, 5) *preparar refeições*, 6) *desempenho de actividades domésticas*, 7) *utilização de lavandaria* e 8) *caminhar* (Anexo 2A).

2.2 Questionário I S A I (Iowa Self Inventory Assessment)

O questionário "I S A I", é um instrumento de auto-avaliação constituído por 56 perguntas, enquadradas em sete grandes grupos de questões que foram concebidas para estudar a saúde subjectiva das pessoas idosas (156 e 157) . Explora sucessivamente: 1) *condições sócio-*

económicas; 2) *estado emocional*; 3) *saúde física*; 4) *relações sociais*; 5) *actividade física e mobilidade*; 6) *funções cognitivas* e 7) *suporte social*. Todos os grupos são contemplados com 8 perguntas (Anexo 2B).

As respostas favoráveis são pontuadas com a cotação 4, sendo as respostas de natureza oposta pontuadas com a cotação 1 e as respostas intermédias com a cotação 2 ou 3 (a pontuação máxima para cada grupo de itens é assim de 32 pontos e a pontuação mínima de 8 pontos). As diferentes pontuações são definidas do modo seguinte:

1. *Recursos financeiros* - As pontuações elevadas são obtidas por aqueles que consideram os seus recursos económicos como adequados, não tendo necessidade de auxílio de terceiras pessoas nem de auxílio social. Pelo contrário, aqueles que consideram os seus recursos económicos insuficientes, têm pontuações baixas.
2. *Humor* - Os que têm pontuações elevadas são mais tranquilos, dormem melhor e consideram a sua vida agradável. No caso contrário, as pontuações são baixas.
3. *Estado de saúde física* - As pontuações elevadas sugerem que o indivíduo se considera em excelente estado de saúde. As pontuações baixas são obtidas nos indivíduos que são portadores de doenças ou incapacidades, que apresentam mais problemas de saúde e por consequência têm maior dificuldade na realização das suas actividades quotidianas.
4. *Relações interpessoais* - Aqueles que têm boas pontuações consideram que têm bons e leais amigos, estão receptivos aos outros e têm uma vida social agradável. Pelo contrário, as más pontuações são obtidas por aqueles que colocam reservas sobre os seus amigos e pensam que alguns deles lhes querem mal.
5. *Mobilidade* - As pontuações elevadas são obtidas por aqueles que podem realizar, sem nenhuma dificuldade, as actividades da vida quotidiana, que visitam os amigos e participam em actividades sócio-culturais. As pontuações baixas são obtidas por aqueles que não são

capazes de realizar aquelas actividades.

6. *Funções cognitivas* - Aqueles que têm pontuações elevadas consideram-se em bom estado intelectual, com boa memória, boa orientação e sempre disponíveis para aprender coisas novas. As pontuações baixas são obtidas por aqueles que apresentam perturbações da memória, esquecem com frequência os seus compromissos e o lugar onde deixaram objectos.
7. *Suporte social* - Aqueles que têm pontuações elevadas consideram que vivem num meio social satisfatório com amigos e vizinhos. As pontuações baixas são obtidas por aqueles que se consideram isolados e não protegidos.

2.3 Teste Neugarten

O teste "Neugarten", é um instrumento validado e largamente utilizado, que permite estudar a satisfação de vida, a partir de uma série de 13 perguntas, permitindo a obtenção de um índice ("Índice de Neugarten") (158). Através deste teste é possível avaliar a satisfação de vida dos entrevistados, colocando questões como por exemplo: 1) *"depois de ser velho(a) as coisas parecem-me melhores do que eu pensava"*; 2) *"a minha vida foi melhor, que a da maioria das pessoas que conheço"*; 3) *"É o período mais triste da minha vida"*; 4) *"sou tão feliz agora, como quando era jovem"*, a que as pessoas entrevistadas terão de responder em uma de três hipóteses alternativas (verdadeira, falsa ou não sabe/não responde) (Anexo 2C).

RESULTADOS

1. As características gerais da população estudada encontram-se sumarizadas no Quadro I.

QUADRO I - Características Gerais da População Estudada (n=127)

			Idade			
Sexo	n	%	Média	SD	Min.	Max.
Masc.	41	32,3	70,73	3,72	65	81
Fem.	86	67,7	71,72	5,02	65	86
Estado Civil						
Casado	75	59,1				
Viúvo(a)	41	32,3				
Divorciado(a)	2	1,6				
Solteiro(a)	9	7,1				
Escolaridade						
Analfabeto(a)	29	22,8				
Saber ler/escrever	21	16,6				
Ensino Primário	56	44,1				
Ensino Secundário	17	13,4				
Ensino Superior	4	3,1				

Dos indivíduos estudados 68% (86) eram mulheres e 32% (41) homens. A média de idades era para o sexo feminino 71,72 ± 5,02 anos e para o sexo masculino 70,73 ± 3,72 anos. Quanto ao estado civil 59% (75) eram casados, 32% (41) viúvos, 7,1% (9) solteiros e 1,6% (2) divorciados. No que concerne à escolaridade 44% (56) possuiam o ensino primário, 23% (29) eram analfabetos, 16,6% (21) sabiam ler/escrever, 13,4% (17) possuiam o ensino secundário e 3,1% (4) tinham um curso superior.

2. Actividades da vida diária pela escala I A D L

Como foi referido esta escala apresenta diferentes níveis de dificuldade para as várias actividades de vida diária. A dificuldade mais vezes referida é a que diz respeito à "lavandaria", em que 73,9% dos idosos respondentes se mostra incapacitado para a execução plena daquela actividade. Se considerarmos os sexos, embora não existam diferenças estatisticamente significativas (χ^2=0,14 p=0,70), é o sexo masculino, aquele que mais expressa essa dificuldade, que também aumenta à medida que a idade avança, embora também aqui não existam diferenças estatisticamente significativas (χ^2=0,70 p=0,40).

A "capacidade para usar dinheiro", surge na segunda posição da lista de dificuldades, havendo 53,2% dos idosos estudados que manifestam alguma incapacidade no seu uso. É o sexo feminino aquele que mais vezes expressa aquela dificuldade, existindo uma diferença estatisticamente significativa relativamente ao sexo masculino (χ^2=12,56 p=0,0004), gráfico 1.

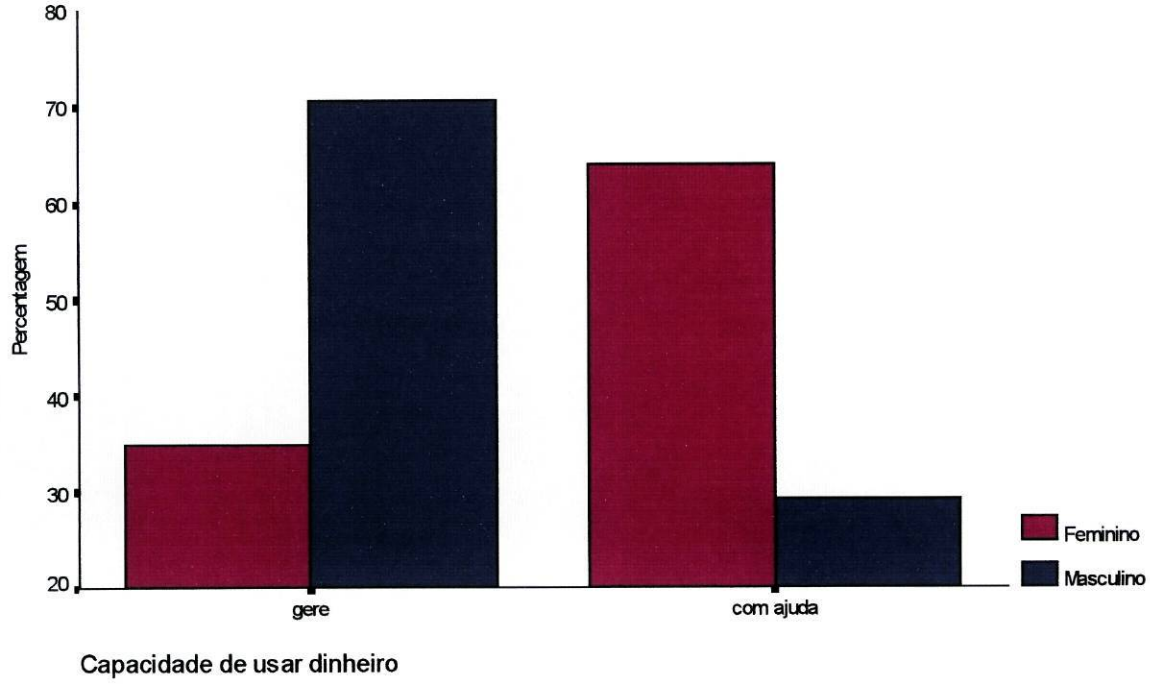


Gráfico 1

A idade mais avançada, é também, causa de dificuldades acrescidas embora sem significado estatístico (χ^2=0,48 p=0,49).

A "actividade doméstica" surge em terceiro lugar, na escala de dificuldades com 36,9%, sendo o sexo masculino aquele que sempre se manifesta incapaz de executar quaisquer tarefas relacionadas com a actividade doméstica, existindo diferença estatisticamente significativa relativamente ao sexo feminino (χ^2=32,61 p<0,0001), gráfico 2.

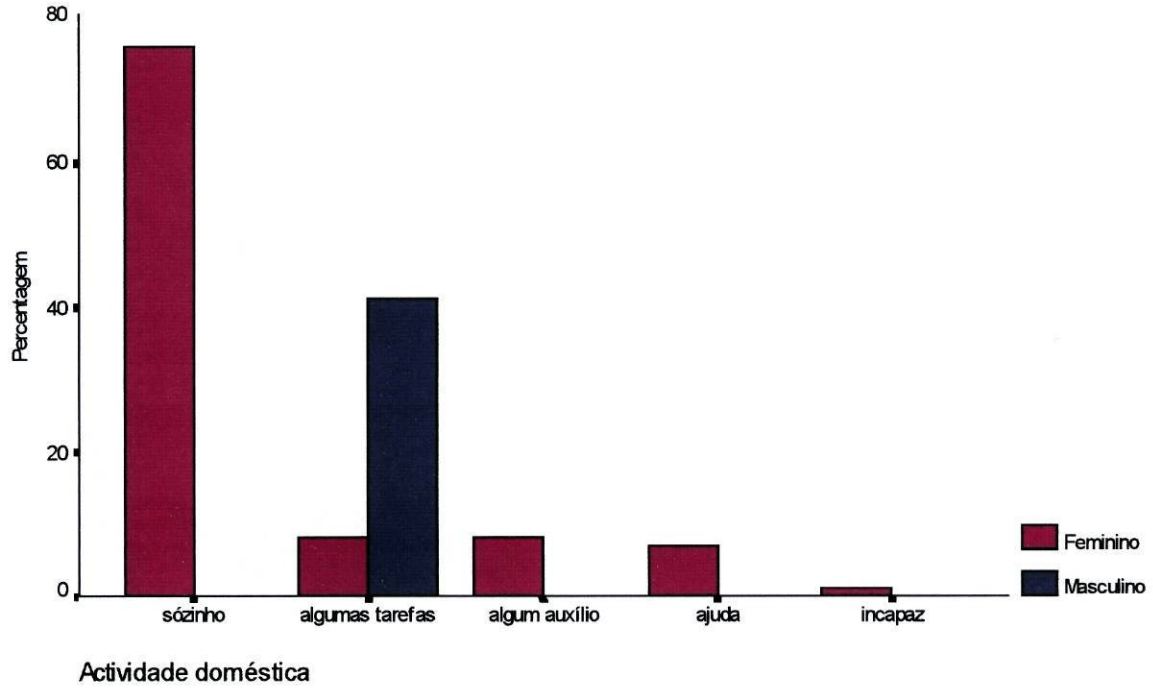


Gráfico 2

Embora esta actividade manifeste declíneo com a idade, este não evidencia significado estatístico (χ^2=1,36 p=0,24).

A quarta posição na escala de dificuldades é ocupada pela "capacidade para usar o telefone" atingindo o valor de 23,6%. Quanto ao sexo, é o feminino aquele que maiores dificuldades manifesta não havendo, contudo, diferença estatisticamente significativa relativamente ao sexo masculino (χ^2=0,95 p=0,33). Com o avançar da idade, a dificuldade de utilização do telefone aumenta mas, também aqui, sem significado estatístico (χ^2=1,73 p=0,19).

A "capacidade para utilização dos meios de transporte", surge em quinto lugar na escala de dificuldades com 21,3%, sendo o sexo feminino, aquele que mais vezes expressa aquela dificuldade, embora não se verifique diferença estatisticamente significativa relativamente ao sexo masculino (χ^2=2,23 p=0,14). São as idades mais avançadas as que maiores dificuldades

manifestam na utilização dos meios de transporte, verificando-se uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo etário 65-74 anos e o grupo etário ≥75 anos (χ^2=14,36 p<0,001), gráfico 3.

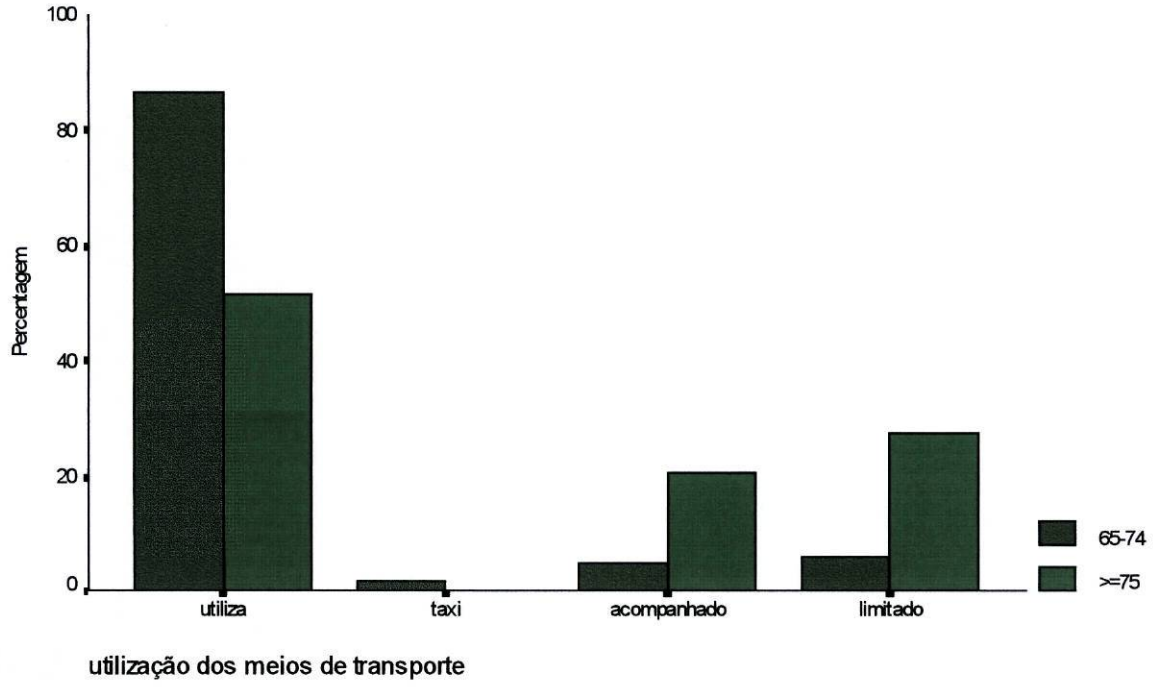


Gráfico 3

A "capacidade de preparar alimentos" assume a sexta posição na escala de dificuldades com 19,3%. Quanto ao sexo, é o masculino aquele que maiores dificuldades manifesta na execução das refeições, verificando-se uma diferença estatisticamente significativa relativamente ao sexo feminino (χ^2=32,6 p<0,0001), gráfico 4.

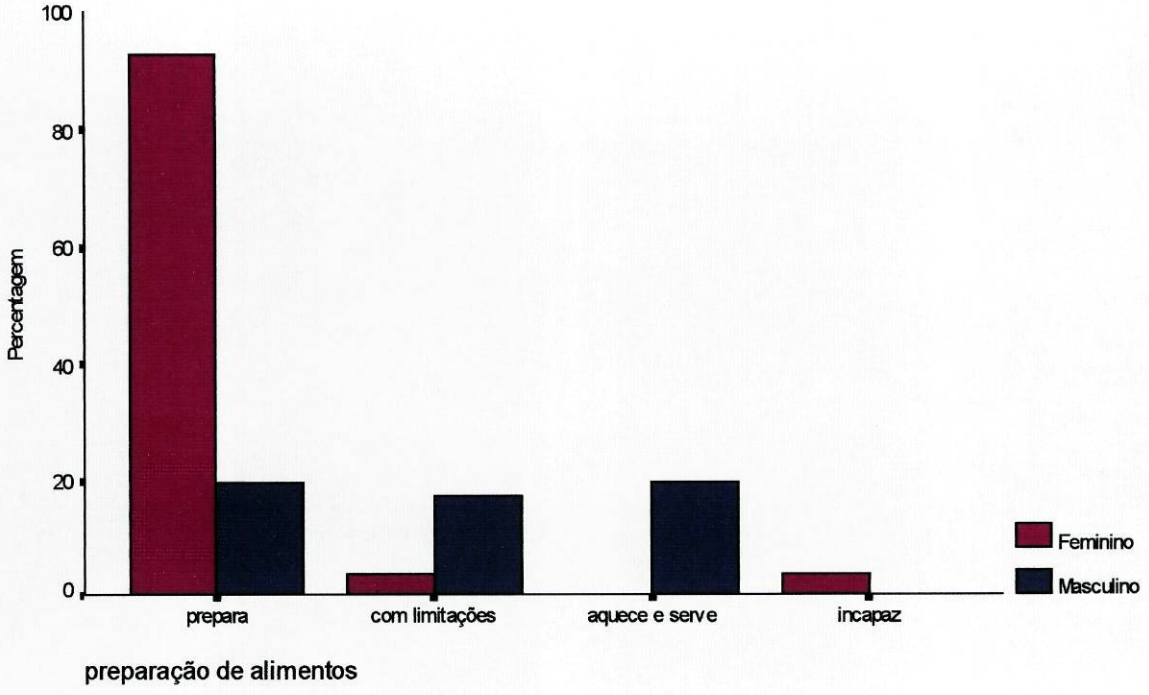


Gráfico 4

No que concerne aos grupos etários, observa-se que o grupo ≥75 anos manifesta menores dificuldades na preparação das refeições que o grupo etário 65-74 anos, embora não exista diferença estatisticamente significativa (χ^2=0,01 p=0,94).

A sétima posição na escala de dificuldades (18,1%) é ocupada pela "capacidade de fazer caminhadas". É o sexo feminino que maiores dificuldades expressa na sua mobilidade, não se observando, contudo, diferença estatisticamente significativa relativamente ao sexo masculino (χ^2=2,08 p=0,15). O grupo etário ≥75 anos manifesta maiores dificuldades na capacidade de marcha que o grupo etário 65-74 anos, verificando-se diferença estatisticamente significativa

entre os dois grupos etários (χ^2=20,50 p<0,001), gráfico 5.

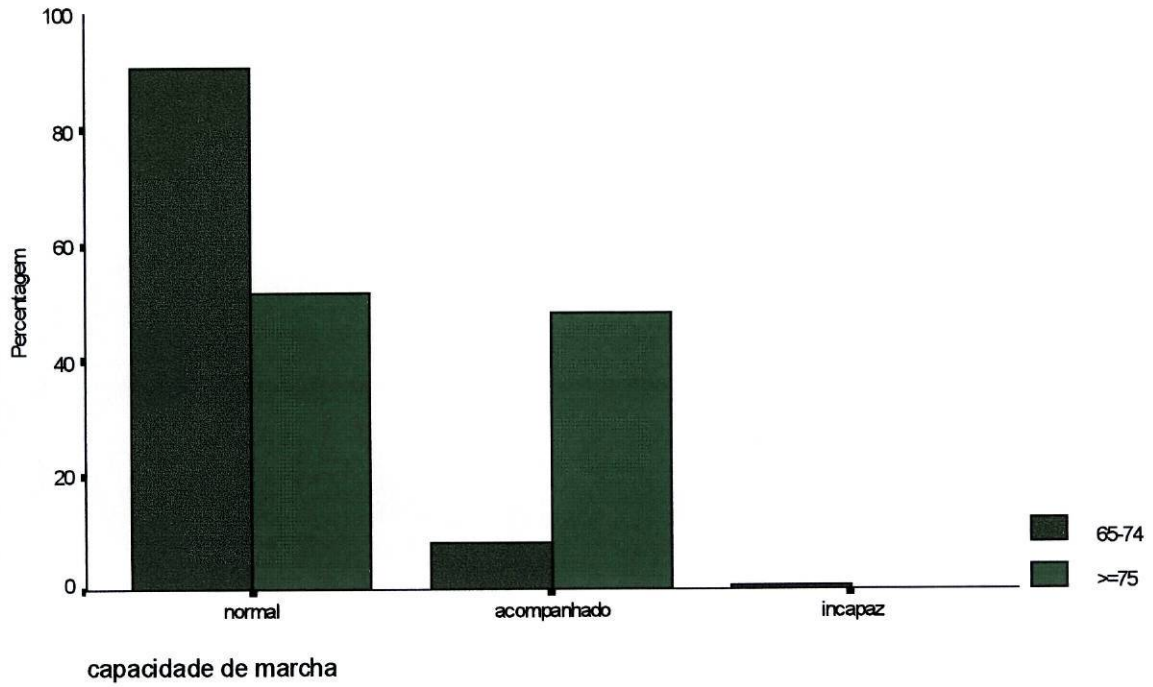


Gráfico 5

Por último, a "responsabilidade pela toma de medicamentos", não acarreta dificuldades de monta, representando 7,9% de idosos com incapacidade para executar aquela tarefa. É o sexo masculino que maiores dificuldades manifesta, não havendo diferença estatisticamente significativa relativamente ao sexo feminino (χ^2=0,80 p=0,37). À medida que a idade aumenta, também aquela dificuldade se torna mais frequente, embora sem significado estatístico (χ^2=3,02 p=0,08).

3. Auto-avaliação gerontológica pelo questionário I S A I

As pontuações globalmente consideradas, obtidas através do questionário I S A I para o conjunto das funções estudadas sugerem, de um modo geral, resultados satisfatórios. Como foi referido, a pontuação mínima para cada uma das funções é de 8 e a pontuação máxima de 32 com uma mediana de 20, seguindo a distribuição desta uma distribuição aproximadamente normal, como se pode observar pelo gráfico 6 . À excepção da função "mobilidade" todas as pontuações são superiores a 20.

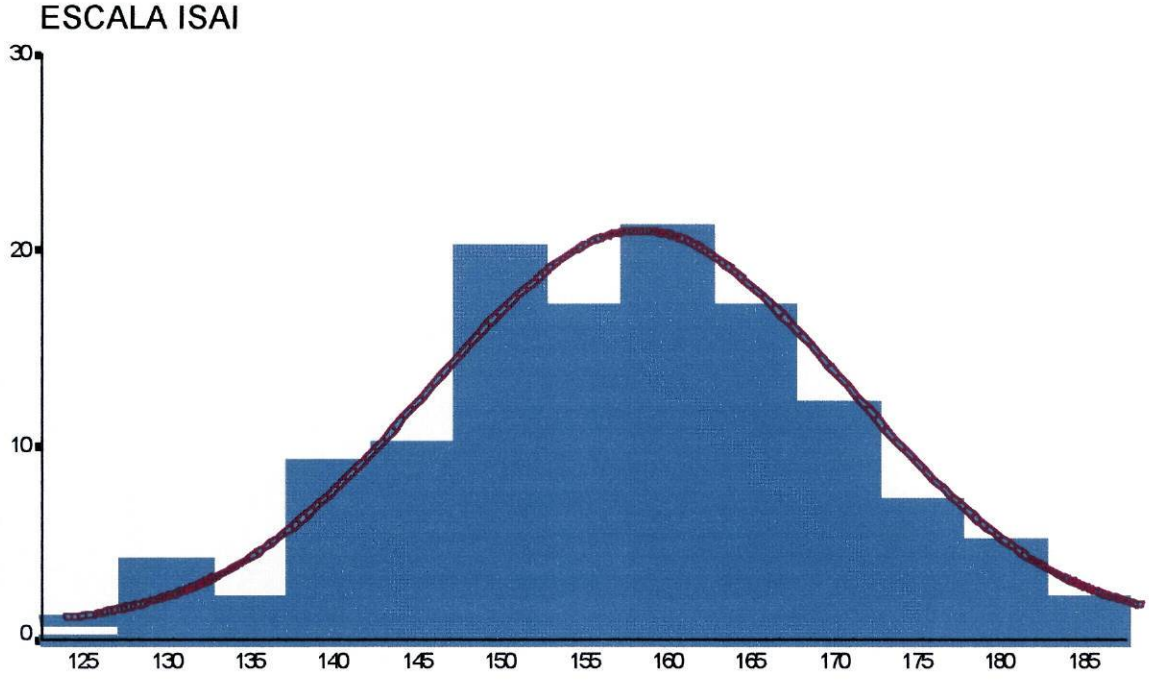


Gráfico 6

As pontuações mais elevadas dizem respeito às "relações interpessoais" e às "funções cognitivas" sugerindo, por um lado, que esta população possui um desempenho adequado nas suas relações de amizade, sendo a sua vida social aprazível e, por outro lado, mantém uma atitude positiva

perante a sua realidade quotidiana.

As pontuações intermédias dizem respeito aos "recursos económicos", ao "suporte social" e ao "estado de saúde física", o que parece traduzir um razoável suporte económico e social, assim como, aptidão física geral que permite o desempenho de funções essenciais.

As pontuações mais baixas observam-se no "estado emocional" (humor) e na "mobilidade", o que sugere, poder tratar-se de uma população pouco tranquila e com perturbação da sua vida de relação, podendo este facto traduzir-se em dificuldades de participação em actividades sócio-culturais que poderão contribuir para o agravamento do estado emocional desta população.

É interessante constatar que as pontuações globais são idênticas para homens e mulheres. Apenas em duas situações encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, são as que dizem respeito ao "humor" e à "mobilidade" (Quadro II).

QUADRO II - Resultados do I S A I (Pontuação ± Desvio Padrão)

	HOMENS	MULHERES	TOTAL
Recursos económicos	22,6(3,1)	23,6(2,6)	23,3(2,8)
Estado emocional (Humor)	22,4(5,8)	18,9(5,9)	20,0(3,1)*
Saúde física	21,6(3,1)	21,4(3,2)	21,5(3,2)
Relações interpessoais	25,6(5,8)	27,0(5,7)	26,6(5,7)
Mobilidade	16,7(3,0)	18,7(2,9)	18,0(3,0)*
Funções cognitivas	26,4(3,1)	25,2(3,9)	25,6(3,7)
Suporte social	22,8(4,1)	21,9(4,1)	22,2(4,1)
TOTAL	158,1(12,5)	156,7(12,5)	157,2(12,4)

** $p<0,05$ entre homens e mulheres*

4. Avaliação da satisfação de vida através do teste de Neugarten

O teste de Neugarten, (Quadro III), mostra resultados que podem sugerir tratar-se de uma população algo deprimida. Apenas, aproximadamente um quarto (26,8%) da população idosa avaliada constata que na velhice as coisas parecem melhores do que pensavam que fossem; metade (50,4%) consideram tratar-se do período mais triste de suas vidas; apenas um terço (32,3%) consideram ser tão felizes agora, como quando eram jovens e menos de um quinto (18,1%) admitem ser os melhores anos de suas vidas.

Contudo, e relativamente à vida já vivida, esta população mostra-se algo compensada pelo que esta lhes proporcionou. Deste modo, 67,7% dos idosos estudados consideram-se satisfeitos com a vida já passada e 58,3% consideram ter obtido aquilo que esperavam dela. Relativamente ao futuro os resultados apurados revelam-nos que esta população idosa está céptica quanto ao que este lhes reserva, uma vez que 43,3% não espera melhores dias, enquanto 44,9% não tem opinião.

QUADRO III - Resultados obtidos no teste de Neugarten

Teste de Neugarten	V*	F**	NS/R ***
1. Depois de ser velho(a) as coisas parecem-me melhores do que eu pensava	26,8%	55,1%	18,1%
2. A minha vida foi melhor, que a da maioria das pessoas que conheço	34,7%	35,9%	29,9%
3. É o período mais triste da minha vida	50,4%	43,3%	6,3%
4. Sou tão feliz agora, como quando era jovem	32,3%	65,3%	2,4%
5. São os melhores anos da minha vida	18,1%	74,8%	7,1%
6. A maior parte das coisas que faço são maçadoras	41,0%	53,5%	5,5%
7. As coisas que faço agora, parecem-me tão interessantes como sempre ...	41,0%	52,7%	6,3%
8. Quando recordo a minha vida passada, sinto-me satisfeito(a)	67,7%	29,9%	2,4%
9. Faço projectos para coisas que farei dentro de um mês ou num ano	54,3%	44,9%	0,8%
10. Penso não ter obtido, a maior parte das coisas importantes que desejava	41,0%	53,5%	5,5%
11. Em relação às outras pessoas, estou muito mais vezes triste	33,9%	59,0%	7,1%
12. Obtive uma boa parte do que esperava da vida	58,3%	36,2%	5,5%
13. Apesar do que as pessoas pensam, o destino do homem será pior.....	43,3%	11,8%	44,9%

** Verdadeira; **Falsa; ***Não sabe/Não responde*

A pontuação média do teste de Neugarten revela-se diferente e com significado estatístico quando consideramos ambos os sexos. Assim, a pontuação média é de 5,14 (±1,59) para as mulheres e de 6,02 (±1,94) para os homens. A pontuação média é melhor para os homens, o que sugere maior satisfação de vida (Quadro IV).

QUADRO IV - Valores do teste de Neugarten (média e desvio padrão da média)

	Média	**D.Padrão**	**Min .**	**Máx.**	**n**
Homens	6,02	1,94	1	10	41
Mulheres	5,14	1,59	2	8	86

Estes resultados parecem querer revelar uma população idosa com um passado satisfatório, um presente emocionalmente desajustado e olham para o futuro com muitas reservas.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Neste final de milénio, as pessoas que chegam à idade da reforma, tomaram consciência de que ainda lhes resta muito tempo do resto de suas vidas e, por isso, desejam passá-lo com o mais "razoável" estado de saúde possível. Este fenómeno é novo relativamente às gerações precedentes, tanto mais que, hoje, um grande número de pessoas que aceda à idade da reforma, espera viver aproximadamente mais 20 anos. Esta realidade emergente é um enorme desafio à sociedade em geral e aos serviços de saúde em particular que terá de adoptar medidas específicas

para o acompanhamento e compreensão do fenómeno, nomeadamente no que concerne aos utensílios de avaliação gerontológica. Estes utensílios permitem explorar a saúde subjectiva dos idosos, mas também, as actividades que desenvolvem, a memória, a autonomia e o humor, entre outros. De posse desta avaliação poderemos definir três grupos de pessoas idosas:

1. *Grupo com envelhecimento bem sucedido*

Os valores de referência, permitem precisar o que as pessoas idosas devem esperar da sua ancianidade. Permitem, também, seguir e avaliar, regularmente, no tempo os idosos, para detectar precocemente o surgimento de alguma diminuição das suas capacidades funcionais (149). A avaliação gerontológica deste grupo é particularmente interessante, pela possibilidade que nos dá de compreender a morbilidade das pessoas idosas e de lhes prestar cuidados continuados adaptados às circunstâncias (153, 154 e 155).

2. *Grupo com envelhecimento comum (esperado)*

Tem em consideração as doenças habitualmente encontradas neste grupo etário. A comparação com os valores da população de referência, (envelhecimento bem sucedido), permite determinar em que nível de saúde se encontra o indivíduo e presumir a possibilidade de melhorar o seu grau de saúde. Esta medida permitirá, também, que não atribuamos à idade determinados sinais e sintomas, que são efectivamente entidades patológicas, susceptíveis de serem corrigidas.

3. *Grupo com envelhecimento patológico*

Diz respeito aos indivíduos que apresentam doenças incapacitantes, que não lhes permitem o desempenho de actividades quotidianas simples, necessitando, por consequência, da ajuda de terceiros. Ora, se uma avaliação gerontológica fosse feita periodicamente, permitiria fazer um diagnóstico precoce e/ou a instituição de terapêuticas adequadas, no sentido de minimizar ao máximo as incapacidades decorrentes do processo patológico.

Neste contexto de envelhecimento bem sucedido, comum e patológico se poderão compreender

as condutas a prosseguir, para melhorar o estado de saúde das gerações vindouras.

No que às actividades de vida diária (IADL) diz respeito, encontramos no nosso estudo diferentes níveis de dificuldade, sendo a "lavandaria" a mais vezes referida e a menos vezes a "capacidade para tomar medicamentos", quando considerados ambos os sexos. Se distinguirmos os sexos, então, para os homens a maior dificuldade é a "lavandaria", seguida da "actividade doméstica", da "preparação de refeições" e de "tomar medicamentos", enquanto que para as mulheres a dificuldade maior é a "capacidade de gerir dinheiro", seguida da "capacidade de usar o telefone", "utilizar transportes" e "caminhar".

A auto-avaliação gerontológica (ISAI), mostra que as pontuações mais elevadas dizem respeito às "relações interpessoais" e às "funções cognitivas"; as pontuações intermédias aos "recursos económicos", ao "suporte social" e ao "estado de saúde física"; as pontuações mais baixas observam-se no "estado emocional" (humor) e na "mobilidade". Estas pontuações sugerem, por um lado, que esta população possui um desempenho adequado nas suas relações de amizade, sendo a sua vida social aprazível e, por outro lado, mantém uma atitude positiva perante a sua realidade quotidiana. Sugerem, também, um razoável suporte económico e social, assim como, aptidão física geral que permite o desempenho de funções essenciais; e ainda, poder tratar-se de uma população pouco tranquila e com perturbação da sua vida de relação, podendo este facto traduzir-se em dificuldades de participação em actividades sócio-culturais que poderão contribuir para o agravamento do estado emocional desta população.

Os resultados obtidos no teste de Neugarten, sugerem tratar-se de uma população idosa com um passado satisfatório, um presente emocionalmente desajustado e olhando para o futuro com muitas reservas; revelam, também, que a vida parece ter sorrido mais aos homens que às mulheres.

BIBLIOGRAFIA

1. NAZARETH, J. MANUEL - " O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa". Geriatria, 1994; 7,64 (5-17)
2. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - "5 Mil Milhões de Seres Humanos Sobre a Terra". Centro de Estudos Demográficos. Lisboa, 1987
3. EUROSTAT, STATISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES. Luxemburgo, 1992
4. LEGRAND, PATRICE - "Dépendence et Solidarités - Mieux aider les personnes âgées". Ed. La Documentation Française. Paris, 1991
5. MACURA, MILOS - "Politiques de transition". Peuples; 7,1. London, 1980
6. PUIJALON, BERNADETTE - "Être Vieux". Ed. Autrement. Paris, 1991
7. SAUVY, ALFRED - "Théorie génerale de la population", vol. II, Presses Universitaires de France, Paris, 1966
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION - "The Uses of Epidemiology in the Study of the Elderly". Technical Report Series 706. Geneva, 1984
9. CARDOSO, S. MASSANO - "Epidemiologia do Envelhecimento". Geriatria 1990; 24: 28-30
10. ORGANISATION MONDIAL de la SANTÉ - "La Santé des Personnes Agées". Série de Rapports Techniques nº 779. Genéve, 1989
11. WHO, Health for all 2000
12. DEPS/DE: Portugal Saúde 1994. Lisboa, 1996
13. INE, Censos e Estimativas, vários anos
14. Relatório da UNFPA, 1987 p.14

15.POPULATION REFERENCE BUREAU - "World Population Data Sheet". Washington, 1983 e 1993

16.PANAMERICAN HEALTH ORGANAZATION - "Toward the well-being of the elderly". Scientific Publication nº492. 1985

17.FERICGLIA, JOSEF M. - "Envejecer. Una Antropologia de la Ancianidad". Editorial Anthropos. Barcelona, 1992

18.BUTLER, ROBERT N. - "Population aging and health". BMJ, nº7115 vol.315

19.HOBBS F, DAMON B. - "65+ years in the United States". In: Current Population Reports. Washington, DC:US Bureau of the Census, 1996:23-190.

20.MANTON K G, CORDER L, STALLARD E. - "Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994". Proc. Natl. Acad. Sci. USA 1997; March:2593-8.

21.KAY-TEE KHAW. - "Healthy aging". BMJ, nº7115 vol.315

22.GRUNDY E. - "The health and health care of older adults in England and Wales, 1941-1994". In: Charlton J, Murphy M. The Health of Adult Britain 1941-1994. London: Office for National Statistics, 1997: 182-203.

23.OFFICE FOR NATIONAL STATISTICS. - "National population projections". London: Office for National Statistics, 1996. (Series PP2, nº20)

24.MARTIN J, MELTZER H, ELLIOT D. - "OPCS surveys of disability in Great Britain". Report 1:The prevalence of disability among adults. London: HMSO, 1998.

25.MURRAY C J L, LOPEZ A D. - "Regional patterns of disability-free life expectancy and disability-adjusted life expectancy: global burden of disease study". Lancet 1997;349:1347-52.

26.MURRAY C J L, LOPEZ A D. - "Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: global burden of desease study". Lancet 1997;349:1498-1504.

27.FRIES J F. - "Ageing, natural death, and the compression of morbidity". New Engl J Med 1980;313:407-28.

28.FRIES J F. – "Physical activity, the compression of morbidity and the health of the elderly". J R Soc Med 1996;89:64-8.

29.BONE M, BEBBINGTON A, JAGGER C, MORGAN K, NICHOLAAS C. – "Calculations of trends in health expectancies 1976-1992". In: Health expectancy and its uses. London: HMSO, London 1996.

30.WORLD HEALTH STATISTICS ANNUAL. – "Geneva: World Health Organisation, 1995.

31.KESTELLOT H. – "Changing trends in mortality". In: Yamory Y, Strasser T, eds. New horizons in preventing cardiovascular diseases. Amsterdam: Elsevier, 1989.

32.BOYCE W J, VESSEY M P. – "Rising incidence of fracture of the proximal femur". Lancet 1985;i:150-1.

33.MELTON L J III, O`FALLON W M, RIGGS B L. – "Secular trends in the incidence of hip fractures". Calcif Tiss Int 1987;41:57-64.

34.Health of Nation. Variation in health: report of the variations subgroup of the chief medical officer`s Health of the Nation Working Group. London: Department of Health, 1995.

35.POULTER N R, KHAW K T, HOPWOOD B E C, MUGAMBI M, PEART W S, ROSE G, et al. – "The Kenyan Luo migration study: observations on the initiation of a rise in blood pressure". BMJ 1990;300:967-72.

36.WORTH R M, KATO H, RHOADS G G, KAGAN A, SYME S L. – "Epidemiologic studies of coronary hearth disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California: mortality". Am J Epidemiol 1975;102:481-90.

37.KITA T, ISHII K, KUME N, NAGANO Y, KAWAI C. – "The level of serum cholesterol in Caucasian and Japanese Zen monks". Circulation 1986;74 (suppl.II):131.

38.DUBBELMAN R, JONXIS J H P, MUSKIET F A J, SALEH A E C. – "Age-dependent vitamin D status and vertebral condition of white women living in Curacao (the Netherlands Antilles) as compared with their counterparts in the Netherlands". Am J Clin Nutrit 1993;58:106-9.

39.KIRKWOOD T B L, WOLFF S P. – "The biological basis of ageing". Age Ageing 1995;24:167-71.

40.BARKER D J P. – "Maternal and fetal origins of coronary heart disease". J R Coll Phys London 1994;28:544-51.

41.TUORMAA T E. – "A brief review of imune system and its function in relation to PVFS, non-antibody mediated allergy, autoimmunity, and immune deficiency". Nutr Health 1988;6:53-62.

42.NEATON J D, WENTWORTH D. – "Serum cholesterol, blood pressure, cigarette smoking, and death from coronary hearth disease". Arch Int Med 1992;152:56-64.

43.KANNEL W B, DOYLE J T, SHEPHARD R J, STAMLER J, VOKONAS P S. – "Prevention of cardiovascular disease in the elderly" . J Am Coll Cardiol 1987;10:25-8 A.

44.QIZILBASH N, LEWINGTON S, DUFFY S, PETO R, SMITH T, SPIEGELHALTER D. – "Cholesterol, diastolic blood pressure, and stroke: 13000 strokes in 450000 people in 45 prospective cohorts". Lancet 1995;346:1647-53.

45.COLLINS R, PETO R, MACMAHON S, HERBERT P, FIEBACH N H, EBERLEIN K A, et al. – "Blood pressure, stroke, and coronary hearth disease". Part 2. Short-term reductions in blood pressure: overview of randomised drug trials in their epidemiologic context. Lancet 1990;335:827-38.

46. SCANDINAVIAN SIMVASTATIN SURVIVAL STUDY GROUP. – "Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian simvastatin survival study (4S)". Lancet 1994;344:1383-9.

47. LAW M R, FROST C D, WALD N J. – "By how much does dietary salt reduction lower blood pressure? I – Analysis of observational data among populations". BMJ 1991;302:811-5.

48. LAW M R, FROST C D, WALD N J. – "By how much does dietary salt reduction lower blood pressure? III – Analysis of data from trials of salt reduction". BMJ 1991;302:819-24.

49. CLARKE R, FROST C D, COLLINS R, APPLEBY P, PETO R. – "Dietary lipids and blood cholesterol: quantitative meta-analysis of metabolic ward studies". BMJ 1997;314:112-7.

50. GILLMAN M W, CUPPLES L A, GAGNON D, POSNER B M, ELLISON R C, CASTELLI W P, et al. – "Protective effect of fruits and vegetables on development of stroke in men". JAMA 1995;273:1113-7.

51. BURR M L, FEHILY A M, GILBERT J F, ROGERS S, HOLLIDAY R M, SWEETNAM P M, et al. – "Effects of changes in fat, fish and fibre intakes on death and myocardial infarction". Lancet 1989;ii:757-61.

52. LORGERIL M, RENAUD S, MAMELLE S, SALEN P, MARTIN J L, MONJAUD I, et al. – "Mediterranean alphalinolenic acid rich diet in secondary prevention of coronary heart disease". Lancet 1994;343:1454-9.

53. CUMMINGS S R, BLACK D. – "Bone mass measurements and risk of fracture in caucasian women: a review of findings from prospectives studies". Am J Med 1995;98(supp 2^{A}), 24-28S.

54.CHAPUY M C, ARLOT M E, DUBOEUF F, BRUN J, CROUZET B, ARNAUD S, et al. – "Vitamin D3 and calcium to prevent hip fractures in elderly women. New Engl J Med 1992;32:1637-42.

55.BLACK D M, CUMMINGS S R, KARPF D B, CAULEY J A, THOMPSON D E, NEVITT M C, et al. – "Randomised trial of effect of alendronate on risk of fracture in women with existing vertebral fractures. Lancet 1996;348:1535-41.

56.DOLL R, PETO R, WHEATLEY K, GRAY R, SUTHERLAND I. – "Mortality in relation to smoking: 40 years` observations on male British doctors". BMJ 1994;309:901-11.

57.WIDDOWSON E M. – "Physiological processes of aging: are there special nutritional requirements for elderly people? Do McCay`s findings apply to humans?". Am J Clin Nutrit 1992;55:1246-9.

58.KROMHOUT D, de LEZENNE COULANDER C. – "Diet, prevalence and 10 year mortality from coronary heart disease in 871 middle aged men". Am J Epidemiol 1984;119:733-41.

59.MAGNI E, BIANCHETTI A, ROZZINI R, TRABUCCHI M. – "Influence of nutritional intake on 6 year mortality in na Italian elderly population". J Nutr Elder 1994;13:25-34.

60.FARCHI G, FIDANZA F, GROSSI P, MARIOTTI S, MENOTTI A – "Relationship between eating patterns meeting recommendations and subsequent mortality in 20 years". Eur J Clin Nutr 1995;49:408-19.

61.ALPHA-TOCOPHEROL BETA CAROTENE CANCER PREVENTION STUDY GROUP. – "The effect of vitamin E and beta carotene on the incidence of lung cancer and other cancers in male smokers". New Engl J Med 1994;330:1029-35.

62.GARZIANO J M. – "Randomised trials of dietary antioxidants in cardiovascular disease prevention and treatment". J Cardiovasc Risk 1996;3:368-71.

63. STEPHENS N G, PARSONS A, SCHOFIELD P M, KELLY F, CHEESEMAN K, MITCHINSON M J, et al. – "Randomised controlled trial of vitamin E in patients with coronary disease: Cambridge heart antioxidant study (CHAOS)". Lancet 1996;347:781-6.

64. SEDDON J M, AJANI U A, SPERDUTO R D, HILLER R, BLAIR N, TURTON T C, et al. – "Dietary carotenoids, vitamins A, C, and E, and advanced age-related macular degeneration". JAMA 1994;272:1413-20.

65. STEINMETZ K A, POTTER J D. – "Vegetables, fruit and cancer. I. Epidemiology". Cancer Causes and Control 1991;2:325-57.

66. SRIDHAR M K. – "Nutrition and lung function". BMJ 1995;310:75-6.

67. WORLD HEALTH ORGANISATION STUDY GROUP. – "Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases". WHO Tech Rep Ser 1990;797.

68. US DEPARTMENT of HEALTH and HUMAN SERVICES. – "The surgeon general`s report on nutrition and health". Washington: USDHHS (PHS), 1988. (Publication nº 88-50210.)

69. KHAW K T. – "Nutritional status". In: Ebrahim S, Kalache A, eds. Epidemiology in old age. London: BMJ Publishing, 1996:171-83

70. DEPARTMENT of HEALTH. – "Nutritional aspects of cardiovascular disease". Report of the Cardiovascular Review Group committee on medical aspects of food policy. London: HMSO, 1994.

71. CURFMAN G D. – "The health benefits of exercise". New Engl J Med 1993;328:574-6.

72. YOUNG A – "Exercise". In: Ebrahim S, Kalache A, eds. Epidemiology in old age. London: BMJ Publishing, 1996:190-200.

73. ESTEVES A J. – "Jovens e Idosos: Família, Escola e Trabalho". Ed. Afrontamento, nº527, col. Biblioteca das Ciências do Homem, Porto, 1995.

74.ELEMENTOS ESTATÍSTICOS SAÚDE/95. Ministério da saúde: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, Lisboa, Março/97.

75.INQUÉRITO NACIONAL de SAÚDE 1995/96. Ministério da Saúde: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, Lisboa.

76.A SAÚDE dos PORTUGUESES 1997. Ministério da Saúde: Direcção-Geral da Saúde, Lisboa, 1997.

77.GERIATRIC MEDICINE: Kassel C. et al. Springer-Verlag, New York, 1990.

78.PRINCIPLES OF GERIATRIC MEDICINE AND GERONTOLOGY: 2nd. Edition: Hazzard W., Andres R., Bierman E., Blass J. McGraw-Hill, New York, 1990.

79.WARSHAW G. – "La función especial del médico general". In: Hacia el bienestar de los ancianos. Organizacion Panamericana de la Salud, Publicación Cientifica Nº 492, 1985: 67-70.

80.EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE. Newsletter, Nº1, 1989.

81.WHO Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care – "Cancer pain relief and palliative care": report of a WHO expert committee. World Health Organization technical report series; 804, Geneva, 1990.

82.ROY, D. J. – "Decisions and dying: questions of clinical ethics". In: Bolaria, B. & Dickinson, H. D., ed. Sociology of health care in Canada. Toronto, Harcourt Brace Jovanovich, 1988, pp. 527-536.

83.TWYCROSS, R. G. & LACK, S. A – "Therapeutics in terminal cancer", 2nd. ed. London, Churchill Livingstone, 1990.

84.TAKEDA, F. – "Results of field-testing of the WHO draft interim guidelines on relief of cancer pain in Japanese cancer patients. In: Doyle, D., ed. 1986 Symposium on pain control

(International Congress and Symposium series, N°123). London, Royal Society of Medicine, 1987, pp. 109-117.

85. DOYLE, D. – "Paliative care. The management of for advanced illness". London, Croon Helm, 1984.

86. BILLINGS, J. A – "Outpatient management of advanced cancer". Philadelphia, J. B Lippincott, 1985.

87. REGNARD, C. F. B. & DAVIES, A – "A guide to symptom relief in advanced cancer", 2nd. ed. Manchester, Haigh & Hochland, 1986,

88. TWYCROSS, R. G. & LACK, S. A – "Control of alimentary symptoms in for advanced cancer". London, Churchill Livingstone, 1986.

89. WALSH, T. D. – "Symptom control". Oxford, Blackwell, 1988.

90. GRANDE, NUNO – "O clínico geral e o doente terminal". Rev. Port. Clínica Geral, 1985, n°11: 27-31.

91. DECLARATION ON THE ELIMINATION OF ALL FORMS OF INTOLERANCE AND OF DISCRIMINATION BASED ON RELIGION AND BELIEF. United Nations, General Assembly, 36/412, 1981.

92. MAURITZEN, J. – Pastoral care of the dying and bereaved. Death studies, 12: 111-112 (1988).

93. STOLL, R. – "Guidelines for spiritual assessment". American journal of nursing, 79: 1574-1577 (1979).

94. JOHNSTONE, C. B. – "On asking the right question". Journal of pastoral care, 35: 169-176 (1981).

95. SCHAPER, R. L. – "Pastoral accompaniment of the cancer patient". Journal of religion and health, 23: 138-148 (1984).

96.VASTYAN, E. A – "Spiritual aspects of the care of cancer patients". CA: A cancer journal for clinicians, 36: 110-114 (1986).

97.FRIES, J. F. – "Aging, natural death, and the compression of morbidity". New England Journal of Medicine, 303: 130-135 (1980).

98.CAMERON, J. & PARKES, C. M. – "Terminal care: evaluation of effects on surviving family members of care before and after bereavement". Postgraduate medical journal, 59: 73-78 (1983).

99.PARKES, C. M. – "Bereavement counselling: does it work?" British Medical Journal, 281: 3-6 (1980).

100.VACHON, M. L. S. – "Occupational stress in the care of the critically ill, the dying, and the bereaved". Washington, DC, Hemisphere Publishing Corporation, 1987.

101.KUBLER-ROSS, E. – "On Death and Dying". New York, Macmillan, 1969.

102.SANTOS, GRAÇA. – "Atitudes do idoso perante a morte". Geriatria, 5, 51 (13-20) 1993.

103.MORET, L, et al. – "Evaluer la qualité de la vie: construction d`une échelle". Paris, Revue D`Epidémiologie et Santé Publique, 1993, 41: 65-71.

104.MORIN, EDGAR. – "Vieillissement des théories et théories du vieillissement". In: Communications, nº37, 1983, pp. 203-211.

105.CAMPBELL, A. CONVERSE, P. & RODGERS, W. – "The quality of american life". New York, Russel Sage Foundation, 1976.

106.BERGNER, M. BOBBITT, R. KRESSEL, S. POLLARD, W. GILSON, B & MORRIS, J. – "The Sickness Impact Profile: conceptual formulation and methodology for the development of a health status measure". International Journal of Health Services, 6: 393-415, 1976.

107.KAPLAN, ROBERT M. et al. – "Gender differences in health-related quality of life". Health Psycology, 1991, 10(2): 86-93.

108.AARONSON, NEIL K. – "Methodologic issues in assessing the quality of life of cancer patients". Cancer (67): 844-850, 1991.

109.AARONSON, NEIL K. – "The European Organization for research and treatment of cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology". Journal of the National Cancer Institute, 85(5) 365-376, 1993.

110.GUYATT, et al. – "Measurement quality of life in the frail elderly". Journal of Clinical Epidemiology, 1993, 46(12): 1433-1444.

111.GUYATT, et al. – "Measuring health status: what are the necessary measurement properties?". Journal of Clinical Epidemioligy, 1992, 45(12): 1341-1345.

112.GUILLEMIN, FRANCIS et al. – "Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines". Journal of Clinical Epidemiology, 1993, 46(12): 1417-1432.

113.CRAMER, J. – "Quality of life for people with epilepsy". Neurologic Clinics, 1994, 12(1): 1-13.

114.CHURCHMAN, A – "As mulheres e a qualidade de vida urbana". Jornal de Psicologia, 1992, 10(3): 3-9.

115.RIBEIRO, M. RAQUEL. – "O idoso na Sociedade Moderna". Geriatria Clínica, ed. Carrageta, M., de Pádua, F. Lisboa, Maio, 1993.

116.Decreto-Lei nº464/80. D.R. nº237-Iª Série de 13/10/1980 (Dá início á reformulação dos comandos normativos da pensão social).

117.Decreto-Lei nº28/84. D.R. nº188-Iª Série de 14/08/1984 (Estabelece objectivos e princípios orientadores da acção social).

118.Resolução do Conselho de Ministros nº15/88. D.R. nº95-Iª Série de 23/04/1988 (Criada a Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade).

119.CARDOSO, FERNANDO A. – "Comunidade idosa em cuidados de saúde primários". Geriatria, 42, 9 (25-35) 1992.

120.BARRETO, ANTÓNIO. – "Tempo de Mudança". Ed. Relógio D`Água, col. Antropos, 1997.

121.Decreto-Lei nº30/89. D.R. nº20-Iª Série de 12/01/1989 (Define lares para idosos, centros de dia e serviços de apoio domiciliário).

122.Decreto-Lei nº141/89. D.R. nº98-Iª Série de 28/04/1989 (Define as condições de exercício desenvolvida por ajudantes familiares).

123.Despacho Normativo nº67/89. D. R. nº170-Iª Série de 26/07/1989 (Estabelece normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares com fins lucrativos de apoio a idosos).

124.Decreto-Lei nº259/89. D. R. nº186-Iª Série de 14/08/1989 (Cria o Fundo de Estabilização Financeira da Segurança Social).

125.Decreto-Lei nº330/90. D.R. nº245-Iª Série de 23/10/1990 (Cria o Código de Publicidade).

126.Decreto-Lei nº2/91. D.R. nº4-Iª Série-A de 05/01/1991 (Altera o regime de revalidação das cartas de condução para as pessoas com 65 ou mais anos de idade).

127.Decreto-Lei nº391/91. D.R. nº233-Iª Série de 10/10/1991 (Cria e regulamenta o acolhimento familiar).

128.Despacho Normativo nº75/92. D.R. nº116-Iª Série-B de 20/05/1992 (Consagra o direito da livre constituição de instituições particulares de solidariedade social não lucrativas).

129.LESSA, ALMERINDO. – "O IV Mundo: 500 milhões de idosos entre os quais um milhão de portugueses". Boletim de Educação Sanitária, Lisboa, D.G.S., vol. 5 nº1, pp.12-17.

130.MORAIS, PAIS; CARVALHO, CARLOS. – "Fecundidade, envelhecimento, crescimento da população". Planeamento Familiar, Lisboa, nº8, pp.4-7.

131.CIUCA, ALEXANDRE. – "O envelhecimento das pessoas numa comunidade que prepara o futuro". Conferência, Maia, 1987.

132.ESTUDIO SOCIOLOGICO LIBRO BLANCO. – "El Médico y la Tercera Edad". Madrid, Laboratórios Beecham, 1986.

133.INQUÉRITOS DE SAÚDE NA COMUNIDADE. – "Como Seleccionar Amostras para Inquéritos". Ed. Associação Internacional de Epidemiologia, em colaboração com a Organização Mundial de Saúde, 1986.

134.PATRÍCIO, ANA. – "Campanhã: Sondagem ao passado da Freguesia". In: Campanhã - Estudos Monográficos. Ed. Junta de Freguesia de Campanhã – Câmara Municipal do Porto.

135.AZEVEDO, ROGÉRIO. – "O Porto desde a Proto-História à época do Infante D. Henrique". Porto, MCMLX, p.45, nota 3.

136.SAMPAIO, ALBERTO. – Estudos Históricos e Económicos, Porto, 1923, vol. I p.46.

137.CORTEZ, RUSSEL. – "Pré-História Portuense I – A Estação Paleolítica do Esteiro". Boletim Cultural da Câmara Municipal do Porto, Porto, 1946, vol. IX, fasc. 1-2, p.53.

138.AZEVEDO, ROGÉRIO. – "O Porto desde a Proto-História à época do Infante D. Henrique". Porto, MCMLX, p.9, nota 5.

139.SEVERO, RICARDO. – "O Cemitério Romano do Monte Penouco (Rio Tinto)". Portugália, II fasc. 1, pp.111-114.

140.OLIVEIRA, CAMILO. – O Concelho de Gondomar (Apontamentos monográficos), vol. II, Porto, 1934, p.33.

141.REAL, M., L.; TÁVORA, M., J.; OSÓRIO, M., I.; TEIXEIRA, F., F. – "Escavações Arqueológicas no Morro da Sé". Sep. do Boletim Cultural da Câmara Municipal do Porto, 2ª Série, vol. 3/4 – Porto, 1985/86, p.28 e seg.

142.FERREIRA da SILVA, A C. – "Aspectos da Proto-História e Romanização no Concelho de Vila Nova de Gaia e problemática do seu povoamento". Gaya, 2, Vila Nova de Gaia, 1984, pp.39-58.

143.ESPÍRITO SANTO, MOISÉS. – "Ensaio sobre Toponímia Antiga". Assírio e Alvim, Lisboa, 1988, p.274 e p.283.

144.ESPÍRITO SANTO, MOISÉS. – "Ensaio sobre Toponímia Antiga". Assírio e Alvim, Lisboa, 1988, p.379.

145.ESPÍRITO SANTO, MOISÉS. – "Ensaio sobre Toponímia Antiga". Assírio e Alvim, Lisboa, 1988, p.382.

146.PACHECO, ELSA. – "Campanhã ao encontro da cidade: uma perspectiva geográfica". In: Campanhã - Estudos Monográficos. Ed. Junta de Freguesia de Campanhã – Câmara Municipal do Porto.

147.ROWE, J. W. – "Clinical research on aging: Strategies and directions". N. Engl. J. Med. 297: 1332-1336, 1977.

148.ROWE, J. W., KAHN R. L. – "Human Aging: Usual and successfull". Science 237: 143-149, 1987.

149.LIPSITZ, L. A, GOLDBERGER A L. – "Loss of Complexity and Aging: Potential Applications of Fractals and Chaos Theory to Senescence". JAMA, 1992; 267: 1806-1809.

150.NATIONAL CENTER for HEALTH STATISTICS. – "Disability and Health: Characteristics of Persons by Limitation of Activity and Assessed Health Status, United

States, 1984-1988". Advance Data From Vital and Health Statistics of the National Center for Health Statistics, Number 197, May 12,1991.

151.VELLAS, B. GARRY, P.J. – "Une étude longitudinale du vieillissement: The Aging Process of New-Mexico". L`Année Gérontologique (Facts and Reseach in Gerontology) 1991, 5: 105-120. Serdi (Paris).

152.RUBENSTEIN, L. Z.; SIU, A L.; WILAND, D. – "Benefits of Geriatric Assessment Programs: a new look at the evidence". L`Année Gérontologique (Facts and Research in Gerontology) 1990, 4: 75-92.

153.RUBENSTEIN, L. Z.; JOSEPHSON, K. R.; WIELAND, G. D.; ENGLISH, P. A; SAYRE, J. A; KANE, J.A – "Effectiveness of a geriatric evaluation unit: a randomized clinical trial". N. Engl. J. Med. 1984, 311: 1664-1670.

154.VELLAS, B.; ALBAREDE, J. L. – "Evaluation du Patient Agé". L`Année Gérontologique, 1990, 4: 58-74.

155.IADL – KATZ, S.; FORD, A; MOSKOWITZ, R. – "The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function". JAMA, 185: 914-919, 1963.

156.MORRIS, W. W.; BUCKWALTER, K. C.; CLEARY, T. A; GILMER, J. S.; HARTZ, D. L.; STUDER, M. S. – "Refinement of the Iowa Self-assessment inventory". Gerontologist 1990, 30: 243-248.

157.MORRIS, W. W.; BUCKWALTER, K. C.; CLEARY, T. A; GILMER, J. S.; ANDREWS, P. H. – "Le développement et l`utilisation du questionnaire d`évaluation gérontologique ISAI". L`Année Gérontologique (Facts and Research in Gerontology) 1992, 6: 373-382. (Serdi, Paris; and Springer Publisher New-York).

158.NEUGARTEN, B. L. et al. – "The measurement of life satisfaction". J. Gerontol. 1961, 16: 134-143.

159.BARBERGER-GATEAU P. et al. – "Four instrumental activities of daily living score as a predictor of one-year incident dementia". Age Aging, 1993; 22: 457-463.

160.BARBERGER-GATEAU P. et al. – "Instrumental activities of daily living as a screening tool for cognitive impairment and dementia in elderly community dwellers". J. Am. Geriatr. Soc., 1992; 40: 1129-1134.

161.MANGEN, D. J. & PETERSON, W. A. ed. – "Research instruments in social gerontology". Minneapolis, University of Minnesota, 1982, vol. 1, and 1983, vols. 2 and 3.

162.KATZ, S. & AKPOM, C. A. – "A measure of primary sociobiological functions". International Journal of Health Services, 1976; 6: 493-507.

163.LAWTON, M. P. & BRODY, E. M. – "Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living". Gerontologist, 1969; 9: 179-186.

164.HAM, R. J. – "Home and nursing home care of the dependent elderly patient". AFP, 31: 163-169, 1985.

165.KATZ, S., DOWNS, T. D., CASH, H. R., GROTZ, R. C. – "Progress in development of the Index of ADL". Gerontol., 10: 20-30, 1970.

166.KATZ, S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ R. W.; JACKSON, B. A.; JAFFE, M. W. – "Studies of illness in the aged". JAMA, 185: 914-919, 1963.

167.SPECTOR, W. D.; KATZ, S.; MURPHY, J. B.; FULTON, J. P. – "The hierarchical relationship between activities of daily living and instrumental activities of daily living". J. Chron. Dis., 40: 481-489, 1987.

168.CALHEIROS, J. M.; AMADO, J. et al. (1989). – "Incidência do Cancro do Estômago no Concelho de Vila Nova de Gaia. Análise dos dados e Comparações Internacionais". Jornal do Médico, 2327: 232-236.

169.AMADO, J.; MATOS, E.; GOMES, J. T.; CALHEIROS, J. M. et al. (1990). "Incidence et Mortalité des Tumeurs Malignes à Vila Nova de Gaia". In: Epidémiologie du Cancer dans les Pays de Langue Latine, XIVème Réunion – Vévey, Suisse, 4-5 Mai 1989. Edité par Organisation Mondiale de la Santé – Centre International de Recherche sur le Cancer. Rapport Technique du CIRC, 7: 79-82.

170.AMADO, J.; MATOS, E.; GOMES, J. T. et al. (1990). – "Incidência e Mortalidade por Tumores Malignos no Concelho de Vila Nova de Gaia – 1981-1987". Boletim de Epidemiologia. Associação Portuguesa de Epidemiologia, nº 2.

171.AMADO, J.; MATOS, E.; GOMES, J. T.; CALHEIROS, J. M. et al. (1992). – "Incidência e Mortalidade por Tumores Malignos no Concelho de Vila Nova de Gaia". Acta Médica Portuguesa, 7: 373-378.

172.AMADO, J.; GOMES, J. T.; TORRES, F. O.; GUEDES, J. P. (1992). – "Registo Oncológico – Hospital Geral de Santo António (1981-1990)". Boletim do Hospital, 4: 83-91. Hospital Geral de Santo António, Porto.

173.AMADO, J.; TORRES, F. O.; GOMES, J. T.; MATOS, E. (1993). – "Registre des Tumeurs de l'Hôpital Géneral Santo António, Porto". In: Epidémiologie du Cancer dans les Pays de Langue Latine – XVIIème Réunion – Rapallo, 28-29 Mai 1992. Organisation Mondiale de la Santé – Centre International de Recherche sur le Cancer. Rapport Technique du CIRC, 14: 69-76.

174.AMADO, J.; CASTRO, A.; GOMES, J. T. et al. (1993). – "Registo Oncológico do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia (1988-1991)". Boletim Informativo do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, nº56 de 16 de Dezembro.

175.AMADO, J. – "Epidemiologia e Registos de Cancro – Contribuição de um Registo de Base Populacional". Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Saúde Comunitária, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto, 1994.

176.BERGNER, M. (1985). – "Measurement of health status". Med. Care 23 (5): 696-704.

177.BERGNER, M.; ROTHMAN, M. L. (1987). – "Health status measures: An overview and guide for selection". Annu. Rev. Public Health. 8: 191-210.

178.WARE, J. E. (1984). – "Conceptualizing disease impact and treatment outcomes". Cancer 53 (10): 2316-23.

179.LEVINE, S.; CROOG, S. (1984). – "What constitutes quality of life? A conceptualization of the dimensions of life quality in healthy populations and patients with cardiovascular disease". In: Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies, ed. N Wenger, M.E. Mattson, C. D. Furberg, J. Elinson, pp. 46-58.

180.PATRICK, D. L.; ERICKSON, P. (1988). – "What constitutes quality of life? Concepts and dimensions". Qual. Life Cardiovasc. Care 4 (3): 103- 27.

181.SPITZER, B. H. (1987). – "State of science 1986: Quality of life and functional status as target variables for research". J. Chronic. Dis. 40 (6): 456-71.

182.GUYATT, G. H.; FEENY, D. H.; PATRICK, D. L. (1993). – "Measuring Health-related Quality of Life". Ann. Intern. Med. 118: 622-29.

183.PATRICK, D. L.; DEYO, R. A. (1989). – "Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life". Med. Care 27: S217-32.

184.PATRICK, D. L.; BERGNER, M. (1990). – "Measurement of health status in the 1990s". Annu. Rev. Public. Health 11: 165-83.

185.PATRICK, D.; ERICKSON, P. (1992). – "Health Status and Health Policy. Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation". New York: Oxford Univ. Press. 478 pp.

186.McMILLEM, C.; FIEGL, P.; METCH, B.; HAYDEN, K. A.; MEYSKENS, F. L.; CROWLEY, J. (1989). – "Quality of life end points in cancer clinical trials: review and recommendations". J. Natl. Cancer Inst. 81: 485-95.

187.AMADO, J. e AUGUSTO, A. (1989). – "Epidemiologia das Perturbações Psicológicas em Doentes Cancerosos". Jornal do Médico, 2323: 124-126.

188.TARLOV, A. R. (1992). – "Outcomes assessment and quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection". Ann. Intern. Med. 116: 166-67.

189.WACHTEL, T.; PIETTE, J.; MOR, V.; STEIN, M.; FLEISHMAN; CARPENTER, C. (1992). – "Quality of life in persons with human immunodeficiency virus infection: Measurement by the medical outcomes study instrument". Ann. Intern. Med. 116: 129-37.

190.BULPITT, C. J.; FLETCHER, A. E. (1992). – "Measurement of the quality of life in congestive heart failure – influence of drug therapy". Cardiovasc. Drugs Ther. 2: 419-24.

191.BULPITT, C. J.; FLETCHER, A.E. (1992). – "Quality of life evaluation of antihypertensive drugs". PharmacoEconomics 1: 95-102.

192.HOLLENBERG, N. K.; TESTA, M. A.; WILLIAMS. (1991) – "Quality of life as a therapeutic endpoint: An analysis of therapeutic trials in hypertension". Drug Saf. 6: 83-93.

193.TESTA, M. A.; ANDERSON, R. B.; NACKLEY, J. F.; HOLLENBERG, N. K.; Quality of Life Hypertension Study Group. (1993). – "Quality of life and antihypertensive therapy in men. A comparison of captopril and enalapril". N. Engl. J. Med. 328: 907-13.

194.LIANG, M. H.; KATZ, J. N. (1992). – "Measurement of outcome in rheumatoid arthritis". Bailliere`s Clin. Rheumatol. 6: 23-37.

195.BROOK, R. H.; WARE, J. E.; DAVIES-AVERY, A.; STEWART, A. L.; DONALD, C. A.; ROGERS, W. H. (1979). – "Conceptualization and measurement of health for adults in the health insurance study: Vol. 8, Overview". Rand Corp. R- 1987/3 HEW. Santa Monica , Calif. 55 pp.

196.PATRICK, D. L.; BUSH, J. W.; CHEN, M. M. (1973). – "Toward an operational definition of health". J. Health Soc. Behav. 14: 6-23.

197.TURNER, R.R. (1990). – "Rehabilitation". In: Quality of Life Assessment in Clinical Trials, ed. B. Spilker, pp. 247-67. New York: Raven.

198.KIRSHNER, B.; GUYATT, G. (1985). – "A methodologic framework for assessing health indices". J. Chron. Dis. 38: 27-36.

199.STREINER, D. L.; NORMAN, G. R. (1992). – "Health Measurement Scales". New York: Oxford Univ. Press. 175 pp.

200.GUYATT, G.; WALTER, S.; NORMAN, G. (1987). – "Measuring change overtime: Assessing the usefulness of evaluative instruments". J. Chron. Dis. 40: 171-78.

201.GUYATT, G. H.; DEYO, R. A.; CHARLSON, M.; LEVINE, M. N.; MITCHELL, A. (1989). – "Responsiveness and validity in health status measurement: A clarification". J. Clin. Epidemiol. 42: 403-8.

202.GUYATT, G. H.; VELDHUYZEN VAN ZANTEN, S. J. O.; FEENY, D.H.; PATRICK, D.L. (1989). – "Measuring quality of life in clinical trials: a taxonomy and review". Can. Med. Assoc. J. 140: 1441-48.

203.GUIMARÃES, PAULA. – "O estatuto dos idosos no direito português ou o fim do idoso crepuscular". Geriatria, 11, 101 (11-20) 1998.

204."The empowerment of older people.

205.BARRETO, JOÃO. – "Saúde mental na idade avançada: o papel do médico de família". Geriatria, 1, 3 (26-31) 1988.

206.HYTTI, H. – "Risques d'incapacité professionelle 1976-80". Helsinki, Institut National de Sécurité Social, 1988 (Series T9, publication 32).

207.CORREIA de CAMPOS, A. – "População idosa institucionalizada no distrito de Lisboa". Boletim de Educação Sanitária. Lisboa, D.G.S., vol.5 nº1, pp.41-51.

208.SILVA, RUI. –"Situação familiar e doença mental do idoso". Geriatria, 2, 11 (36-38) 1989.

209.HESPANHA, MARIA JOSÉ F. F.; HESPANHA, PEDRO. – "As consultas de idosos em Clínica Geral". Revista Portuguesa de Clínica Geral. Lisboa 1987, nº20, pp.6-14.

210.BOWLING, ANN P. – "Contact with general practitioners and diferences in health status among people aged over 85 years". Journal of Royal College of General Practitioners. London 1989, nº39, pp.52-55.

211.ZILLI, A. – "Age et polymorbilité". Forum Médici. Nyon 1979, pp.36-47.

212.GARCIA, MANUELA A. O. – "Uma perspectiva de abordagem dos idosos por um centro de saúde urbano". Revista Portuguesa de Clínica Geral. Lisboa 1988, nº23, pp.6-12.

213.STEINMANN, B. – "La réadaptation du sujet âgé". Forum Médici. Nyon 1979, pp.29-35.

214.ROUSSEAU, PAUL. – "Avaliação global do idoso geriátrico". Geriatria, 1, 3 (16-20) 1988.

215.LAMY, PETER P. – "Como evitar a polimedicina: prescrição racional nos velhos". Momento Médico. Lisboa 1986, nº412, pp.9-12.

216.RIVLIN, RICHARD S. – "Novas perspectivas sobre a interferência de drogas com a utilização de nutrientes". Momento Médico. Lisboa 1985, nº400, pp.3-5.

217.SANTOS, FERNANDO. – "Quedas no idoso". Geriatria, 1, 3 (21-24) 1988.

218.ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de SAÚDE – "As Metas da Saúde para Todos". Lisboa, Departamento de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde, 1985, pp.30-45.

ANEXOS

Anexo 1

GRUPOS DE DOENÇAS

(Capítulos CID-9)

Doenças infecciosas e parasitárias (I)

Tumores (II)

Dças. endócrinas e metabólicas, transtornos imunitários e deficiências nutricionais (III)

Dças. do sangue e órgãos hematopoiéticos (IV)

Transtornos mentais (V)

Dças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos (VI)

Doenças do aparelho circulatório (VII)

Doenças do aparelho respiratório (VIII)

Doenças do aparelho digestivo (IX)

Doenças do aparelho geniturinário (X)

Complicações da gravidez, parto e puerpério (XI)

Doenças da pele e tecido celular subcutâneo (XII)

Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (XIII)

Malformações congénitas XIV)

Afecções perinatais (XV)

Sintomas, sinais e afecções mal definidas (XVI)

Lesões e envenenamentos (XVII)

QUESTIONÁRIO A UMA POPULAÇÃO IDOSA

IDENTIFICAÇÃO

(1) QUESTIONÁRIO ___

NOME: _____

MORADA: _____

TELEFONE: _____

(2) SEXO: Masculino ___ Feminino ___

(3) IDADE: _____ Data de nascimento _____/_____/_____

(4) ESTADO CIVIL: Solteiro ___ Casado ___ Viúvo ___

Divorciado/Separado ___

(5) NUMERO DE FILHOS: Vivos ___ Sem família ___

(6) ESCOLARIDADE: Analfabeto ___ Sabe ler e escrever ___

Ensino primário ___ Ensino secundário ___

Ensino profissional (curso profissional) ___

Ensino médio (bacharelato) ___

Ensino superior (licenciatura) ___

(7) PROFISSÃO EXERCIDA ANTES DA REFORMA: Profissão liberal ___

Funcionário público ___ Bancário ___ Industrial

(grande e/ou média empresa ou negócio) ___

Industrial (pequena empresa ou negócio) ___

Operário qualificado (especializado) ___

Operário indiferenciado (não especializado) ___

Não trabalhou ___ Outras _____

"O MEU SENTIR"

(8) PERGUNTA 1: Em sua opinião, quais são os principais problemas das pessoas idosas, como você?

Económicos ___ Saúde ___ Abandono da família ___

Solidão ___ Marginalização social ___

Falta de habitação ___ Falta de centros de dia e lares ___

Outros (especificar) _____

(9) PERGUNTA 2: Falando de soluções, qual lhe parece ser a melhor solução para os problemas das pessoas idosas?

Ajuda no domicílio ___ Hospitais para idosos ___

Mais centros de dia e lares ___

Melhores pensões de reforma ___

Outros (especificar) _____

(10) PERGUNTA 3: Em sua opinião quem deveria dar solução a estes problemas?

Cada idoso deve resolver os seus problemas ___

O governo ___ A própria família ___

A autarquia (junta de freguesia, câmara municipal) ___

A igreja ___ Outros (especificar) _____

Não têm solução ___

(11) PERGUNTA 4: Em sua opinião, quem se preocupa mais com os problemas das pessoas idosas?

O governo ___ A família ___ A autarquia (junta de freguesia, câmara municipal) ___ A igreja ___

Associação de moradores ___

Políticos (partidos políticos) ____

Outros (especificar) _____

Ninguém se preocupa ____

(12) PERGUNTA 5: Como vive você actualmente?

Muito bem ____ Bem ____ Mais mal que bem ____

Francamente mal ____

(13) PERGUNTA 6: Se tivesse mais dinheiro do que tem, em que o gastaria?

Poupança ____ Viagens ____ Comida ____

Vestuário e calçado ____

Utensílios domésticos (frigorífico, fogão etc.) ____

Melhoramentos da casa (na habitação) ____

Televisão ____ Aquecimento da habitação ____

Com a família ____ Outros (especificar) _____

(14) PERGUNTA 7: Ultimamente tem-se sentido só ao longo do dia?

Não ____

Sim ____ Porquê? _____

PERGUNTA 8: Em sua opinião, quais pensa ser as maneiras ou modos mais convenientes para combater a solidão:

_____

_____

(15) PERGUNTA 9: Tem a impressão de ter sido feliz durante a vida?

Sim ____

Não ____ Porquê _____

(16) PERGUNTA 10: Em sua opinião, qual deveria ser o papel dos idosos na sociedade?

Nenhum ____ Conselheiros (pela experiência vivida) ____

Desempenhar lugares de chefia ____ Trabalhar ____

Ser pessoa importante no seio da família ____

Outros (especificar) _____

PERGUNTA 11: Em sua opinião, o que tem de melhor a velhice (ser velho)?

_____

_____

(17) PERGUNTA 12: E o pior da velhice (ser velho)?

Doenças e perdas de faculdades (físicas e mentais) ____

A solidão e o esquecimento pelos outros ____

Não poder trabalhar ____ Falta de assistência social ____

Outros (especificar) _____

(18) PERGUNTA 13: Qual a sua maior necessidade neste momento?

Ter saúde ____ Ter dinheiro ____ Ter habitação ____

Ter afecto, companhia ____ Ter juventude ____

Outra (especificar) _____

TRABALHO E REFORMA

(19) **PERGUNTA 14: Com que idade deixou de trabalhar e se reformou?**

Ainda trabalha não está reformado ____

Aos 65 anos _____

- Antes dos 65 anos ____ (62 anos para as mulheres)
- Depois dos 65 anos ____

- Porque se reformou antes dos 65 anos? (62 anos para as mulheres) _____

(20) **PERGUNTA 15: Actualmente sente-se preparado e com forças para trabalhar no seu antigo e/ou actual emprego?**

Sim ____ Não ____

(21) **PERGUNTA 16: Está de acordo com a sua idade de reforma?**

Sim ____ (passa à pergunta 19)

Não ____ Porquê? _____

(22) **PERGUNTA 17: Gostaria de ter-se reformado mais jovem?**

Sim, mais jovem ____ Não, mais velho ____

(23) **PERGUNTA 18: Actualmente, faz algum tipo de trabalho? (só a reformados)**

Sim ____ Que tipo de trabalho? _____

_____

Não ____

(24) **PERGUNTA 19: Gostaria de fazer algum tipo de trabalho?**

Não, nenhum ____ Sim ____ De que tipo? _____

_____

SAÚDE E ASSISTÊNCIA MÉDICA

(25) PERGUNTA 20: Como se sente de saúde actualmente?

Muito bem ____ Bem ____ Mais mal que bem ____

Francamente mal ____

(26) PERGUNTA 21: Actualmente tem alguma doença que requeira cuidados médicos?

Não ____ Não sabe se tem ____ Sim ____ Qual ou quais?

_____

_____

(27) PERGUNTA 22: Está a fazer algum tratamento médico, actualmente? (toma comprimidos, gotas, injecções, etc.)?

Sim, tem tratamento e cumpre ____ Sim, mas não cumpre ____

Não tem ____ Não sabe ou não responde ____

(28) PERGUNTA 23: Toma algum medicamento que não tenha sido receitado pelo médico?

Não ____ Sim ____ Quais? _____

_____

(29) PERGUNTA 24: Como vê sem óculos?

Bem ____

Regular ____

Mal ____ ▮ Tem óculos ou lentes de contacto? (30)

Nada ou quase nada ____ ▮

Não ____ Sim e usa ____ Sim e não usa ____

(31) - Fci alguma vez ao oftalmologista? (médico dos olhos)

Não, nunca ____ Sim ____

(32) - Quando foi a última vez?

Há menos de um ano ____ 1 - 3 anos ____ 4 - 5 anos ____

Há mais de 5 anos ____ Não sabe, não se lembra ____

(33) PERGUNTA 25: Como ouve? (sem aparelho)

Nada - surdo ____ Bem ____

Regular ____ ▮

▮ Tem aparelho para ouvir? (34)

Mal ____ ▮

Não ____ Sim e usa ____ Sim e não usa ____

(35) - Foi alguma vez ao otorrinolaringologista (médico dos ouvidos)?

Não, nunca ____ Sim ____

(36) - Quando foi a última vez?

Há menos de um ano ____ 1 - 3 anos ____ 4 - 5 anos ____

Há mais de 5 anos ____ Não sabe, não se lembra ____

(37) PERGUNTA 26: Como caminha? (se desloca)

Com normalidade ____

Tem alguma dificuldade, mas pode deslocar-se

sózinho/a ____

Necessita de ajuda de vez em quando ____

Necessita de ajuda sempre ____

Estou imobilizado/a ____

(38) PERGUNTA 27: Pode sair à rua sem ajuda?

Sim ____ Sim, mas com dificuldade ____

Não, só acompanhado/a ____

Não, estou inválido/a ____

(39) PERGUNTA 28: Com que frequência sai à rua?

Todos os dias ____

Várias vezes por semana ____

Algumas vezes por mês ____

Raras vezes ____ Não saio ____

(40) PERGUNTA 29: Tem medo de sair à rua?

Sim ____ Porquê _____

_____

Não ____

(41) PERGUNTA 30: Quando necessita de ajuda para sair, tem quem o/a acompanhe?

Sim, normalmente tenho ajuda ____

Tenho algumas vezes ____

Quase nunca ou nunca tenho ____

(42) **PERGUNTA 31: Tem médico de família? (Médico assistente)**

Sim ____ **Não** ____ **Porquê?** _____

_____

(43) **PERGUNTA 32: Quantas vezes foi ao médico este ano? (últimos doze meses)**

Nenhuma ____ **1 - 3** ____ **4 - 6** ____ **7 - 9** ____ **+ 10** ____

(44) **PERGUNTA 33: Quantas vezes o seu médico o/a visitou este ano em casa? (últimos doze meses)**

Nenhuma ____ **1 - 3** ____ **4 - 6** ____ **7 - 9** ____ **+ 10** ____

(45) **PERGUNTA 34: Necessita habitualmente de assistência médica no domicílio?**

(46)

Não ____ **Sim** ____ **Com que frequência?** **Muita** ____

Regular ____

Pouca ____

(47) **PERGUNTA 35: Nos últimos anos, esteve alguma vez doente, sem poder sair de casa?**

Não ____ **Sim** ____ **Foi visitado/a pelo médico?** (48)

Sim ____ **Não** ____

(49) PERGUNTA 36: Quando teve necessidade de permanecer na cama (por doença) considera que foi:

Muito bem tratado/a ____ Bem tratado/a ____

Regularmente tratado/a ____ Mal tratado/a ____

Não esteve acamado/a ____

(50) PERGUNTA 37: Nos ultimos 5 anos, esteve hospitalizado/a alguma vez? Quantas?

Uma ____ Duas ____ Três ____ Mais de três ____ Nenhuma ____

(51) PERGUNTA 38: Quanto tempo esteve hospitalizado/a a última vez?

Uma semana ou menos ____ De uma a duas semanas ____

Até um mês ____ Mais de um mês ____

Não sabe, não se lembra _____

(52) PERGUNTA 39: Onde esteve hospitalizado/a:

Hospital ____ Clínica privada ____ Outro (especificar)

_____

(53) PERGUNTA 40: Quando está doente, que médico o/a consulta habitualmente?

Médico de família ____ Médico particular ____

Médico do lar de idosos ____ Médico em Serviço de urgência (hospital. SASU, etc.) ____

Outro (especificar) _____

Nenhum ____

(54) **PERGUNTA 41: Está satisfeito/a com a assistência médica que recebe?**

Muito satisfeito/a ____ Satisfeito/a ____

Regular ____ Pouco satisfeito/a ____

Não, nada satisfeito/a ____

PERGUNTA 42: O que mais lhe agrada na assistência médica que recebe?

_____

_____

_____

(55) **PERGUNTA 43: E o que menos lhe agrada?**

As esperas, a burocracia ____

A falta de assistência no domicílio ____

O trato humano ____ A falta de dedicação ____

A falta de continuidade (não ser sempre o mesmo médico) ____

Os custos (económicos) ____

As deslocações de casa (distância a percorrer) ____

Outros (especificar) _____

\+ _____

(56) **PERGUNTA 44: Consulta o médico periódicamente, ou apenas quando está doente?**

Periódicamente ____ Só quando está doente ____

(57) PERGUNTA 45: Em caso de doença grave, com possibilidade de morte a curto prazo, gostaria que o médico lhe dissesse a verdade?

Sim gostaria ____ Indiferente ____ Preferia não saber ____

(58) PERGUNTA 46: Qual a sua opinião sobre o prolongamento artificial da vida, em doentes sem cura?

Sim, deve prolongar-se ____ Indiferente ____ Não ____

(59) PERGUNTA 47: E o contrário, o não prolongamento artificial da vida, em doentes sem cura, para evitar o sofrimento?

Sim, não deve prolongar-se ____ Indiferente ____ Não ____

(60) PERGUNTA 48: Estaria disposto/a a doar alguns dos seus orgãos, depois da morte, para que os médicos investiguem? (não para transplantes)

Sim ____ Não ____ Indiferente ____ Não pensou ____

(61) PERGUNTA 49: Recebeu alguma vez informação, sobre algum dos seguintes temas? (assinalar só em caso afirmativo)

Normas para se alimentar correctamente ____

Como evitar acidentes em casa ____

Como saber se está de boa saúde ____

Sobre o álcool e seus perigos ____

Sobre os medicamentos e seus perigos ____

(62) Por que meios a recebeu?

Jornais ____ Rádio ____ Televisão ____ Conferências ____

Panfletos (cartazes) ____ Profissionais de saúde (médico,

enfermeira, assistente social) ____ Familiares ____

vizinhos ____ Outros (especificar) _____

HABITAÇÃO

(63) PERGUNTA 50: Que tipo de habitação ocupa?

Casa de rés do chão ____ Casa de andares (sem elevador) ____

Casa de andares (com elevador) ____ Vive em lar de idosos

(passar à pergunta 60)

Outros (especificar: barraca, parte de casa, quarto)

_____

(64) PERGUNTA 51: Quantos andares tem de subir, para chegar à habitação?

Nenhum, tem elevador ____ Nenhum é rés do chão ____

Um ____ Dois ____ Três ____ Quatro ou mais ____

(65) PERGUNTA 52: A casa onde vive é:

Própria ____ Alugada por si ____

Propriedade dos filhos/familiares (especificar) _____

Alugada pelos filhos/outros (especificar) _____

É uma pensão ____ Outros (especificar) _____

(66) PERGUNTA 53: Se é alugada por si, quanto paga de renda por mês?

Menos de 500$00 ____ 500 a 999$00 ____

1000$00 a 1999$00 ____ 2000$00 a 3999$00 ____

4000$00 a 7999$00 ____ 8000$00 a 11999$00 ____

12000$00 a 19999$00 ____ Mais de 20000$00 ____

(67) PERGUNTA 54: Tem luz directa e arejamento suficientes na sua habitação?

Muita ____ Bastante ____ Regular ____ Pouca ____

Não nenhuma ____

(68) PERGUNTA 55: Tem água canalizada na habitação?

Só fria ____ Fria e quente ____ Não ____

(69) PERGUNTA 56: A sua habitação possui retrete, banheira ou chuveiro?

Nenhum ____ Só retrete ____ Só banheira ou chuveiro ____

As duas coisas ____

(70) É comum a outras habitações?

Sim ____ Não ____

(71) PERGUNTA 57: Que tipo de aquecimento possui a sua habitação?

Central ____ Gaz ____ Fogão de sala ____

Eléctrico ____ Nenhum ____

(72) PERGUNTA 58: Tem fogão, máquina de lavar e frigorífico?

Só fogão ____ Só máquina de lavar ____

Só frigorífico ____ Fogão, máquina de lavar e frigorífico ____ Nenhum dos três ____

(73) PERGUNTA 59: Que tipo de energia utiliza na cozinha?

Gaz ____ Elétrica ____ Gaz e elétrica ____

Carvão ____ Outra (especificar) _____

Não tem cozinha ____

(74) **PERGUNTA 60: Está satisfeito/a com o local onde vive?**

Muito satisfeito/a ____ Bastante ____ Regular ____

Pouco ____ Nada ____

PERGUNTA 61: Com quem gostaria de viver?

_____

_____

CAPACIDADE ECONOMICA

(75) **PERGUNTA 62: De que vive?**

Trabalho ____ Pensão de reforma (limite de idade) ____

Pensão de viuvez/sobrevivência ____ Pensão de invalidez ____

Pensão social ____ Assitência social (dádivas) ____

Nada ____ Outros (especificar) _____

(76) **PERGUNTA 63: Para além do seu trabalho ou pensão, tem outros rendimentos?**

Rendas de bens próprios ____ Ajuda dos filhos ____

Ajuda de alguma instituição ____

Não tem outros rendimentos ____

(77) **PERGUNTA 64: Qual é o seu rendimento familiar mensal?**

< 17000$00 ____ 17000$00 a 25000$00 ____

25001$00 a 35000$00 ____ 35001$00 a 45000$00 ____

45001$00 a 55000$00 ____ 55001$00 a 65000$00 ____

65001$00 a 75000$00 ____ > 75000$00 ____

(78) PERGUNTA 65: Quantas pessoas dependem desse rendimento?

Mais ninguém ____ Uma ____ Duas ____ Três ____

Quatro ____ Mais de quatro ____

CONVIVÊNCIA

(79) PERGUNTA 66: Com quem vive normalmente?

Só ____ Com o conjuge ____ Com um filho/a sem família ____

Com um filho/a com família ____

A temporadas com um filho/a ____ Com irmãos ____

Com parentes ____ Em lar de idosos ____

Outros (especificar: amigos, vizinhos) ____

(80) PERGUNTA 67: Convive com a sua família?

Muito ____ Bastante ____ Regular ____ Pouco ____ Nada ____

(81) PERGUNTA 68: Com quem convive mais frequentemente?

Conjuge ____ Filhos/as ____ Netos/as ____

Outros familiares ____ Com os que me cuidam da casa ____

Com os vizinhos ____ Com os amigos ____

Com o seu médico/enfermeira ____

Outros (especificar) _____

(82) PERGUNTA 69: Com quem gosta mais de conviver?

Conjuge ____ Filhos/as ____ Netos/as ____

Outros familiares ____ Com os que me cuidam da casa ____

Com os vizinhos ____ Com os amigos ____

Com o seu médico/enfermeira ____

Outros (especificar) _____

(83) PERGUNTA 70: Como classifica as suas relações com os seus filhos e familiares?

Muito boas ____ Boas ____ Nem boas, nem más ____

Más ____ Não tenho relações com eles ____

Não tenho familiares ____

(84) PERGUNTA 71: Convive com jovens?

Muito ____ Bastante ____ Regular ____ Pouco ____ Nada ____

(Perguntas 72,73 e 74 apenas para quem vive só ou com o conjuge)

(85) PERGUNTA 72: Quem o/a ajuda em casa?

Conjuge ____ Empregada doméstica fixa ____

Empregada doméstica à hora ____ A família de vez enquando ____

Os vizinhos ou amigos ____ Pessoas de alguma instituição ____

Ninguém ____

(86) Quem gostaria que o/a ajudasse?

Conjuge ____ Empregada doméstica fixa ____

Empregada doméstica à hora ____ A família de vez enquando ____

Os vizinhos ou amigos ____ Pessoas de alguma instituição ____

Ninguém ____

(87) PERGUNTA 73: Recebe algum tipo de serviço em casa?

Nenhum ____ (passa à pergunta 75)

Companhia ____ Limpeza ____ Alimentação no domicílio ____

Roupa lavada e engomada ____ Assistência médica/enfermagem ____ Outros (especificar) _____

(88) PERGUNTA 74: Com que frequência recebe aqueles serviços em casa?

Diáriamente (todos os dias) ____

Bi-semanal (duas por semana) ____

Semanalmente (uma vez por semana) ____

Quinzenalmente (uma vez de 15 em 15 dias) ____

Mensalmente (uma vez por mês) ____

Esporádicamente (menos de uma vez por mês) ____

(89) PERGUNTA 75: Costuma ouvir rádio? Com que frequência?

Nunca ou quase nunca ____ Todos os dias, muitas vezes ____

Algumas vezes mas não todos os dias ____

(90) E ver televisão?

Nunca ou quase nunca ____ Todos os dias, muitas vezes ____

Algumas vezes mas não todos os dias ____

(91) E ler jornais?

Nunca ou quase nunca ____ Todos os dias, muitas vezes ____

Algumas vezes mas não todos os dias ____

(92) PERGUNTA 76: Costuma ir ao cinema? Com que frequência?

Nunca ou quase nunca ____

Frequentemente (até uma vez por semana) ____

Duas/três vezes por mês ____

Esporádicamente (menos de uma vez por mês) ____

(Só a quem não vive em Lares de idosos)

(93) PERGUNTA 77: Gostaria de viver num Lar para pessoas idosas?

Muito ____ Bastante ____ Regular ____ Pouco ____

Nada ____ Porquê? _____

TEMPO LIVRE

(94) **PERGUNTA 78: Em que ocupa o seu tempo livre durante o dia?**

Ler ____ Ouvir rádio ____ Ver televisão ____

Reunir-se com amigos ____ Passear ____ Ir ao cinema ____

Visitar a família ____ Ir ao Centro de dia ____

Outros (especificar) _____

(95) **PERGUNTA 79: Que gostaria de fazer nos seus tempos livres?**

Ler ____ Ouvir rádio ____ Ver televisão ____

Reunir-se com amigos ____ Passear ____ Ir ao cinema ____

Visitar a família ____ Ir ao Centro de dia ____

Outros (especificar) _____

(96) **PERGUNTA 80: Costuma ir de férias? Com quem?**

Não vou de férias ____ Com o conjuge ____ Com os filhos ____

Com algum familiar ____ Com alguma instituição ____

Com algum amigo/a ____

PERGUNTA 81: Porque não vai de férias?

_____

_____

_____

(97) **PERGUNTA 82: No seu bairro, existe algum Centro de dia para idosos?**

Sim ____ Não ____ Não sabe ____

Se sim responda às perguntas seguintes:

(98) PERGUNTA 83: Costuma frequentar o Centro de dia para idosos?

Todos os dias ____ Vária vezes por semana ____

Todas as semanas (uma vez por semana) ____

Algumas vezes por mês ____ Várias vezes por ano ____

Não frequenta ____

(99) PERGUNTA 84: Quanto tempo passa no Centro de dia para idosos?

< de 2 horas ____

2 a 6 horas ____

> de 6 horas ____

(100) PERGUNTA 85: Como utiliza esse tempo preferencialmente?

Leitura ____ Jogos ____ Conversa ____ Bar ____

Ver televisão ____ Ouvir rádio ____

Outros (especificar) _____

(101) PERGUNTA 86: Está satisfeito/a com os serviços que lhe oferece o Centro de dia para idosos?

Nada ____ Pouco ____ Regular ____ Bastante ____ Muito ____

(102) PERGUNTA 87: Em sua opinião, o que falta no Centro de dia para idosos?

Música ____ Cinema ____ Exercícios físicos ____

Convivência com outras gerações (mais jovens) ____

Outros (especificar) _____

ESCALA I.A.D.L.

1. Capacidade para utilizar o telefone

- utiliza o telefone normalmente
- Disca alguns números muito conhecidos
- Responde ao telefone, mas não o utiliza expontâneamente
- Não utiliza o telefone expontâneamente
- Incapaz de utilizar o telefone

2. Caminhadas (marcha)

- Faz caminhadas normalmente
- Tem de ser acompanhado(a) para fazer caminhadas
- Completamente incapaz para fazer caminhadas

3. Preparação dos alimentos

- Não aplicável: nunca preparou alimentos
- Prepara e serve normalmente as refeições
- Prepara normalmente as refeições se os ingredientes lhe forem fornecidos
- Aquece e serve as refeições preparadas e prepara refeições mas de forma mais ou menos inadequada
- É necessário prepararem-lhe a refeição e servirem-na

4. Actividade doméstica

- Não aplicável: nunca teve actividades domésticas
- Conservação da sua casa sózinho(a) ou com ajuda ocasional (para trabalhos pesados)
- Efectua algumas tarefas diárias leves, tais como: lavar a loiça, fazer as camas etc.
- Efectua algumas tarefas diárias, mas não pode manter um estado de limpeza(asseio) normal
- Tem necessidade de ajuda para todos os trabalhos domésticos
- É incapaz de participar em tarefas domésticas quaisquer que sejam

5. Lavandaria

- Não aplicável: nunca lavou roupa
- Efectua toda a lavagem de roupa pessoal
- Lava pequenos artigos (peúgas de homem, meias de senhora, etc.)
- Toda a lavandaria tem de ser feita por outrém

6. Meios de transporte

- Utiliza os transportes públicos de forma independente ou conduz o seu próprio carro
- Organiza as suas deslocações em táxi, mas não utiliza nunca outro transporte público
- Utiliza os transportes públicos com ajuda de alguém ou acompanhado(a)
- Deslocações limitadas, em táxi ou em carro, com ajuda de alguém

7. Responsabilidade pela toma de medicamentos

- É responsável pela toma dos seus medicamentos
- É responsável pela toma dos seus medicamentos, se as doses separadas lhe são preparadas préviamente
- É incapaz de tomar sózinho(a) os seus medicamentos, mesmo se preparados préviamente, em doses separadas

8. Capacidade de usar dinheiro

- Não aplicável: nunca usou dinheiro
- Gere as suas economias de forma autónoma (preenchimento de cheques, facturas, rendas, operações bancárias), recolhe e dispõe dos seus rendimentos
- Não necessita de apoio para as compras diárias, mas precisa de ajuda para operações bancárias ou compras importantes

QUESTIONÁRIO IOWA

1. Tenho dinheiro suficiente para fazer face a qualquer emergência inesperada 1 2 3 4
2. Sinto-me por vezes apreensivo(a) pensando nos acontecimentos do dia a dia 1 2 3 4
3. Não tenho qualquer incapacidade física ou doença, neste momento 1 2 3 4
4. As pessoas dizem mal de mim em segredo 1 2 3 4
5. Tenho necessidade de bengala, muletas ou cadeira de rodas para me deslocar 1 2 3 4
6. Tenho dificuldade em recordar-me de factos recentes 1 2 3 4
7. Não tenho ninguém para me ajudar nos momentos difíceis 1 2 3 4
8. Tenho dinheiro suficiente para comprar coisas supérfluas (sem interesse) 1 2 3 4
9. Sinto-me preocupado(a), muitas vezes 1 2 3 4
10. Tomo três ou mais medicamentos, por dia 1 2 3 4
11. Os meus amigos são-me infiéis nas minhas costas 1 2 3 4
12. Faço os meus recados (voltas) sem ajuda 1 2 3 4
13. Esqueço-me onde ponho as coisas 1 2 3 4
14. Não tenho ninguém com quem contar, quando tenho realmente necessidade 1 2 3 4
15. Tenho dinheiro suficiente para as minhas despesas diárias 1 2 3 4
16. Perco o sono porque sou muito preocupado(a) 1 2 3 4
17. O meu estado de saúde é excelente 1 2 3 4
18. Penso que conspiram contra mim 1 2 3 4
19. Faço a minha própria limpeza (higiene) 1 2 3 4
20. Tenho dificuldade para me lembrar dos nomes das pessoas que conheço 1 2 3 4
21. Tenho alguém com quem posso falar quando preciso de tomar decisões importantes 1 2 3 4
22. Tenho necessidade de ajuda económica 1 2 3 4
23. Sinto-me desesperado(a) com os pensamentos que não consigo tirar da cabeça 1 2 3 4
24. A minha saúde é melhor agora, que à cinco anos atrás 1 2 3 4
25. Algumas pessoas querem-me mal 1 2 3 4
26. Andar na cidade é um problema para mim 1 2 3 4
27. Perco o «fio á meada» no meio duma conversa 1 2 3 4
28. Não há ninguém com quem me sinta à vontade para falar dos meus problemas 1 2 3 4

29. As minhas finanças, neste momento são excelentes 1 2 3 4

30. Sou uma pessoa muito nervosa 1 2 3 4

31. A minha disposição para continuar as actividades diárias, está pior que há 5 anos atrás . 1 2 3 4

32. Tenho a certeza que se fala de mim 1 2 3 4

33. Não sou capaz de preparar as minhas refeições 1 2 3 4

34. Aprender coisas novas é mais difícil agora que anteriormente 1 2 3 4

35. Ninguém partilha as minhas preocupações 1 2 3 4

36. As minhas despesas mensais são tão elevadas que as não posso pagar 1 2 3 4

37. Estou sempre inquieto(a) 1 2 3 4

38. Tenho menos problemas de saúde, que a maioria das pessoas idosas que conheço 1 2 3 4

39. Qualquer pessoa controla os meus pensamentos 1 2 3 4

40. Caminho (ando) sem ajuda 1 2 3 4

41. Esqueço-me dos meus encontros 1 2 3 4

42. Conheço pessoas com quem posso contar, se necessitar (precisar) 1 2 3 4

43. Tenho algumas economias ou investimentos 1 2 3 4

44. Preocupo-me com os erros do passado 1 2 3 4

45. No ano passado, estive tão doente que não pude fazer as minhas actividades habituais 1 2 3 4

46. As pessoas que não conheço olham-me de maneira crítica 1 2 3 4

47. Posso visitar os meus amigos(as), que vivem fora da cidade, por um ou mais dias 1 2 3 4

48. O meu espírito está tão vivo como antes 1 2 3 4

49. Se alguma coisa me acontece, ninguém vem em meu auxílio 1 2 3 4

50. Utilizo «cheques de refeição» (tickets restaurant) 1 2 3 4

51. Tenho "mais altos e baixos" que a maioria das pessoas 1 2 3 4

52. Durante o último ano, fui ao médico menos de quatro vezes 1 2 3 4

53. Vejo coisas que os outros não vêem 1 2 3 4

54. Visito os meus amigos em sua casa 1 2 3 4

55. Esqueço-me de tomar os medicamentos quando devia 1 2 3 4

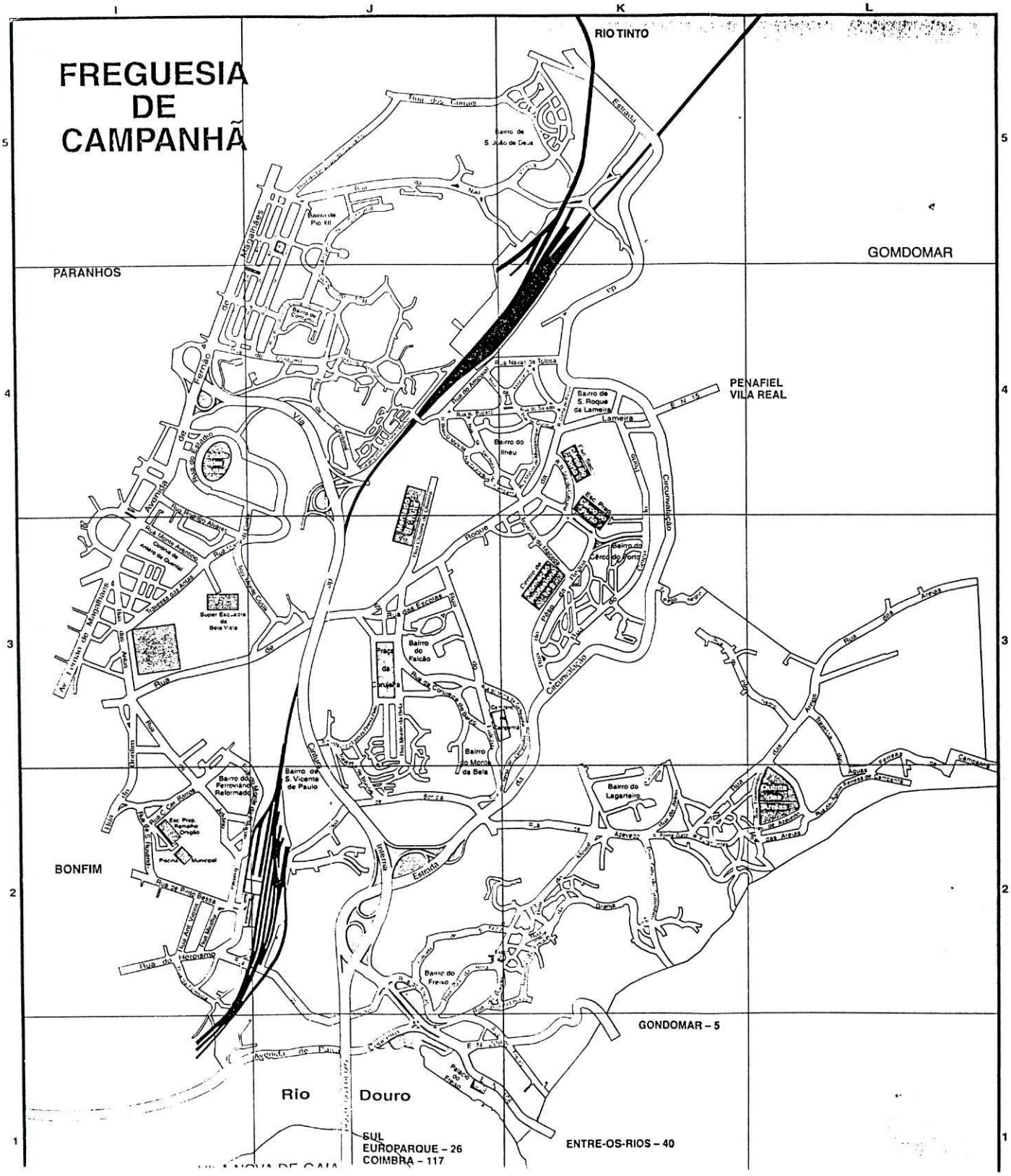
56. Não tenho relações íntimas com outras pessoas 1 2 3 4

TESTE DE NEUGARTEN

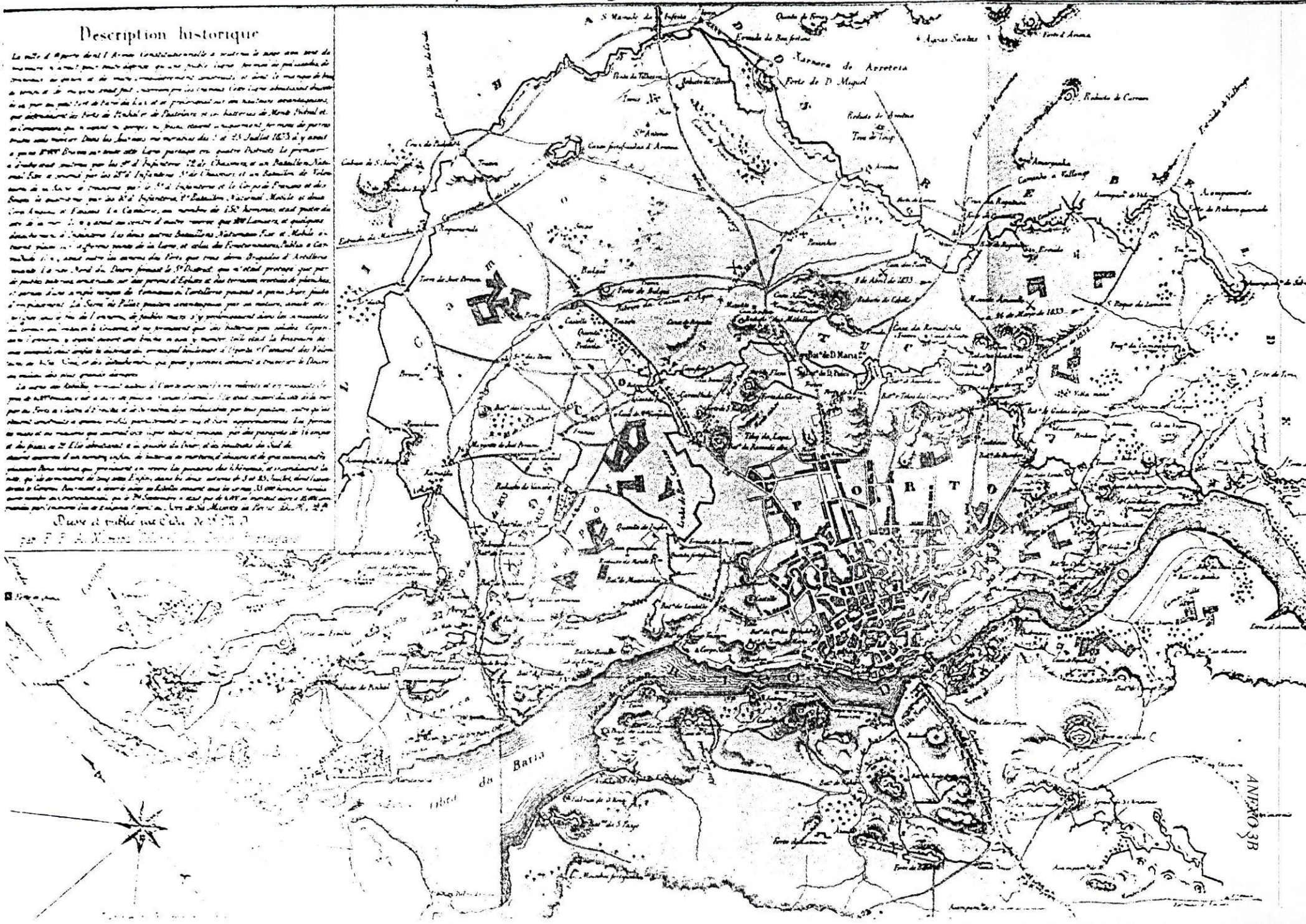
1. Depois de ser velho(a) as coisas parecem-me melhores do que eu pensava 1 2 3
2. A minha vida foi melhor, que a da maioria das pessoas que conheço 1 2 3
3. É o período mais triste da minha vida 1 2 3
4. Sou tão feliz agora, como quando era jovem 1 2 3
5. São os melhores anos da minha vida 1 2 3
6. A maior parte das coisas que faço são maçadoras 1 2 3
7. As coisas que faço agora, parecem-me tão interessantes como sempre foram 1 2 3
8. Quando recordo a minha vida passada, sinto-me satisfeito(a) 1 2 3
9. Faço projectos para coisas que farei num mês ou num ano 1 2 3
10. Penso não ter obtido, a maior parte das coisas importantes que desejava 1 2 3
11. Em relação às outras pessoas, estou muito mais vezes triste 1 2 3
12. Obtive uma boa parte do que esperava da vida 1 2 3
13. Apesar do que as pessoas pensam, o destino do homem será pior e não melhor 1 2 3

CHAVE

1. VERDADEIRA
2. FALSA
3. NÃO SABE OU NÃO RESPONDE


FREGUESIA DE CAMPANHÃ
RIO TINTO
GOMDOMAR
PARANHOS
PENAFIEL VILA REAL
BONFIM
GONDOMAR – 5
SUL EUROPARQUE – 26 COIMBRA – 117
ENTRE-OS-RIOS – 40
Rio Douro
Bairro de S. João de Deus
Bairro do Pio XII
Bairro do Ilhéu
Bairro de S. Roque da Lameira
Bairro do Falcão
Bairro do Monte da Bela
Bairro de S. Vicente de Paulo
Bairro do Ferrovário Reformado
Bairro do Lagarteiro
Bairro do Freixo
Bairro do Cêrco de Fora
Super Escolas de Bela Vista
Esc. Prep. Ramalho Ortigão
Esc. Prep. Manuel Gomes de Almeida
Esc. Prep. Abade de Baçal
Esc. Prep. Dr. Manuel Laranjeira
Esc. Prep. Dr. Ramiro Salgado
Esc. Prep. Dr. Manuel Gomes de Almeida
Esc. Prep. Dr. Ramiro Salgado
Esc. Prep. Abade de Baçal
Esc. Prep. Dr. Manuel Laranjeira

Description historique



ecord#	QUEST	SEXO	IDADE	GID	EST_CIVIL	N_FILH	ESC	PROF	PERG1	PERG2	PERG3	PERG4	PERG5
1	1	M	69	1	C	0	1	7	235	4	23	8	3
2	2	F	91	5	V	3	1	7	12	1	2	2	3
3	3	F	69	1	C	3	2	7	12	14	2	8	2
4	4	M	79	3	C	1	2	7	124	4	7	8	2
5	5	F	69	1	V	11	1	7	12	4	2	2	2
6	6	M	67	1	C	5	2	7	12	4	2	2	2
7	7	F	73	2	C	2	3	7	1	2	2	2	3
8	8	M	83	4	C	2	3	2	2	3	2	7	2
9	9	F	70	2	V	1	1	7	12	14	2	8	4
10	10	M	84	4	S	3	1	7	12	4	2	2	2
11	11	F	80	4	V	7	1	7	2	1	7	2	3
12	12	F	71	2	V	1	2	7	2	1	2	2	2
13	13	F	76	3	V	3	2	7	124	4	6	8	3
14	14	F	75	3	C	4	2	2	12	3	2	2	1
15	15	F	71	2	V	4	1	9	124	13	2	8	2
16	16	F	67	1	C	2	3	9	2	1	3	2	2
17	17	F	87	5	V	0	1	7	234	34	7	8	4
18	18	F	76	3	C	1	3	7	24	14	23	8	2
19	19	F	65	1	V	6	3	7	124	5	2	2	2
20	20	M	75	3	C	0	3	7	7	3	2	8	2
21	21	M	77	3	C	2	7	2	348	5	7	8	1
22	22	F	77	3	C	3	4	7	4	1	4	8	3
23	23	F	68	1	C	4	3	7	2	1	4	8	2
24	24	F	67	1	C	1	3	6	2	5	6	8	2
25	25	F	80	4	S	1	1	7	1	4	2	1	3
26	26	M	81	4	C	3	2	6	2	14	2	2	2
27	27	M	77	3	C	1	3	7	2	5	6	8	2
28	28	M	74	2	C	2	4	2	124	4	234	2	3
29	29	F	76	3	V	3	2	7	124	34	234	8	2
30	30	F	89	5	V	4	3	7	12	4	2	2	2
31	31	F	82	4	C	1	3	7	124	14	24	2	2
32	32	F	85	5	V	2	1	7	12	4	2	2	2
33	33	M	73	2	C	1	4	4	12	14	2	2	3
34	34	F	71	2	C	1	1	6	2	4	2	27	2
35	35	F	69	1	C	2	3	6	125	34	2	2	3
36	36	M	74	2	C	2	3	2	12	4	24	8	2
37	37	M	73	2	S	2	2	1	12	4	2	2	3
38	38	M	67	1	C	3	4	6	124	4	2	23	2
39	39	F	73	2	V	1	3	6	12	14	24	28	2
40	40	F	65	1	C	1	3	6	125	14	24	2	2
41	41	F	79	3	V	1	5	2	12	34	24	2	2
42	42	F	78	3	S	0	3	7	124	14	24	8	2
43	43	F	82	4	C	0	3	7	12	14	2	2	2
44	44	M	82	4	C	4	3	7	2	14	2	2	2
45	45	M	86	5	C	0	3	7	12	4	2	2	2
46	46	F	77	3	V	0	1	7	12	4	2	2	2
47	47	F	71	2	V	5	1	7	124	14	24	2	3
48	48	F	74	2	C	2	3	7	12	4	7	8	2
49	49	F	77	3	S	0	1	7	124	4	7	8	3
50	50	F	69	1	C	7	1	7	124	45	234	2	3
51	51	F	75	3	V	1	1	7	124	14	23	8	2
52	52	M	69	1	C	1	3	9	12	4	24	2	3
53	53	M	73	2	C	4	2	7	12	14	4	2	3
54	54	F	68	1	C	3	1	9	12	4	2	2	2
55	55	F	81	4	V	1	1	7	123	4	2	8	2
56	56	F	70	2	V	2	3	7	2	14	2	2	2
57	57	F	80	4	C	1	7	1	2	1	26	24	2
58	58	F	73	2	V	3	2	7	2	14	34	8	3

59	59	M	71	2	C	1	3	6	12	4	2	1	2
60	60	F	69	1	S	0	7	2	124	4	23	8	1
61	61	M	79	3	C	1	4	3	2	34	2	1	2
62	62	M	73	2	C	1	4	9	2	1	2	2	2
63	63	F	71	2	C	2	2	9	12	4	2	7	3
64	64	M	66	1	C	2	3	5	12	4	2	8	2
65	65	M	76	3	C	3	5	6	12	1	2	1	2
66	66	F	65	1	C	3	3	7	12	1	2	1	1
67	67	M	73	2	C	7	3	2	124	45	235	2	3
68	68	M	75	3	C	0	2	9	12	4	2	8	3
69	69	F	65	1	V	1	1	7	12	4	1	8	4
70	70	F	78	3	C	1	1	7	12	4	2	2	2
71	71	F	68	1	C	1	3	7	12	4	2	8	3
72	72	F	77	3	V	5	1	7	12	4	2	2	2
73	73	F	66	1	C	5	1	7	12	4	2	2	2
74	74	F	77	3	V	2	3	7	12	14	2	2	2
75	75	M	68	1	C	10	3	7	12	14	2	2	2
76	76	F	71	2	V	5	1	7	12	4	2	2	2
77	77	M	68	1	C	1	3	7	12	4	2	2	2
78	78	F	84	4	V	0	1	7	124	14	24	8	3
79	79	F	73	2	C	3	1	7	1	4	2	2	2
80	80	F	80	4	V	2	1	9	12	14	24	8	3
81	81	M	75	3	C	2	3	7	5	5	7	8	2
82	82	M	73	2	C	4	3	7	12	4	245	8	3
83	83	M	77	3	V	3	3	7	2	4	2	2	3
84	84	M	81	4	C	2	3	6	12	14	2	8	2
85	85	M	72	2	C	0	3	7	12	234	2	8	2
86	86	F	73	2	C	0	3	7	2	23	2	8	2
87	87	F	81	4	V	1	3	2	2	1	2	2	2
88	88	F	69	1	C	1	3	7	2	24	24	2	2
89	89	F	70	2	C	2	3	8	2	1	4	2	2
90	90	F	69	1	S	0	2	6	124	1	2	8	3
91	91	M	67	1	C	4	3	1	12	123	2	8	3
92	92	F	67	1	C	4	3	7	12	4	2	2	2
93	93	F	77	3	C	0	2	7	12	4	2	8	3
94	94	F	75	3	V	7	1	8	12	4	2	8	4
95	95	M	80	4	C	5	3	6	12	4	2	8	3
96	96	F	70	2	C	1	2	6	1	4	2	8	4
97	97	F	74	2	V	0	1	7	2	14	2	7	3
98	98	M	66	1	C	2	3	7	1	4	2	2	2
99	99	M	68	1	C	3	3	6	12	5	6	8	4
100	100	M	69	1	C	1	3	4	2	4	24	2	2
101	101	F	67	1	V	0	4	1	2	4	123	8	2
102	102	M	72	2	C	2	4	2	1	4	2	24	2
103	103	F	73	2	C	1	3	7	4	4	2	2	3
104	104	F	72	2	C	0	3	7	12	14	4	2	2
105	105	F	68	1	C	2	3	7	12	3	7	8	3
106	106	F	76	3	V	1	1	7	12	4	2	8	3
107	107	M	68	1	C	3	3	2	2	23	2	8	1
108	108	M	67	1	C	1	3	2	2	134	2	8	2
109	109	M	68	1	C	1	3	6	2	4	2	8	3
110	110	F	77	3	V	0	3	7	2	23	6	8	3
111	111	M	66	1	C	6	3	6	2	4	2	2	2
112	112	F	73	2	C	1	3	7	1	4	2	8	3
113	113	F	76	3	V	1	3	7	14	14	2	8	3
114	114	F	82	4	C	2	3	8	2	1	2	8	3
115	115	F	78	3	V	3	4	8	1	4	2	2	2
116	116	F	83	4	V	3	3	8	12	4	2	8	2
117	117	F	66	1	C	2	1	7	2	2	2	8	3
118	118	F	80	4	V	3	3	8	12	4	2	8	3

119	119	M	83	4	C	2 4	9	2	14	2	8	2
120	120	F	82	4	V	2 3	6	23	5	3	8	1
121	121	F	74	2	V	2 3	7	124	24	2	8	3
122	122	M	86	5	D	5 3	6	16	4	2	8	2
123	123	M	78	3	C	1 3	2	1	4	2	8	2
124	124	F	69	1	C	0 3	7	2	134	2	8	2
125	125	M	66	1	C	2 2	1	126	124	2	2	3
126	126	M	81	4	V	4 2	7	12	134	24	25	2
127	127	F	67	1	V	4 2	7	148	14	2	34	3
128	128	F	73	2	S	0 2	7	2	14	2	2	3
129	129	F	77	3	V	1 3	7	348	135	17	47	2
130	130	F	67	1	C	3 3	7	12	134	6	8	3
131	131	M	67	1	C	1 4	7	123	123	234	37	1
132	132	F	68	1	V	2 3	1	4	3	4	8	2
133	133	M	71	2	C	3 3	6	2	34	2	8	3
134	195	F	73	2	V	0 3	7	1	4	2	8	3
135	135	F	70	2	C	3 2	7	8	1	6	2	3
136	136	M	83	4	C	1 3	7	14	14	46	8	3
137	137	M	79	3	C	2 4	7	24	4	7	2	2
138	138	F	71	2	C	0 4	7	48	3	235	2	2
139	139	M	73	2	C	3 4	6	8	5	6	8	2
140	140	F	68	1	C	2 4	7	2	1	7	8	2
141	141	M	73	2	C	7 4	7	1	4	2	8	3
142	142	M	69	1	S	0 3	6	12	124	235	8	3
143	143	F	70	2	V	1 4	7	2	124	234	2	2
144	144	F	67	1	C	3 3	6	12	14	234	8	2
145	145	M	68	1	C	2 3	6	124	4	2	2	3
146	146	M	67	1	C	1 4	5	12	4	2	8	2
147	147	M	81	4	C	1 3	6	134	4	2	18	2
148	148	M	88	5	C	3 1	6	2	4	2	8	3
149	149	M	74	2	C	0 3	1	2	14	24	2	2
150	150	F	73	2	C	4 1	7	12	4	2	8	3
151	151	F	71	2	C	1 3	7	14	14	1	7	3
152	152	F	75	3	C	2 1	7	2	4	2	2	3
153	153	M	65	1	C	1 4	7	4	34	2	2	2
154	154	M	70	2	C	2 3	7	2	4	2	2	3
155	155	M	73	2	C	3 3	6	8	5	6	2	3
156	156	F	70	2	S	0 3	7	2	12	7	2	3
157	157	M	73	2	C	1 4	7	12	4	6	8	3
158	158	F	76	3	V	2 3	7	2	45	2	8	3
159	159	M	67	1	C	2 4	5	48	12	7	8	2
160	160	F	65	1	S	0 4	7	12	234	2	1	2
161	161	F	67	1	C	0 4	7	125	1	2	4	2
162	162	F	73	2	V	1 3	7	16	4	2	8	3
163	163	F	73	2	V	3 1	7	145	5	2	2	3
164	164	M	90	5	S	0 3	7	1	4	6	2	2
165	165	F	81	4	C	4 1	7	345	5	2	1	2
166	166	M	96	5	C	1 4	7	1	14	2	8	4
167	167	M	71	2	C	3 3	7	1	1	2	1	2
168	168	M	66	1	C	2 7	9	158	4	2	8	3
169	169	M	69	1	C	4 3	2	124	23	2	2	3
170	170	M	67	1	C	1 2	6	16	4	2	2	3
171	171	F	78	3	V	2 1	7	24	4	2	2	2
172	172	F	90	5	V	0 1	7	2	124	2	7	3
173	173	F	83	4	V	6 1	7	1	4	2	2	3
174	174	F	73	2	C	8 1	7	2	4	2	8	3
175	175	F	83	4	S	0 1	7	124	4	2	8	4
176	176	F	65	1	C	1 3	7	124	3	2	8	2
177	177	F	70	2	V	0 1	7	12	4	7	8	3
178	178	F	74	2	C	1 3	6	2	134	2	8	2

179	179	F	78	3	C	1	1	7	1	14	234	8	3
180	180	M	75	3	C	3	3	6	2	4	2	2	3
181	181	F	67	1	C	1	1	6	2	2	2	2	3
182	182	M	66	1	C	1	7	1	2	234	234	2	1
183	183	M	65	1	C	1	3	1	12	4	2	8	3
184	184	F	77	3	V	9	1	7	12	14	6	8	3
185	185	F	78	3	C	2	3	1	24	124	2	8	2
186	186	F	86	5	S	0	3	6	2	124	2	8	2
187	187	F	70	2	V	2	2	7	2	14	2	8	2
188	188	F	69	1	C	2	3	7	12	14	2	8	2
189	189	M	71	2	C	4	3	6	2	12	2	8	2
190	190	M	87	5	C	0	3	6	12	4	2	1	2
191	191	F	69	1	V	2	3	2	24	24	12	8	3
192	192	F	67	1	V	1	3	6	2	4	7	2	3
193	193	F	81	4	V	2	1	7	234	34	7	8	3
194	194	M	84	4	C	1	4	5	12	4	2	2	3
195	195	M	69	1	C	1	5	6	127	1234	2345	124	2
196	196	F	68	1	C	2	3	8	123	124	23	8	2
197	197	F	73	2	V	0	2	8	234	1	345	2	2
198	198	F	72	2	V	8	1	8	1234	1234	234	24	3
199	199	F	86	5	C	1	1	6	23457	1234	234	7	2
200	200	F	65	1	C	4	1	6	12347	134	2345	234	3
201	201	F	66	1	V	2	5	9	12347	134	2345	123	3
202	202	F	74	2	C	2	4	2	124	134	23	12	2
203	203	F	66	1	C	3	1	7	12347	134	234	8	2
204	204	M	69	1	C	2	3	6	12346	1234	24	13	2
205	205	F	68	1	C	2	3	7	124	124	34	8	2
206	206	M	74	2	C	1	3	6	12347	1234	234	123	2
207	207	M	66	1	C	1	3	5	3457	134	234	8	2
208	208	F	71	2	C	3	3	8	12345	1234	2345	8	2
209	209	F	71	2	C	1	2	9	1234	124	2345	8	2
210	210	F	66	1	C	5	1	7	23456	1234	2345	2	3
211	211	F	72	2	S	2	3	6	12457	1234	2345	2	2
212	212	M	67	1	C	1	3	6	12345	14	234	8	2
213	213	F	77	3	V	6	1	9	124	1234	24	24	3
214	214	M	68	1	S	0	3	9	14	134	24	24	2
215	215	F	71	2	C	5	1	8	1235	124	234	3	2
216	216	F	71	2	C	1	3	9	12345	124	234	8	2
217	217	F	84	4	V	8	2	9	1234	134	2	4	3
218	218	F	78	3	V	0	1	6	23456	14	123	8	2
219	219	M	76	3	C	3	3	6	12345	1234	2345	12	2
220	220	F	79	3	S	0	4	5	1234	134	234	12	2
221	221	M	68	1	C	1	5	6	127	134	245	2	2
222	222	F	82	4	V	2	4	8	1234	1234	234	234	2
223	223	F	72	2	C	3	3	7	12345	134	2345	8	2
224	224	M	72	2	C	2	4	2	1234	134	24	134	2
225	225	M	72	2	C	2	5	2	12345	1234	24	24	2
226	226	F	75	3	C	2	3	7	1234	25	23	8	2
227	227	F	71	2	V	1	3	9	12347	1234	2345	124	2
228	228	F	72	2	C	0	3	6	124	134	2	1	3
229	229	F	66	1	D	1	1	9	1234	134	2345	4	3
230	230	F	73	2	V	1	1	8	123	14	234	12	2
231	231	F	77	3	S	0	1	9	12347	134	2345	8	2
232	232	M	71	2	C	1	3	2	123	134	2345	2	2
233	233	F	71	2	V	2	2	6	12347	1234	234	2	2
234	234	M	70	2	C	0	3	6	1234	134	234	12	3
235	235	F	65	1	C	2	3	6	1247	134	234	2	2
236	236	M	69	1	C	2	3	6	12347	134	25	8	2
237	237	F	75	3	C	1	3	6	123	134	2345	1	2
238	238	F	71	2	C	0	1	7	124	124	2	2	4

239	239	F	68	1	C	1 1	9	12345	1234	2345	8	2
240	240	F	70	2	V	6 1	7	12345	1234	234	8	2
241	241	F	82	4	V	1 1	6	12347	1234	235	8	2
242	242	M	73	2	C	2 3	6	12345	1234	2345	24	2
243	243	F	70	2	C	2 3	9	134	14	235	2	2
244	244	M	68	1	C	1 3	4	24	124	234	12	2
245	245	F	71	2	V	3 1	9	12347	1234	24	1	3
246	246	M	81	4	C	7 5	6	1246	1234	2345	2	2
247	247	M	75	3	C	1 4	3	245	1234	23	2	4
248	248	F	66	1	C	2 2	6	124	14	235	12	3
249	249	F	66	1	C	3 1	6	124	14	24	23	3
250	250	F	76	3	C	0 2	9	12	4	23	2	3
251	251	F	76	3	V	1 3	6	1247	1234	24	2	2
252	252	F	67	1	V	2 3	6	134	145	2	8	2
253	253	F	75	3	C	1 3	6	234	124	1234	24	2
254	254	M	71	2	C	2 3	4	126	14	23	2	2
255	255	M	68	1	C	2 4	2	12345	1234	2345	4	2
256	256	F	73	2	V	1 2	8	124	14	24	12	2
257	257	F	70	2	V	2 2	8	1234	124	234	2	2
258	258	F	70	2	C	1 4	6	1234	14	24	2	2
259	259	M	69	1	C	1 2	7	12345	1234	2345	8	2
260	260	M	73	2	C	1 4	9	12345	1234	234	2	2
261	261	F	70	2	C	4 1	9	1237	1234	2345	8	3
262	262	M	71	2	C	4 3	9	123	34	2345	2	2
263	263	F	65	1	V	3 3	7	12347	1234	234	2	2
264	264	F	73	2	S	0 3	6	127	134	25	12	3
265	265	F	76	3	V	3 4	8	124	14	24	13	3
266	266	M	65	1	C	2 3	9	12	4	24	13	3
267	267	F	67	1	V	1 3	8	12347	1234	24	2	2
268	268	M	65	1	C	1 3	6	1234	134	234	12	3
269	269	F	80	4	V	2 1	7	12346	1234	245	234	3
270	270	F	68	1	C	2 5	5	1234	14	2345	12	2
271	271	M	81	4	C	4 4	6	12347	1234	123	1234	2
272	272	F	79	3	C	2 2	6	12347	1234	245	12	2
273	273	F	78	3	V	5 1	7	234	134	23	24	2
274	274	F	75	3	S	0 3	6	1247	1234	234	12	2
275	275	F	67	1	C	1 2	7	237	1234	24	8	2
276	276	F	71	2	C	2 1	9	12345	124	234	24	2
277	277	F	65	1	V	6 2	6	124	14	2	2	3
278	278	M	72	2	V	3 2	6	12346	134	23	24	3
279	279	F	69	1	C	3 2	6	123	14	23	24	2
280	280	F	74	2	C	8 1	9	123	134	24	24	2
281	281	F	74	2	V	1 3	6	124	14	24	2	2
282	282	M	70	2	C	2 3	5	234	14	24	2	2
283	283	F	70	2	S	0 4	8	124	134	24	24	2
284	284	M	75	3	C	3 1	7	1247	1234	2345	2	2
285	285	F	65	1	V	2 1	7	123	14	24	2	3
286	286	F	72	2	C	2 3	7	1247	134	234	8	2
287	287	F	72	2	V	1 3	7	1247	1234	2345	24	3
288	288	M	69	1	C	2 4	6	27	34	35	24	2
289	289	F	72	2	V	2 3	6	1234	123	234	123	2
290	290	F	68	1	S	0 3	2	1234	134	2345	234	3
291	291	F	67	1	V	0 3	2	1234	1234	12345	123	2
292	292	M	76	3	C	1 2	7	12345	134	24	8	2
293	293	F	72	2	C	3 3	6	1234	1234	245	24	3
294	294	F	66	1	S	0 3	7	1237	1234	23	8	2
295	295	F	82	4	V	3 1	6	12	4	23	2	2
296	296	F	67	1	V	3 1	9	123	1	234	2	3
297	297	F	78	3	V	1 1	7	234	1	23	2	2
298	298	M	72	2	C	9 2	6	2	24	5	2	4

299	299	F	76	3	V	0	1	8	124	134	23	2	2
300	300	F	72	2	C	1	3	6	12345	1234	2345	2	2
301	301	F	67	1	C	1	2	7	12345	134	24	7	3
302	302	F	69	1	V	1	2	7	12347	234	23	2	3
303	303	M	70	2	V	2	1	6	234	12	12	3	2
304	304	M	72	2	V	6	3	6	1247	34	234	2	0
305	305	M	71	2	C	6	3	7	12345	134	235	24	3
306	306	F	66	1	C	1	3	7	1234	1234	23	12	3
307	307	F	67	1	V	5	3	6	2347	34	24	35	2
308	308	M	68	1	C	2	3	6	12345	1234	2	8	2
309	309	F	68	1	V	11	3	2	1234	134	2	24	2
310	310	F	77	3	V	0	2	6	12346	134	23	23	3
311	311	M	72	2	C	1	2	6	2357	1234	234	8	2
312	312	F	67	1	C	2	2	7	12345	1234	2345	8	2
313	313	M	70	2	C	2	3	5	12345	134	2345	8	2
314	314	F	82	4	V	0	2	6	1234	134	24	245	2
315	315	M	66	1	D	1	3	6	1234	134	234	12	0
316	316	M	73	2	C	3	3	6	23457	134	234	8	2
317	317	F	68	1	C	6	3	8	12347	134	2	24	2
318	318	M	67	1	C	6	3	5	124	14	2	2	2
319	319	F	74	2	V	1	2	9	23457	13	2	234	2
320	320	M	66	1	C	5	3	2	12345	134	24	8	3
321	321	F	65	1	C	2	2	6	1234	134	24	24	2

ANEXO 4

cord#	QUEST	PERG6	PERG7	PERG9	PERG10	PERG12	PERG13	PERG14	PERG15	PERG16	PERG17	PERG18	PERG19	PERG20	PERG21	PERG22
1	1	36	1	2	1	12	12	3	2	1	0	0	1	3	3	3
2	2	9	1	1	5	1	1	4	2	1	0	0	1	3	1	1
3	3	10	2	1	6	1	12	0	0	0	0	0	1	2	3	1
4	4	9	1	1	2	2	1	3	2	1	0	0	1	3	3	1
5	5	6	2	1	5	12	2	3	2	1	0	0	1	3	3	1
6	6	9	1	1	5	1	1	3	1	1	0	0	1	2	3	1
7	7	10	1	1	1	1	12	0	0	0	0	0	1	3	3	1
8	8	1	1	1	4	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1
9	9	310	2	2	1	12	12	3	2	2	1	2	1	3	3	3
10	10	9	1	1	1	1	2	0	2	0	0	2	1	2	3	3
11	11	9	1	1	1	1	1	0	0	0	0	2	1	3	3	1
12	12	9	1	2	5	1	1	3	2	1	0	0	1	3	3	1
13	13	3	2	2	1	1	1	3	2	1	0	0	1	3	3	1
14	14	10	1	1	5	5	3	2	2	1	0	0	1	2	3	1
15	15	10	2	1	5	2	4	3	2	1	0	0	1	2	3	1
16	16	6	2	1	6	5	12	0	0	0	0	1	1	2	1	1
17	17	1	1	2	1	12	123	3	2	2	2	2	1	4	3	2
18	18	610	1	1	2	12	12	3	2	2	2	2	1	3	3	1
19	19	6	2	1	2	12	12	3	2	1	0	0	1	2	3	1
20	20	10	1	1	5	1	1	3	2	1	1	2	1	2	1	1
21	21	1	1	1	2	5	6	4	2	1	0	0	2	1	2	1
22	22	23	2	2	25	2	24	4	2	1	0	0	1	4	3	1
23	23	6	1	1	5	1	1	3	2	2	2	2	1	3	3	1
24	24	6	1	1	2	1	12	4	1	2	2	1	2	2	3	1
25	25	2	2	2	2	1	12	4	2	1	2	2	1	2	1	3
26	26	1	1	1	5	1	1	4	2	2	1	2	1	4	3	1
27	27	6	1	1	2	5	126	3	2	2	2	2	1	2	3	1
28	28	19	2	2	25	12	1	4	2	1	0	0	1	3	3	1
29	29	36	1	1	2	12	2	3	2	1	0	0	1	3	3	1
30	30	59	1	1	1	1	2	3	2	2	2	2	1	2	1	3
31	31	9	2	1	5	12	1	3	2	1	0	0	1	2	3	1
32	32	59	1	1	5	1	12	2	2	1	0	0	1	2	3	1
33	33	1346	1	1	25	123	125	4	1	1	0	2	1	3	3	1
34	34	1349	1	1	25	13	5	3	2	2	2	2	1	2	2	1
35	35	1346	1	1	5	123	124	2	2	1	2	2	1	3	3	1
36	36	169	1	1	5	13	125	3	2	2	2	2	1	3	3	1
37	37	1369	1	1	2	13	125	2	1	2	2	1	2	2	1	3
38	38	1239	1	1	23	13	145	3	2	1	1	2	2	2	3	1
39	39	134	1	1	25	13	125	3	2	1	2	2	2	3	1	1
40	40	1236	1	1	35	13	124	2	2	1	2	2	2	3	3	1
41	41	1369	1	1	25	13	125	3	2	2	2	2	2	3	3	1
42	42	16	1	2	1	1	12	3	2	1	0	0	1	4	3	1
43	43	6	1	1	1	1	1	4	2	1	0	0	1	2	3	1
44	44	69	1	1	5	1	1	2	1	2	2	2	1	2	3	1
45	45	6	1	1	1	1	1	3	2	1	0	0	1	2	3	1
46	46	6	1	1	1	1	12	3	2	1	0	0	1	2	3	1
47	47	369	1	1	1	12	2	4	2	1	0	0	1	2	1	3
48	48	369	1	1	1	15	2	3	2	1	0	0	1	3	3	1
49	49	36	2	2	1	123	123	0	0	0	0	0	1	3	3	3
50	50	910	1	1	1	12	1	0	0	0	0	0	1	2	3	3
51	51	9	2	1	1	12	6	3	2	1	0	0	1	2	3	1
52	52	26	1	1	2	13	2	1	0	0	0	0	1	2	1	3
53	53	369	1	2	1	1	1	3	2	1	0	0	1	4	3	1
54	54	269	1	1	5	1	1	0	0	0	0	0	1	2	1	3
55	55	13	2	1	1	24	2	0	0	0	0	0	1	2	1	3
56	56	59	1	1	5	1	1	2	2	1	0	0	1	2	3	1
57	57	1	1	2	2	1	1	4	2	1	2	2	2	3	3	1
58	58	3	2	2	1	12	1	3	2	1	0	0	1	3	3	1

ANEXO 4

59	59	1	2	1	24	1	1	2	2	1	0	0	2	2	3	1
60	60	2	2	1	24	1	1	2	1	2	2	1	2	4	3	1
61	61	1	1	1	25	1	1	2	2	2	1	2	1	2	3	1
62	62	9	1	1	5	1	1	3	2	1	0	0	1	2	3	1
63	63	6	2	1	25	1	13	0	0	0	0	0	2	4	3	1
64	64	6	1	1	5	1	1	3	2	1	0	0	2	3	3	1
65	65	9	1	1	25	1	1	3	2	1	0	0	1	3	3	1
66	66	9	1	1	5	1	1	0	0	0	0	0	2	2	3	1
67	67	910	1	1	2	12	1	2	2	2	2	2	1	3	3	1
68	68	3	2	1	2	1	12	3	2	1	0	0	1	3	3	1
69	69	6	1	1	1	1	12	3	2	2	2	2	1	3	3	4
70	70	6	2	2	5	1	12	2	2	2	1	2	1	2	3	1
71	71	6	2	1	2	1	2	2	2	1	0	0	1	2	1	4
72	72	6	2	1	2	1	2	3	2	1	0	0	1	3	3	1
73	73	10	1	1	5	1	26	2	2	1	0	0	1	2	3	3
74	74	79	1	1	5	1	2	3	2	1	0	0	1	2	3	1
75	75	9	1	1	5	1	12	4	2	2	2	2	1	2	3	3
76	76	9	1	1	5	1	12	4	2	1	0	0	1	2	3	3
77	77	9	1	1	5	1	12	2	2	1	0	0	1	2	1	3
78	78	3510	2	1	1	12	124	0	2	0	0	0	1	2	3	2
79	79	9	1	1	5	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	3
80	80	36	2	1	1	14	12	0	2	0	0	2	1	3	3	1
81	81	2	1	1	5	1	6	2	2	1	0	0	1	2	3	1
82	82	36	1	1	4	1	12	2	2	1	0	0	1	3	3	1
83	83	3	2	1	6	1	12	2	2	2	1	2	1	3	3	1
84	84	3	1	1	5	1	12	3	2	1	0	0	1	2	1	1
85	85	2	1	1	2	1	1	4	2	2	1	1	2	2	3	1
86	86	36	1	1	4	1	1	2	1	1	0	0	1	2	3	1
87	87	6	1	1	5	1	2	2	2	1	0	0	1	2	1	3
88	88	1	1	1	4	1	1	3	1	1	0	0	2	2	3	1
89	89	9	1	1	5	1	1	1	0	0	0	0	1	2	1	3
90	90	3	2	2	1	1	12	3	2	1	0	0	1	3	3	1
91	91	1	2	2	1	1	1	1	2	1	0	0	1	3	3	1
92	92	2	1	1	2	12	1	1	0	0	0	0	1	3	3	1
93	93	6	1	1	2	1	12	2	2	1	0	0	1	2	2	3
94	94	6	2	1	5	1	12	1	0	0	0	0	0	2	1	3
95	95	69	1	1	2	1	2	2	2	1	0	0	1	4	3	1
96	96	10	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	3	1	4
97	97	10	2	1	2	1	1	3	2	1	0	0	1	3	3	1
98	98	456	1	1	24	13	2	3	2	1	0	0	1	2	1	3
99	99	3	2	2	1	1	123	2	2	1	0	0	1	4	3	1
100	100	10	1	1	4	1	0	2	1	2	1	1	1	2	3	3
101	101	1	1	1	13	1	1	3	2	1	0	0	1	2	1	3
102	102	10	1	1	4	1	6	3	1	2	2	1	2	1	1	3
103	103	310	2	2	4	25	2	3	2	2	1	2	1	3	3	2
104	104	4	1	1	1	1	1	3	2	1	0	0	1	3	3	1
105	105	3	1	1	1	1	3	3	2	2	2	2	2	3	3	1
106	106	3	1	2	24	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	1
107	107	1	1	1	4	1	1	1	0	0	0	0	2	1	1	3
108	108	10	1	1	4	1	1	3	1	2	2	2	2	3	3	1
109	109	346	1	1	4	1	12	2	2	1	0	0	1	3	3	1
110	110	356	2	2	2	1	1	2	2	1	0	0	1	3	3	1
111	111	10	1	1	4	1	1	2	1	1	0	0	2	2	1	3
112	112	2	1	1	4	1	1	3	2	1	0	0	1	3	3	3
113	113	6	2	2	2	12	12	3	2	1	0	0	1	3	3	1
114	114	610	2	1	1	5	1	1	0	0	0	0	2	3	3	1
115	115	9	1	1	1	4	2	1	0	0	0	0	1	2	1	1
116	116	10	1	1	6	1	1	1	0	0	0	0	1	4	3	1
117	117	310	1	1	1	1	1	3	2	1	0	0	1	3	3	1
118	118	4	2	1	5	2	12	1	0	0	0	0	1	3	2	1

119	119	1	1	1	6	1	1	3	2	1	0	0	1	3	3	1
120	120	10	2	1	56	2	45	2	1	1	0	0	2	2	1	1
121	121	1	2	1	6	1	124	2	2	2	1	2	1	4	3	1
122	122	2	1	2	6	5	3	2	2	1	0	0	1	2	1	3
123	123	10	1	1	6	5	6	2	1	2	2	1	2	1	2	3
124	124	36	1	1	25	123	1	2	2	2	1	2	2	3	3	1
125	125	1346	1	1	24	13	125	3	2	1	0	0	2	3	3	1
126	126	1356	2	1	25	13	124	3	2	2	2	2	2	2	1	1
127	127	10	2	1	26	124	3	3	1	2	1	1	2	3	3	1
128	128	10	1	2	1	12	12	3	2	1	0	0	2	4	3	1
129	129	10	2	2	1	124	24	0	0	0	0	0	1	2	1	1
130	130	6	1	1	2	123	123	3	2	1	0	0	1	3	1	1
131	131	110	1	1	26	1	0	3	1	2	1	1	2	1	1	3
132	132	2	2	1	4	12	14	0	0	0	0	0	2	3	3	1
133	133	2	1	1	24	1	1	3	1	2	1	1	2	2	3	1
134	195	3	1	1	4	5	1	3	2	2	1	1	2	3	3	1
135	135	10	1	2	6	1	1	3	2	0	0	0	1	3	3	2
136	136	36	1	1	2	14	2	4	2	1	0	0	1	3	3	1
137	137	13	1	1	4	123	1	3	2	1	0	0	1	3	3	1
138	138	6	1	1	4	5	6	3	1	2	1	2	1	2	3	1
139	139	10	1	1	4	135	6	3	1	2	2	2	2	2	3	1
140	140	10	1	1	6	1	6	3	1	1	0	0	2	1	1	3
141	141	2	1	1	5	1	12	2	2	2	1	2	1	4	3	1
142	142	6	1	2	26	12	0	3	2	1	0	0	1	2	3	3
143	143	10	1	1	24	12	1	3	1	1	0	0	1	2	3	1
144	144	1	1	1	24	13	1	3	2	2	2	2	1	3	3	1
145	145	4	1	2	4	1	12	3	2	1	0	0	1	3	3	1
146	146	9	1	1	2	12	12	3	1	2	1	1	1	3	3	1
147	147	9	1	1	2	12	12	4	2	1	0	0	1	4	3	1
148	148	6	1	1	2	1	12	3	2	1	0	0	2	3	3	1
149	149	4	2	1	1	1	1	4	2	1	0	0	2	4	3	1
150	150	10	1	1	2	12	1	1	2	1	0	0	1	3	3	1
151	151	6	1	1	1	1	14	0	0	0	0	0	2	2	1	1
152	152	10	1	1	2	12	1	4	2	2	1	2	2	4	3	1
153	153	2	1	1	24	13	1	1	1	1	0	0	2	2	3	1
154	154	10	2	0	4	1	1	3	2	1	0	0	1	3	3	1
155	155	1	1	1	2	5	1	3	2	1	0	0	1	2	1	3
156	156	6	1	1	6	1	1	2	2	1	0	0	1	3	3	3
157	157	10	1	1	16	1	1	2	2	1	0	0	2	2	1	3
158	158	310	2	2	5	1	12	4	2	2	1	2	2	4	3	1
159	159	10	1	1	25	134	6	2	1	1	0	0	1	2	1	3
160	160	69	2	1	4	1	1	1	2	0	0	0	1	3	2	1
161	161	10	1	1	25	12	36	0	0	0	0	0	1	1	1	3
162	162	6	1	1	25	13	3	2	2	2	1	2	2	3	2	3
163	163	1	2	2	5	123	14	3	2	2	2	2	2	4	3	3
164	164	1	1	1	2	3	5	4	2	1	0	0	2	2	1	1
165	165	10	1	1	5	12	14	2	2	1	0	0	1	4	3	1
166	166	3	1	1	5	1	2	4	2	2	1	2	1	2	1	3
167	167	1	1	1	2	1	16	3	2	1	0	0	1	2	2	3
168	168	10	2	1	2	2	4	3	2	1	0	0	2	1	3	1
169	169	6	2	1	26	2	1	2	2	2	1	2	1	3	3	1
170	170	1	1	1	4	1	23	2	2	1	0	0	1	2	1	3
171	171	1	1	1	1	1	12	3	2	1	0	0	1	2	3	1
172	172	0	2	1	6	1	12	1	0	0	0	0	0	4	3	1
173	173	3	1	2	6	1	1	1	0	0	0	0	1	2	3	1
174	174	1	1	2	1	1	1	4	2	2	1	2	1	3	3	1
175	175	3	2	2	1	12	124	3	2	1	0	0	1	4	3	1
176	176	2	2	1	6	13	6	1	0	0	0	0	0	3	3	1
177	177	310	2	1	0	12	1	0	2	1	0	0	1	3	3	1
178	178	16	2	1	6	1	1	3	2	1	0	0	1	3	3	2

179	179	36	2	1	1	12	2	3	2	1	0	0	1	4	3	1
180	180	310	1	1	4	1	6	2	1	1	0	0	1	2	1	3
181	181	10	2	1	4	1	1	3	2	1	0	0	1	3	3	1
182	182	6	1	1	6	123	12	3	2	1	0	0	1	1	1	3
183	183	2	1	1	2	1	2	3	1	1	0	0	2	1	1	3
184	184	10	1	2	2	14	124	1	2	0	0	0	1	4	3	1
185	185	10	1	1	25	14	12	4	2	1	0	0	1	3	3	1
186	186	3	1	2	6	14	12	4	2	1		0	2	3	3	1
187	187	10	1	2	2	14	12	3	2	1	0	0	1	4	3	1
188	188	10	1	1	2	14	12	3	2	2	2	2	2	3	3	1
189	189	6	1	1	5	124	3	2	1	2	1	1	1	2	3	1
190	190	10	1	1	5	134	1	2	2	1	0	0	1	3	3	1
191	191	346	2	2	6	124	124	1	2	1	0	0	1	4	3	1
192	192	3	1	2	4	1	1	3	2	1	0	0	2	3	3	1
193	193	36	2	2	2	12	1	4	2	1	0	0	1	4	3	1
194	194	2	1	1	4	1	12	2	2	1	0	0	2	3	3	1
195	195	12689	2	1	235	13	6	4	1	2	1	1	2	2	2	3
196	196	169	1	2	25	123	15	2	2	2	1	2	1	3	3	1
197	197	69	1	1	25	123	5	2	2	1	0	0	1	2	3	1
198	198	13456	1	2	25	12	12	2	2	1	0	0	2	3	3	1
199	199	1689	2	1	25	123	15	3	1	1	0	0	1	3	3	1
200	200	1256	2	1	25	123	12	2	2	1	0	0	2	3	3	3
201	201	126	2	1	235	123	4	3	2	2	2	2	2	3	3	1
202	202	129	1	2	2345	1234	5	3	2	1	0	0	2	2	3	1
203	203	1269	1	1	245	123	5	3	1	1	0	0	1	2	3	1
204	204	169	1	1	25	1234	125	3	1	1	0	0	2	2	1	3
205	205	29	1	1	25	123	5	3	2	1	0	0	1	2	3	1
206	206	19	1	1	25	1234	1	3	1	2	2	1	2	3	3	1
207	207	1289	1	1	245	124	5	2	1	1	0	0	2	2	3	1
208	208	269	2	1	245	1234	145	3	2	1	0	0	1	3	3	1
209	209	14689	1	1	25	1234	15	2	2	1	0	0	1	3	3	1
210	210	239	2	1	25	1234	135	3	2	1	0	0	1	2	3	1
211	211	12689	1	2	245	1234	124	3	2	1	0	0	1	3	3	1
212	212	9	2	1	2345	1234	3	2	2	1	0	0	2	2	2	3
213	213	169	1	1	25	123	12	2	2	1	0	0	1	3	3	1
214	214	12456	1	1	24	123	12	2	2	1	0	0	2	2	1	3
215	215	169	1	1	25	123	6	0	0	0	0	0	1	2	2	1
216	216	169	2	1	25	124	145	3	2	1	0	0	1	2	3	1
217	217	1456	1	1	2	123	124	2	2	1	0	0	1	3	3	1
218	218	1	1	0	0	0	0	3	2	1	0	0	1	2	3	1
219	219	2689	1	1	245	1234	5	2	1	1	0	0	1	2	1	3
220	220	19	1	1	25	12	4	2	2	1	0	0	1	2	1	3
221	221	169	1	1	5	124	5	3	1	2	2	2	1	2	1	1
222	222	1	1	2	245	123	12	2	2	1	0	0	1	2	1	3
223	223	1689	2	2	25	1234	14	3	2	1	0	0	1	3	3	1
224	224	19	1	1	25	12	1	3	2	2	2	2	1	3	3	1
225	225	29	1	1	25	1234	25	2	2	1	0	0	1	2	1	3
226	226	1269	1	1	25	123	15	2	2	1	0	0	1	4	3	1
227	227	156	2	1	25	123	124	1	2	0	0	0	1	2	2	3
228	228	13569	1	1	25	123	25	3	2	1	0	0	2	2	3	1
229	229	156	1	2	25	1234	123	3	2	2	2	2	2	3	3	1
230	230	1349	1	1	25	1234	1	2	2	1	0	0	1	3	3	1
231	231	12	2	2	25	1234	145	2	2	1	0	0	1	3	3	1
232	232	169	1	1	25	123	1	3	2	1	0	0	1	3	3	1
233	233	19	2	2	25	1234	14	3	2	1	0	0	1	3	3	1
234	234	1	2	1	25	124	124	3	2	1	0	0	2	3	3	1
235	235	12369	2	1	5	123	124	3	2	1	0	0	2	3	3	1
236	236	1689	1	1	2345	1234	15	2	2	2	1	1	2	3	3	1
237	237	134	2	1	25	123	124	3	2	1	0	0	2	3	3	1
238	238	169	1	1	25	134	15	3	2	2	1	2	1	4	3	1

239	239	1689	1	1	2345	1234	15	3	2	1	0	0	1	2	3	1
240	240	12689	1	2	245	1234	45	3	2	1	0	0	1	2	3	1
241	241	1	1	2	2	1234	2	2	2	1	0	0	1	2	2	1
242	242	129	1	1	1	1234	125	3	2	2	2	2	1	3	3	1
243	243	19	1	1	25	123	25	2	1	1	0	0	2	2	1	3
244	244	29	1	1	25	1234	15	1	1	0	0	0	0	2	3	3
245	245	13468	2	1	25	1234	1245	0	2	0	0	2	1	3	3	1
246	246	1269	1	1	25	1234	6	4	1	2	2	2	1	2	3	1
247	247	69	1	1	25	13	15	2	2	1	0	0	1	3	3	1
248	248	159	1	1	25	12	12	3	2	1	0	0	1	3	3	2
249	249	56	1	2	25	12	12	3	2	1	0	0	2	3	3	1
250	250	16	1	1	25	12	12	2	1	1	0	0	2	2	1	1
251	251	1689	2	2	24	134	125	3	2	1	0	0	1	3	3	2
252	252	19	1	2	25	12	1	3	2	1	0	0	1	3	3	2
253	253	1689	1	2	25	1234	15	3	2	2	2	2	1	3	3	1
254	254	1269	1	1	234	1	5	4	1	1	0	0	2	1	3	1
255	255	29	2	2	235	124	4	3	2	1	0	0	2	2	3	1
256	256	19	1	1	25	12	12	2	2	1	0	0	1	3	3	1
257	257	129	1	2	24	123	125	3	2	1	0	0	1	3	3	1
258	258	19	1	1	25	123	15	2	1	1	0	0	2	3	3	1
259	259	12389	1	1	2345	1234	125	2	2	2	2	2	2	3	3	1
260	260	129	1	1	245	124	5	3	1	1	0	0	2	2	1	1
261	261	12689	1	2	25	1234	1245	0	2	0	0	0	1	3	3	1
262	262	19	1	1	24	1234	14	3	2	1	0	0	2	2	1	3
263	263	12369	1	2	2345	1234	12	2	1	2	1	2	1	2	3	1
264	264	15	1	1	245	123	12	2	2	1	0	0	2	2	3	1
265	265	1345	1	2	25	13	24	2	2	1	0	0	1	3	3	1
266	266	56	1	1	25	123	2	2	1	2	1	2	2	2	1	3
267	267	19	1	1	25	1234	0	2	2	1	0	0	1	2	3	1
268	268	1	2	1	25	123	1	2	2	1	0	0	2	3	3	1
269	269	1569	2	1	25	1234	14	3	2	1	0	0	1	3	3	1
270	270	19	1	1	245	123	5	2	2	1	0	0	1	2	3	3
271	271	169	1	1	235	123	125	3	2	2	2	2	2	2	3	1
272	272	239	2	1	25	1234	12	3	2	1	0	0	2	3	3	1
273	273	169	2	1	2	12	12	2	2	1	0	0	2	3	3	1
274	274	1269	1	1	2	134	1	3	2	2	2	2	2	3	3	1
275	275	12369	1	1	245	23	125	3	1	1	0	0	1	2	3	1
276	276	1689	1	1	25	1234	15	3	2	1	0	0	1	3	3	1
277	277	156	1	1	5	1	12	3	2	1	0	0	1	3	3	1
278	278	1	1	1	245	1234	14	2	2	1	0	0	2	2	1	3
279	279	19	1	2	25	123	1	1	2	0	0	0	1	3	3	1
280	280	346	1	1	24	123	12	3	1	1	0	0	2	3	3	1
281	281	19	2	1	25	12	14	2	2	1	0	0	1	3	3	1
282	282	29	1	1	245	123	5	2	1	1	0	0	2	2	3	1
283	283	1258	2	1	25	12	24	0	0	0	0	0	1	2	3	3
284	284	1689	1	1	245	1234	1	3	1	1	0	0	1	3	3	1
285	285	134	2	1	25	123	124	3	2	1	0	0	1	3	3	1
286	286	189	1	1	25	1234	15	3	2	1	0	0	1	3	3	1
287	287	19	2	1	25	1234	1245	3	2	1	0	0	1	3	3	1
288	288	12	1	1	2345	12	12	2	1	2	1	1	1	2	3	1
289	289	12	2	1	25	123	14	2	2	1	0	0	1	2	3	1
290	290	136	1	1	2345	1234	14	2	2	1	0	0	1	3	3	1
291	291	136	1	1	245	12	124	2	2	1	0	0	1	2	1	3
292	292	12689	1	1	25	123	15	4	2	1	0	0	2	3	3	1
293	293	169	1	1	25	12	1	2	2	1	0	0	1	2	1	3
294	294	129	2	1	25	124	15	2	2	1	0	0	1	2	3	3
295	295	12	2	1	2	12	1245	3	2	1	0	0	1	2	3	1
296	296	345	1	2	2	1234	2	3	2	1	0	0	2	3	3	2
297	297	56	1	1	2	12	1	2	2	1	0	0	1	3	3	1
298	298	16	1	1	25	1	1	3	2	1	0	0	1	4	3	3

ANEXO 4

299	299	19	1	1	25	1	12	2	2	1	0	0	1	3	3	1
300	300	129	1	1	2345	1234	15	3	2	1	0	0	1	3	3	1
301	301	13456	1	1	25	123	1345	3	2	1	0	0	1	4	3	1
302	302	169	2	1	245	13	145	3	2	1	0	0	1	2	3	1
303	303	12468	2	2	2	12	45	2	2	1	0	0	1	2	3	1
304	304	0	0	1	245	123	125	2	2	1	0	0	2	2	3	1
305	305	1349	1	1	25	1234	125	3	2	1	0	0	1	3	3	1
306	306	1359	1	1	25	123	12	2	1	1	0	0	2	2	2	3
307	307	129	1	1	2	1234	25	3	2	2	2	2	2	3	3	1
308	308	19	1	1	25	123	16	2	2	1	0	0	1	2	1	3
309	309	269	1	1	245	1234	25	2	1	2	2	2	2	2	3	1
310	310	156	2	1	25	123	14	2	2	1	0	0	1	3	3	1
311	311	12346	1	2	245	1234	145	3	2	2	2	1	2	2	3	3
312	312	1689	1	1	235	1234	15	3	2	2	2	2	1	3	3	1
313	313	12689	1	1	2345	1234	5	2	2	2	1	1	2	2	1	3
314	314	15	2	1	25	123	124	3	2	1	0	0	1	3	3	1
315	315	29	1	1	245	123	12	1	2	1	0	0	1	2	1	3
316	316	169	1	1	2345	1234	5	3	1	2	2	1	2	2	3	1
317	317	169	1	1	5	1234	2	0	0	0	0	0	0	2	3	1
318	318	129	1	1	245	123	2	2	2	1	0	0	2	2	3	1
319	319	169	1	2	25	123	6	2	2	2	2	2	2	3	3	1
320	320	1356	1	1	25	1234	12	3	2	2	2	2	1	3	3	1
321	321	129	1	1	25	123	1	3	2	1	0	0	1	3	3	1

ecord#	QUEST	PERG23	PERG24	OCULOS	OFTAL	ULT_VEZ	PERG25	APAR_OUV	ORL	ORL_ULT	PERG26	PERG27	PERG28	PERG29	PERG30	PERG31	PERG32
1	1	1	3	3	2	5	3	1	1	0	2	1	1	2	1	1	1
2	2	1	1	0	1	0	4	1	1	0	2	2	4	2	2	1	3
3	3	1	1	0	1	0	2	0	1	0	2	2	2	2	2	1	4
4	4	1	2	2	2	4	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	5
5	5	1	3	2	2	1	3	1	2	1	2	3	2	2	1	1	5
6	6	1	3	1	2	4	3	1	1	0	2	2	1	2	1	1	4
7	7	1	3	2	2	4	2	0	1	0	2	2	1	2	3	1	5
8	8	1	3	2	2	2	3	1	2	2	1	1	1	2	0	1	5
9	9	1	3	1	1	0	3	1	1	0	2	3	4	1	3	0	1
10	10	1	3	2	1	0	2	0	1	0	4	3	3	2	2	2	2
11	11	1	3	2	2	4	4	1	2	4	4	3	4	2	1	1	5
12	12	1	2	1	1	0	3	1	2	2	2	2	2	2	1	1	3
13	13	1	2	2	2	4	3	1	1	0	3	3	4	2	3	1	5
14	14	1	3	2	2	2	2	0	1	0	2	1	2	2	1	1	2
15	15	1	3	2	2	4	2	1	2	1	2	2	2	2	3	1	5
16	16	1	2	2	2	4	3	1	2	1	1	1	1	2	2	1	4
17	17	1	3	3	2	5	3	2	2	5	1	1	2	2	1	1	1
18	18	1	3	2	2	4	4	1	1	0	2	2	2	2	1	1	2
19	19	1	3	2	2	2	2	0	2	4	1	1	1	2	1	1	2
20	20	1	3	2	2	1	2	0	1	0	4	3	2	2	1	1	5
21	21	1	1	3	2	1	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
22	22	1	3	2	2	1	4	2	2	1	2	2	4	1	1	1	4
23	23	1	2	0	1	0	2	0	1	0	2	2	1	2	1	1	1
24	24	1	2	0	2	1	3	1	1	0	1	1	1	2	1	1	3
25	25	1	1	0	2	4	2	0	1	0	1	1	2	2	0	2	1
26	26	1	3	2	2	2	4	1	2	5	4	3	3	1	1	1	2
27	27	1	2	2	2	1	3	1	1	0	1	1	1	2	1	1	3
28	28	1	3	2	2	2	3	1	1	0	3	3	4	2	1	1	1
29	29	1	4	2	2	4	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	5
30	30	1	3	2	2	4	4	1	1	0	1	1	1	2	1	1	1
31	31	1	2	2	2	4	2	1	1	0	1	2	1	2	2	1	5
32	32	1	2	2	2	4	2	0	2	5	2	3	4	2	1	1	2
33	33	1	2	1	2	1	4	1	2	4	1	1	2	2	1	2	3
34	34	1	3	2	2	1	2	0	2	4	2	1	1	1	2	1	4
35	35	1	3	2	2	1	3	1	2	4	1	1	1	2	3	1	3
36	36	1	3	2	2	5	2	1	1	0	1	1	1	2	1	2	1
37	37	1	1	1	1	0	2	1	1	0	1	1	1	2	3	2	1
38	38	1	3	2	2	3	3	1	1	0	1	1	2	2	3	1	2
39	39	1	3	2	2	2	3	1	1	0	2	1	2	2	2	1	3
40	40	1	3	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	3
41	41	1	3	2	2	1	2	1	2	4	2	2	2	2	3	1	2
42	42	1	3	2	2	4	2	0	1	0	2	2	1	2	1	1	3
43	43	1	3	2	2	4	3	1	1	0	2	2	3	2	3	1	5
44	44	1	2	2	2	4	2	0	2	2	1	1	1	2	1	1	3
45	45	1	3	2	2	1	3	1	1	0	2	2	1	2	1	1	5
46	46	1	3	2	2	2	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	5
47	47	1	1	0	1	0	3	1	1	0	2	2	1	2	1	1	1
48	48	1	3	2	2	5	4	1	2	3	3	3	4	2	1	1	2
49	49	1	3	2	2	5	2	0	1	0	2	2	4	2	3	1	3
50	50	1	3	2	1	1	2	1	2	5	2	2	1	2	1	1	2
51	51	1	3	2	2	2	2	0	1	0	2	1	2	2	0	1	2
52	52	1	3	2	2	4	3	1	1	0	1	1	1	2	0	2	1
53	53	1	4	2	2	2	3	1	1	0	5	4	5	2	0	1	1
54	54	1	3	2	1	0	2	0	1	0	2	1	1	2	1	1	1
55	55	1	3	2	2	4	4	1	1	0	2	2	1	2	2	1	3
56	56	1	3	2	2	4	2	0	1	0	2	2	2	2	3	1	5
57	57	2	3	2	2	2	3	1	1	0	1	1	1	2	1	1	4
58	58	1	3	2	2	1	2	0	1	0	3	3	4	2	1	1	1

59	59 1	3	2	2	5	2	0	2	0	1	1	1	2	1	1	3
60	60 1	2	1	2	5	3	1	1	0	1	1	1	2	3	1	5
61	61 1	3	2	2	4	2	0	2	5	1	1	1	2	1	1	3
62	62 1	3	2	2	4	3	1	2	5	1	1	1	2	1	1	5
63	63 1	4	2	2	2	2	0	2	5	3	2	1	1	1	1	4
64	64 2	2	2	2	3	2	0	1	0	2	1	1	2	2	1	5
65	65 1	2	2	2	5	3	1	2	5	2	2	2	2	1	1	3
66	66 2	2	2	2	2	2	0	2	5	1	1	1	2	2	1	2
67	67 1	3	1	2	1	2	0	1	0	4	3	4	1	1	1	3
68	68 1	1	0	1	0	3	1	1	0	5	4	4	1	2	1	1
69	69 1	3	3	2	5	3	1	1	0	2	2	2	1	2	1	5
70	70 1	3	2	2	5	3	1	1	0	4	3	2	1	1	1	5
71	71 1	3	2	2	4	2	0	1	0	1	1	1	2	2	2	1
72	72 1	3	2	2	2	3	1	2	3	3	2	2	1	2	1	2
73	73 1	2	2	2	2	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	5
74	74 1	1	0	2	1	2	0	1	0	2	2	2	2	1	1	4
75	75 1	3	1	1	0	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	2
76	76 1	2	2	2	4	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	3
77	77 1	1	2	2	0	4	1	1	0	1	1	1	2	1	1	4
78	78 1	2	2	2	1	3	1	2	4	2	2	2	2	3	1	5
79	79 1	3	1	1	0	2	0	1	0	1	1	2	2	2	1	3
80	80 1	3	2	2	2	2	0	1	0	3	2	2	2	3	1	2
81	81 1	2	2	2	1	2	0	2	1	1	1	1	2	3	1	2
82	82 1	2	2	2	4	2	0	1	0	2	2	1	2	1	1	2
83	83 1	2	3	1	0	2	0	1	0	2	1	4	1	1	1	5
84	84 1	2	2	1	0	4	1	1	0	1	1	4	2	1	1	2
85	85 2	3	2	2	1	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
86	86 1	3	2	2	1	2	0	1	0	2	1	1	2	1	1	2
87	87 1	2	2	2	2	2	0	1	0	2	2	2	2	1	1	1
88	88 1	2	2	2	4	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	4
89	89 2	3	2	2	5	3	1	1	0	1	1	1	2	1	1	2
90	90 1	2	2	2	4	2	0	1	0	2	2	1	2	3	1	4
91	91 1	4	2	1	0	3	1	1	1	2	1	1	2	3	1	3
92	92 1	3	2	2	2	3	1	1	0	1	1	2	2	1	1	3
93	93 2	3	2	2	5	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	2
94	94 2	1	0	1	0	2	0	1	0	1	1	1	2	2	1	2
95	95 1	3	2	2	1	3	1	1	0	1	1	1	2	1	1	3
96	96 2	2	1	2	0	2	0	2	0	1	1	1	2	1	1	2
97	97 1	2	2	2	4	2	0	1	0	2	2	2	2	3	1	3
98	98 1	2	2	2	2	3	1	2	4	1	1	1	2	2	1	1
99	99 1	1	0	0	0	2	0	1	0	3	2	4	2	3	1	2
100	100 1	2	2	2	4	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	3
101	101 1	3	2	2	1	2	0	1	2	1	1	1	2	1	1	2
102	102 1	1	0	1	0	2	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1
103	103 1	3	2	2	1	4	1	2	1	2	1	1	2	3	1	2
104	104 1	2	2	1	5	3	1	2	5	2	1	1	2	1	1	5
105	105 1	3	2	1	4	3	1	1	0	2	1	3	1	3	1	5
106	106 1	2	3	2	1	2	0	1	0	1	1	2	2	1	1	5
107	107 1	2	1	2	2	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	2
108	108 1	2	1	2	1	2	0	1	0	1	1	1	2	1	2	4
109	109 1	3	2	2	5	4	1	2	4	2	2	1	2	2	1	2
110	110 1	3	2	2	1	2	0	1	0	1	1	4	1	1	1	2
111	111 1	2	2	2	1	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	4
112	112 1	3	2	2	4	2	0	2	4	2	2	1	2	1	1	4
113	113 1	3	2	2	4	3	1	1	0	2	2	3	1	1	1	3
114	114 1	3	2	2	1	3	1	2	0	3	2	4	1	1	1	4
115	115 1	2	1	2	2	2	0	1	0	1	1	1	2	1	2	2
116	116 1	2	2	2	2	2	0	2	0	2	2	1	1	1	2	2
117	117 1	3	2	2	4	4	1	2	1	2	1	1	2	1	1	4
118	118 1	4	2	2	1	4	1	2	2	2	2	4	1	2	1	3

119	119	1	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	3	2	2	1	2
120	120	1	3	3	2	2	2	0	2	2	1	1	1	2	1	2	2
121	121	1	3	2	2	1	2	0	1	0	4	3	2	2	3	1	5
122	122	1	2	2	2	5	3	1	1	0	2	2	1	2	2	2	1
123	123	1	2	2	2	5	2	0	1	0	1	1	1	2	0	1	2
124	124	1	3	2	2	5	2	0	2	1	2	1	1	2	2	1	5
125	125	1	3	2	2	1	2	0	2	1	1	1	1	2	1	1	2
126	126	1	2	1	1	0	3	1	2	2	1	1	1	1	3	1	2
127	127	1	3	2	2	2	2	0	2	1	1	1	2	2	2	1	2
128	128	1	4	2	2	2	4	1	2	4	4	3	4	2	1	1	3
129	129	1	3	2	2	1	2	0	2	2	2	2	4	2	3	1	3
130	130	1	3	2	2	3	2	0	2	2	1	1	2	2	1	1	5
131	131	1	2	1	2	4	2	0	2	1	1	1	1	2	1	1	3
132	132	1	3	1	2	1	2	0	2	1	2	1	2	1	2	1	5
133	133	1	2	2	2	4	2	0	1	0	1	1	1	2	3	1	2
134	195	1	3	3	2	5	2	0	1	0	2	2	4	2	2	1	3
135	135	1	2	1	2	4	4	1	2	4	1	1	1	1	3	1	1
136	136	1	2	1	1	0	2	0	1	0	1	1	1	2	3	1	5
137	137	1	4	2	2	5	2	0	2	5	1	1	1	2	3	1	5
138	138	1	3	2	2	2	3	1	2	5	1	1	1	1	1	1	3
139	139	2	2	2	2	1	2	0	2	4	1	1	1	2	1	1	5
140	140	0	3	2	2	2	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	1
141	141	2	2	1	2	4	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	5
142	142	1	1	0	1	0	2	0	1	0	1	1	3	1	3	1	3
143	143	1	2	2	2	2	2	0	2	3	2	1	1	2	1	1	4
144	144	2	3	2	1	5	3	1	2	1	2	1	1	2	1	1	5
145	145	1	3	3	2	5	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	5
146	146	1	2	2	2	5	3	1	1	0	1	1	1	2	2	1	3
147	147	1	3	2	2	1	4	3	1	0	1	1	2	2	2	2	2
148	148	1	3	2	2	1	4	1	1	0	4	3	3	2	2	1	2
149	149	1	3	3	2	4	3	1	2	4	5	4	5	1	3	1	1
150	150	1	3	2	2	1	2	0	2	4	2	1	2	1	1	1	3
151	151	1	1	0	2	2	2	0	1	0	2	1	2	2	3	1	5
152	152	1	3	2	2	3	3	1	1	0	4	3	1	2	2	1	5
153	153	1	1	0	2	2	3	1	1	0	2	1	1	2	1	1	5
154	154	1	3	2	2	4	2	0	1	0	2	1	1	2	3	1	5
155	155	1	2	3	2	2	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	1
156	156	1	3	1	2	1	2	0	1	0	2	1	1	2	3	1	2
157	157	1	3	2	2	1	2	0	2	3	2	1	1	2	3	1	1
158	158	1	4	2	2	4	4	1	2	1	2	2	4	2	2	1	2
159	159	1	3	2	2	4	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	2
160	160	1	3	2	2	4	2	0	1	0	1	1	4	2	3	2	2
161	161	1	2	2	2	1	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	3
162	162	1	2	2	2	2	2	0	1	0	2	2	1	2	1	2	1
163	163	1	3	3	2	3	3	1	1	0	2	2	4	2	3	1	2
164	164	1	3	2	2	1	4	1	2	2	2	1	3	2	1	1	1
165	165	1	3	2	2	1	3	1	1	0	2	2	4	1	2	1	3
166	166	1	3	2	1	5	4	1	2	5	2	2	1	2	1	1	1
167	167	1	2	1	2	4	4	1	2	5	1	1	1	2	2	2	1
168	168	1	2	1	2	2	4	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2
169	169	1	2	2	2	4	2	0	2	4	2	2	4	1	1	2	5
170	170	1	1	0	2	1	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	1
171	171	1	3	2	2	4	3	1	1	0	1	1	1	2	1	1	3
172	172	1	3	2	1	0	2	0	1	0	2	3	4	1	1	1	5
173	173	1	3	3	1	0	2	0	1	0	2	1	1	2	1	1	2
174	174	1	3	2	2	4	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	2
175	175	1	3	2	1	1	4	1	1	0	2	2	4	1	1	1	2
176	176	1	2	2	2	2	2	0	1	0	1	1	1	2	1	2	3
177	177	1	3	2	2	5	2	0	1	0	2	2	1	1	3	1	3
178	178	1	2	2	2	4	4	1	2	4	2	2	5	1	3	1	2

179	179	1	3	1	1	0	4	1	2	1	4	3	5	2	1	1	5
180	180	1	2	2	2	2	3	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2
181	181	1	3	2	1	1	2	0	2	4	2	1	4	1	1	1	5
182	182	1	3	2	2	2	3	1	1	0	1	1	1	2	1	2	2
183	183	1	2	3	1	0	4	1	2	5	1	1	1	2	1	1	1
184	184	1	4	1	1	0	4	1	1	0	2	2	2	2	3	1	3
185	185	1	2	2	2	4	2	0	2	4	2	2	4	2	1	1	2
186	186	1	3	2	2	3	2	0	1	0	2	2	4	1	2	1	5
187	187	1	3	2	2	1	3	1	2	1	2	2	2	2	1	1	4
188	188	1	3	2	2	4	2	0	2	4	3	2	3	2	3	1	3
189	189	1	2	2	2	2	2	0	2	4	1	1	1	2	1	1	1
190	190	1	2	3	1	2	3	1	1	0	3	2	1	2	1	1	3
191	191	1	3	2	2	4	3	1	2	4	2	2	3	2	2	1	5
192	192	1	3	2	2	2	2	0	2	1	2	1	1	2	1	1	5
193	193	1	3	2	1	1	4	1	2	1	5	4	5	1	3	1	1
194	194	1	2	2	2	1	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	5
195	195	1	2	2	2	5	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	1
196	196	1	3	2	2	3	3	1	2	5	2	2	1	2	2	1	2
197	197	1	3	2	2	1	2	0	1	0	1	1	1	2	2	1	2
198	198	1	3	2	2	4	2	0	1	0	2	2	1	2	3	1	2
199	199	1	3	2	2	5	4	1	1	0	3	3	5	1	1	1	1
200	200	2	3	2	2	2	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	1
201	201	1	3	2	2	2	2	0	1	0	1	1	1	1	1	1	2
202	202	1	3	2	2	2	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	2
203	203	1	2	3	2	5	3	1	2	5	1	1	1	2	1	1	3
204	204	1	2	2	2	4	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	2
205	205	1	3	2	2	5	3	1	2	5	2	2	1	1	2	1	3
206	206	1	3	2	2	5	2	0	2	3	2	1	1	1	1	1	5
207	207	1	3	2	2	2	2	0	2	3	1	1	1	2	1	1	2
208	208	1	3	2	2	2	3	1	2	1	2	2	1	1	2	1	3
209	209	1	3	2	2	1	2	0	2	1	2	2	1	1	1	2	3
210	210	1	2	2	2	5	2	0	1	0	2	2	1	1	1	1	3
211	211	1	3	2	2	3	2	0	1	0	2	2	2	2	2	1	4
212	212	1	2	2	2	5	2	0	2	3	1	1	1	2	1	1	2
213	213	1	3	2	2	4	3	1	1	0	4	3	4	2	1	1	1
214	214	1	3	2	2	4	2	0	1	0	1	1	3	1	1	1	1
215	215	1	2	1	1	0	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	1
216	216	1	3	2	2	1	3	1	1	0	1	1	2	2	3	1	2
217	217	1	3	2	2	4	3	1	1	0	2	2	1	2	2	1	3
218	218	1	3	2	2	3	2	0	1	0	1	1	1	2	3	1	3
219	219	1	2	2	2	2	3	1	2	2	1	1	1	2	3	1	2
220	220	1	3	2	2	3	2	0	1	0	1	1	3	2	1	2	1
221	221	1	2	2	1	0	1	0	2	2	1	1	1	2	1	1	2
222	222	1	3	2	2	2	2	0	2	4	1	1	2	2	2	1	2
223	223	1	3	2	2	5	3	1	2	5	4	3	4	1	2	1	2
224	224	1	3	2	2	2	2	0	1	0	2	2	3	2	1	1	1
225	225	1	3	2	2	2	3	1	2	4	1	1	1	2	1	1	2
226	226	1	3	2	2	5	3	1	1	0	3	3	3	1	1	2	2
227	227	1	3	2	2	5	3	1	1	0	1	1	1	2	1	2	1
228	228	1	3	2	2	3	2	0	1	0	2	1	1	2	1	1	3
229	229	1	3	1	2	4	3	1	2	4	2	2	2	2	2	1	3
230	230	1	2	2	2	4	2	0	2	3	1	1	1	2	1	1	3
231	231	1	2	1	2	2	4	1	1	0	1	1	2	1	3	1	2
232	232	1	3	2	2	2	3	1	2	3	1	1	2	2	1	1	3
233	233	1	3	2	2	1	2	0	2	2	1	1	2	2	3	1	3
234	234	1	3	2	2	4	4	1	1	0	2	2	2	2	2	1	2
235	235	1	3	2	2	2	2	0	1	0	1	1	1	1	1	1	3
236	236	1	3	2	2	5	3	1	2	2	1	1	1	2	1	1	3
237	237	1	3	2	2	4	2	0	1	0	1	1	1	1	1	1	2
238	238	1	3	2	2	5	2	0	1	0	3	3	3	1	1	1	4

239	239	1	3	2	2	5	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1
240	240	2	2	1	2	1	2	0	2	1	2	1	1	2	3	1	5
241	241	1	2	3	1	0	3	1	1	0	3	3	5	1	1	1	1
242	242	1	3	2	2	5	3	1	1	0	1	1	1	2	2	1	3
243	243	1	3	2	2	2	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	2
244	244	1	3	2	1	0	3	1	1	0	2	2	1	2	1	2	1
245	245	1	2	1	2	4	2	0	1	0	3	2	2	2	2	2	3
246	246	1	2	2	2	1	2	0	1	0	1	1	2	2	2	1	3
247	247	1	4	2	2	2	3	1	2	5	4	4	5	1	1	2	1
248	248	1	3	2	2	1	2	0	1	0	1	1	2	2	1	1	2
249	249	1	3	2	2	1	2	0	1	0	2	2	3	2	2	1	2
250	250	1	3	2	1	0	4	1	1	0	1	1	1	2	1	2	1
251	251	1	3	2	2	4	3	1	1	0	2	2	4	1	3	1	3
252	252	1	2	2	2	5	2	0	1	0	2	2	1	2	3	1	4
253	253	1	3	2	2	2	3	1	2	5	2	2	1	2	1	2	5
254	254	1	2	2	2	3	2	0	2	4	1	1	1	2	1	2	2
255	255	1	2	2	2	4	2	0	2	5	1	1	1	2	3	1	5
256	256	1	3	2	2	2	2	0	1	0	1	3	2	2	1	1	2
257	257	1	3	2	2	5	3	1	1	0	2	2	1	2	1	1	2
258	258	1	2	2	2	2	2	0	1	0	1	1	1	2	1	2	3
259	259	1	3	2	2	1	3	1	1	0	2	2	1	2	2	1	2
260	260	1	3	2	2	2	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	1
261	261	1	2	2	2	5	2	0	1	0	1	1	1	2	1	2	3
262	262	1	3	2	2	4	2	0	2	4	1	1	1	2	1	1	1
263	263	1	2	2	2	2	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	2
264	264	1	3	2	2	3	2	0	1	0	2	2	1	2	1	1	3
265	265	1	3	2	2	2	2	0	1	0	4	3	3	1	2	1	1
266	266	1	2	3	1	0	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	1
267	267	1	3	2	2	1	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	3
268	268	1	3	2	2	2	2	0	1	0	2	1	1	1	1	1	2
269	269	1	3	2	2	2	2	0	2	5	1	1	1	2	2	1	3
270	270	1	3	2	2	5	2	0	1	0	1	1	2	2	1	1	2
271	271	1	3	2	2	2	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	3
272	272	1	3	2	2	2	2	0	1	0	2	2	3	2	2	1	3
273	273	1	3	2	2	1	2	0	1	0	3	3	3	1	1	1	2
274	274	1	3	2	2	1	3	1	2	5	2	3	4	1	1	1	2
275	275	1	3	2	2	4	2	0	1	0	1	1	1	2	3	1	2
276	276	1	3	2	2	1	2	0	2	5	2	2	1	2	2	1	3
277	277	1	3	1	1	0	4	1	1	0	2	2	1	2	2	1	2
278	278	1	3	2	2	4	3	1	1	0	2	2	1	2	2	1	2
279	279	1	1	0	1	0	2	0	1	0	1	1	1	2	1	2	3
280	280	1	3	2	2	2	4	1	2	3	1	1	1	2	1	1	2
281	281	1	3	2	2	2	2	0	1	0	2	2	1	1	3	1	3
282	282	1	3	2	2	2	2	0	1	0	1	1	1	2	1	2	2
283	283	1	3	2	2	2	2	0	1	0	2	2	1	2	2	1	2
284	284	1	2	1	1	0	2	0	1	0	2	2	2	2	1	1	3
285	285	1	3	2	2	3	2	0	1	0	2	2	1	2	2	1	3
286	286	1	3	2	2	2	3	1	2	5	1	1	1	2	1	2	5
287	287	1	3	2	2	4	2	0	2	4	2	2	2	2	3	1	5
288	288	1	3	2	2	4	3	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2
289	289	1	3	2	2	3	2	0	1	0	1	1	1	2	3	1	2
290	290	1	3	2	2	2	2	0	2	3	1	1	1	2	3	1	2
291	291	1	3	2	2	2	2	0	1	0	1	1	1	2	3	1	2
292	292	1	2	2	2	2	2	0	1	0	2	1	1	1	1	1	2
293	293	1	3	2	2	2	3	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2
294	294	1	3	2	2	5	2	0	1	0	1	1	1	2	2	1	1
295	295	1	2	1	1	0	4	1	2	2	2	1	1	2	2	1	3
296	296	1	2	1	2	4	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	2
297	297	1	3	2	2	2	2	0	2	3	3	3	4	1	1	1	4
298	298	1	3	1	1	0	2	0	1	0	4	3	4	1	1	1	1

299	299	1	3	1	1	0	2	0	1	0	4	3	4	1	1	1	1
300	300	1	3	2	2	3	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	4
301	301	1	3	2	2	2	2	0	2	5	2	2	1	2	3	1	5
302	302	1	2	2	2	5	2	0	1	0	5	4	3	1	1	1	1
303	303	1	3	2	2	3	2	0	2	4	1	1	1	2	1	1	2
304	304	1	2	2	2	2	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	5
305	305	1	3	2	2	1	4	1	2	1	4	3	4	1	2	2	5
306	306	1	3	2	2	2	2	0	2	4	1	1	1	2	1	1	3
307	307	1	2	2	2	2	2	0	2	4	1	1	1	2	1	1	4
308	308	1	2	3	2	2	3	1	2	4	1	1	1	2	1	1	2
309	309	1	2	2	2	2	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	2
310	310	1	3	3	2	4	2	0	1	0	2	2	3	2	2	1	3
311	311	2	2	2	1	0	4	1	1	0	1	1	1	2	2	1	2
312	312	1	2	2	2	5	4	1	2	2	2	2	1	1	1	1	4
313	313	1	3	2	2	1	3	1	2	5	1	1	1	2	1	1	2
314	314	1	3	2	2	2	2	0	1	0	1	1	1	1	2	1	3
315	315	1	3	2	2	2	4	1	2	3	1	1	1	2	1	1	3
316	316	1	3	2	2	4	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	3
317	317	1	2	2	2	2	2	0	2	4	1	1	1	2	1	1	3
318	318	1	2	2	2	2	2	0	2	5	1	1	1	2	1	1	3
319	319	1	3	2	2	1	3	1	1	0	1	1	1	1	1	2	1
320	320	1	2	2	2	2	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	3
321	321	1	2	2	2	2	2	0	1	0	1	1	1	2	1	1	2

cord#	QUEST	PERG33	PERG34	FREQ_DOM	PERG35	VISIT	PERG36	PERG37	PERG38	PERG39	PERG40	PERG41	PERG43	PERG44	PERG45	PERG46
1	1	1	1	0	2	2	4	5	5	1	4	3	167	2	1	3
2	2	2	2	3	2	1	2	5	0	0	1	1	17	2	1	2
3	3	1	1	0	2	2	1	5	0	0	1	1	7	1	1	1
4	4	1	1	0	2	1	2	5	0	0	1	2	6	1	1	1
5	5	1	2	2	2	2	1	3	1	1	14	1	2	2	1	1
6	6	1	1	0	1	0	5	5	0	0	1	1	1	2	1	1
7	7	1	1	0	2	2	1	5	0	0	1	1	7	1	1	1
8	8	1	1	0	2	2	2	5	0	0	5	2	7	1	3	1
9	9	1	1	0	2	2	3	5	0	0	6	0	0	0	2	3
10	10	1	1	0	2	2	3	5	0	0	6	0	0	0	2	2
11	11	1	2	1	2	1	1	5	0	0	1	3	156	2	1	1
12	12	1	1	0	2	2	1	5	0	0	1	1	8	1	1	1
13	13	1	1	0	1	0	2	2	2	1	1	3	23	1	2	2
14	14	1	1	0	2	2	1	5	1	1	4	1	7	2	1	1
15	15	1	1	0	1	0	2	5	5	1	1	1	1	1	1	2
16	16	1	1	0	2	1	2	5	0	0	2	1	1	1	1	1
17	17	2	1	0	2	1	2	5	0	0	1	2	17	2	1	3
18	18	1	1	0	1	0	1	5	4	1	1	1	17	1	1	3
19	19	1	1	0	2	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	2
20	20	2	1	0	1	0	1	1	2	1	2	3	8	1	1	1
21	21	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	5	134	1	1	3
22	22	1	1	0	2	2	1	1	4	1	1	4	46	2	1	1
23	23	1	1	0	2	2	1	2	1	1	4	1	1	1	3	3
24	24	1	1	0	2	2	2	5	1	1	5	2	17	1	1	1
25	25	1	1	0	1	0	5	5	0	0	6	0	0	0	1	1
26	26	1	2	3	2	2	2	5	0	0	1	2	16	1	1	2
27	27	1	1	0	2	2	2	5	0	0	5	1	17	1	1	1
28	28	1	1	0	1	0	5	1	2	1	1	2	8	2	1	2
29	29	1	2	3	2	1	2	1	2	3	1	1	8	2	2	3
30	30	1	1	0	1	0	2	5	0	0	1	4	17	2	1	1
31	31	1	1	0	2	1	2	5	0	0	1	1	6	1	1	1
32	32	2	2	2	2	1	2	5	0	0	12	2	8	1	1	1
33	33	1	1	0	2	2	4	2	2	1	24	3	16	1	1	1
34	34	1	1	0	2	2	2	2	1	2	12	2	167	1	1	1
35	35	1	2	2	1	0	0	1	2	1	14	2	167	1	1	1
36	36	1	1	0	1	0	0	5	0	0	14	3	356	1	1	3
37	37	1	1	0	1	0	5	5	0	0	4	3	167	2	1	2
38	38	1	2	3	2	1	1	5	0	0	12	2	126	2	1	1
39	39	1	1	0	2	2	2	2	3	1	12	3	126	1	1	3
40	40	1	1	0	1	0	0	1	2	1	14	2	16	1	1	2
41	41	2	2	2	2	1	2	1	3	1	14	3	136	1	1	1
42	42	1	1	0	1	0	5	5	0	0	1	1	18	2	1	1
43	43	1	1	0	2	1	2	5	0	0	1	2	7	2	1	1
44	44	1	1	0	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1
45	45	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1
46	46	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	17	1	1	1
47	47	1	1	0	1	0	5	5	0	0	1	2	126	2	1	2
48	48	1	1	0	2	2	5	4	2	1	1	4	17	2	2	3
49	49	1	1	0	1	0	5	5	0	0	1	1	6	2	1	2
50	50	1	1	0	1	0	5	1	3	1	1	2	26	2	1	2
51	51	1	1	0	2	1	2	5	0	0	1	1	126	2	1	2
52	52	1	1	0	1	0	5	5	0	0	6	0	0	0	2	2
53	53	5	2	1	2	1	1	2	3	1	1	1	8	2	1	3
54	54	1	1	0	1	0	5	5	0	0	1	3	17	2	1	1
55	55	1	1	0	1	0	5	5	0	0	1	1	1	2	1	3
56	56	1	1	0	1	0	1	2	4	1	1	1	8	1	1	1
57	57	1	1	0	2	2	3	5	0	0	1	2	2	1	1	2
58	58	5	2	1	2	1	2	4	4	1	1	2	6	2	1	1

59	59	1	2	3	2	2	1	5	2	1	1	2	1	1	1	2
60	60	4	2	2	2	1	1	4	4	1	1	1	8	1	1	1
61	61	1	1	0	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2
62	62	1	1	0	2	2	1	1	2	1	15	1	8	1	1	2
63	63	2	2	3	2	1	2	5	5	1	1	3	2	2	3	3
64	64	1	2	3	2	2	2	1	3	1	1	2	1	1	2	2
65	65	1	1	0	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2
66	66	1	1	0	2	2	2	5	2	1	1	1	1	1	1	1
67	67	1	1	0	1	0	2	2	1	1	1	2	7	1	1	2
68	68	5	2	1	2	1	3	5	0	0	1	2	1	2	2	2
69	69	5	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2	16	1	1	2
70	70	1	2	2	2	2	1	5	0	0	15	1	7	1	1	2
71	71	1	1	0	1	0	5	5	0	0	6	0	0	0	2	2
72	72	1	1	0	2	2	3	2	2	3	15	2	1	2	2	2
73	73	1	1	0	1	0	2	1	2	1	1	1	17	1	1	1
74	74	1	1	0	1	0	1	5	0	0	1	1	8	2	1	1
75	75	1	1	0	1	0	2	1	3	1	1	4	34	2	1	1
76	76	1	1	0	2	1	2	5	0	0	1	2	1	2	1	1
77	77	2	1	0	2	1	3	5	0	0	1	5	123	2	1	1
78	78	1	1	0	1	0	2	5	0	0	14	3	7	1	1	1
79	79	1	1	0	1	0	2	1	0	0	1	1	13	2	1	1
80	80	2	1	0	2	1	2	5	0	0	1	2	7	2	1	2
81	81	1	1	0	1	0	5	5	0	0	1	4	123	2	1	1
82	82	1	1	0	2	2	2	5	0	0	1	2	1	1	2	2
83	83	1	1	0	1	0	2	5	0	0	1	2	1	1	1	2
84	84	1	1	0	1	0	3	5	0	0	1	2	1	1	1	2
85	85	1	1	0	1	0	0	5	0	0	1	4	8	2	1	1
86	86	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	2	1	2	3	1
87	87	1	1	0	2	2	1	5	0	0	5	1	8	2	1	1
88	88	1	1	0	2	2	2	1	1	1	1	2	17	1	3	1
89	89	1	1	0	2	2	2	5	0	0	1	2	8	2	2	1
90	90	1	1	0	1	0	3	5	0	0	1	2	1	1	1	3
91	91	1	1	0	2	2	1	3	0	0	1	2	1	2	1	1
92	92	1	1	0	2	2	1	5	0	0	15	2	1	1	1	1
93	93	1	2	3	2	2	2	5	0	0	2	4	126	2	2	2
94	94	1	2	3	2	2	3	5	0	0	1	2	167	2	3	2
95	95	1	2	3	2	2	1	2	3	1	14	4	346	1	1	1
96	96	1	1	0	2	0	3	5	0	0	1	3	16	2	1	2
97	97	1	1	0	2	2	3	5	0	0	1	2	1	1	1	3
98	98	1	1	0	1	0	5	5	0	0	1	2	1	2	3	3
99	99	1	1	0	1	0	3	3	3	1	1	3	1	2	1	1
100	100	1	1	0	2	2	2	5	0	0	1	2	17	2	3	1
101	101	1	1	0	1	0	0	5	0	0	15	2	1	1	1	3
102	102	1	1	0	1	0	0	5	0	0	2	2	6	2	2	3
103	103	2	2	2	2	1	3	5	0	0	1	2	34	2	1	1
104	104	1	1	0	2	1	2	5	0	0	1	4	13	1	1	3
105	105	1	1	0	1	0	0	5	0	0	1	2	1	1	1	3
106	106	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	2	1	1	1	1
107	107	1	1	0	1	0	0	1	2	1	1	2	134	2	1	3
108	108	1	1	0	1	0	0	5	0	0	5	2	8	1	3	3
109	109	1	1	0	1	0	0	3	3	1	1	4	5	1	1	2
110	110	1	1	0	1	0	0	1	4	1	1	2	134	2	3	1
111	111	1	1	0	2	2	2	5	0	0	1	2	8	1	1	3
112	112	1	1	0	2	2	2	5	0	0	1	2	1	1	1	3
113	113	1	1	0	1	0	0	5	0	0	1	4	1	1	1	3
114	114	2	1	0	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2
115	115	1	1	0	1	0	2	5	0	0	2	2	8	2	1	3
116	116	1	1	0	2	2	2	1	5	1	2	3	1	1	1	3
117	117	1	1	0	2	2	2	5	0	0	14	3	17	1	1	1
118	118	1	1	0	2	2	2	5	0	0	1	2	7	1	1	3

119	119	1	1	0	1	0	2	5	0	0	1	2	8	1	1	3
120	120	2	1	0	2	1	2	5	0	0	5	2	8	2	1	3
121	121	1	2	2	2	2	1	2	3	1	1	3	47	1	2	3
122	122	1	1	0	1	0	2	5	0	0	4	2	1	2	1	3
123	123	1	1	0	1	0	2	5	2	3	14	3	27	2	3	2
124	124	1	1	0	1	0	3	5	0	0	1	2	7	1	1	3
125	125	1	1	0	2	2	2	2	2	1	1	2	16	1	1	3
126	126	1	1	0	2	2	2	5	0	0	1	2	167	1	1	1
127	127	1	1	0	2	1	2	5	0	0	1	1	13	2	1	3
128	128	2	2	3	2	1	3	2	3	1	1	2	1	2	3	1
129	129	1	1	0	2	2	3	5	4	3	1	3	58	1	1	3
130	130	1	1	0	1	0	2	1	1	3	1	2	8	1	1	2
131	131	1	1	0	1	0	0	5	0	0	2	1	1	1	1	3
132	132	1	1	0	2	2	1	2	3	1	2	2	8	1	1	1
133	133	2	2	3	1	0	0	5	0	0	1	3	4	2	1	3
134	195	1	1	0	1	0	2	5	0	0	1	2	8	1	1	3
135	135	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	2	8	2	1	2
136	136	1	1	0	1	0	0	5	0	0	1	3	17	1	1	3
137	137	1	1	0	1	0	1	5	0	0	1	2	2	1	3	3
138	138	1	1	0	2	2	1	1	2	1	1	4	8	2	1	3
139	139	1	1	0	1	0	0	1	1	1	2	2	8	2	1	3
140	140	1	1	0	1	0	1	5	5	1	2	1	8	2	1	1
141	141	1	1	0	1	0	1	1	2	1	1	3	134	2	1	2
142	142	1	1	0	1	0	0	5	0	0	1	3	8	1	2	2
143	143	1	1	0	2	1	1	5	0	0	2	2	1	2	2	1
144	144	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1	7	1	3	1
145	145	1	2	2	2	2	2	5	1	1	1	1	1	1	1	1
146	146	1	1	0	1	0	2	5	3	1	12	2	1	1	1	3
147	147	1	1	0	1	0	3	1	2	1	4	2	1	2	1	3
148	148	1	1	0	2	2	2	4	2	1	14	4	34	1	1	3
149	149	2	2	2	2	1	2	4	3	1	1	4	2	2	1	1
150	150	2	1	0	2	2	1	5	0	0	12	2	0	1	1	1
151	151	1	2	2	1	0	1	5	0	0	1	4	7	1	1	1
152	152	5	1	0	2	2	1	1	3	1	1	4	1	2	2	1
153	153	2	2	1	2	1	1	5	1	1	15	2	15	2	1	1
154	154	1	1	0	2	2	2	2	2	1	1	2	15	1	2	2
155	155	1	1	0	1	0	2	5	0	0	1	2	34	2	1	3
156	156	1	1	0	2	2	3	1	3	1	1	2	17	2	1	3
157	157	1	1	0	1	0	1	5	0	0	14	5	1	2	1	3
158	158	1	2	2	2	1	2	5	0	0	1	2	8	1	1	3
159	159	1	1	0	1	0	1	1	2	1	1	2	1	1	1	3
160	160	1	1	0	1	0	2	5	0	0	2	2	8	2	1	3
161	161	1	1	0	1	0	2	5	0	0	1	4	478	2	1	1
162	162	1	1	0	1	0	3	5	2	1	6	1	8	2	1	3
163	163	1	1	0	1	0	2	5	4	1	1	4	1	2	1	3
164	164	2	1	0	1	0	2	5	0	0	1	2	17	2	3	3
165	165	1	1	0	2	2	2	1	1	1	1	3	8	1	1	2
166	166	1	1	0	2	2	1	5	0	0	1	2	8	2	1	3
167	167	1	1	0	1	0	2	5	0	0	4	2	8	2	1	3
168	168	1	1	0	2	2	2	5	5	1	12	2	8	2	1	3
169	169	1	1	0	1	0	0	1	4	1	1	2	17	2	3	1
170	170	1	1	0	2	2	2	5	0	0	1	2	8	2	1	3
171	171	4	1	0	1	0	3	1	1	1	1	1	8	1	3	2
172	172	2	2	1	2	2	3	5	0	0	1	2	17	1	1	3
173	173	2	1	0	1	0	0	1	1	1	4	3	8	1	1	1
174	174	1	1	0	1	0	2	5	0	0	1	2	1	2	1	1
175	175	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	2	1	1	3	2
176	176	2	1	0	1	0	0	1	1	2	2	1	8	1	1	3
177	177	1	1	0	2	1	2	5	0	0	1	2	7	1	2	2
178	178	1	2	2	2	2	2	5	0	0	1	4	17	1	1	3

179	179 2	2	2	2	1	2	4	2	1	1	2	17	1	1	3
180	180 1	1	0	2	2	2	5	0	0	1	4	1	2	1	3
181	181 1	2	3	2	1	2	1	2	1	1	4	7	2	1	3
182	182 1	1	0	1	0	2	5	0	0	2	1	8	2	3	3
183	183 1	1	0	1	0	2	5	0	0	1	2	134	2	1	3
184	184 1	2	2	2	1	2	5	0	0	1	1	8	2	3	3
185	185 1	1	0	2	2	2	5	4	1	1	4	238	1	3	3
186	186 2	2	2	2	1	3	5	0	0	14	4	167	1	1	2
187	187 1	1	0	1	0	2	2	2	1	14	2	8	1	1	3
188	188 1	1	0	2	2	3	5	1	1	1	1	8	1	1	2
189	189 1	1	0	1	0	2	1	1	1	1	3	348	1	1	3
190	190 1	1	0	2	1	1	5	5	1	12	3	6	2	1	3
191	191 2	1	0	2	1	3	5	2	1	5	1	7	1	1	3
192	192 1	1	0	2	2	1	1	1	1	14	3	1	1	1	3
193	193 3	2	1	2	1	2	1	2	1	12	2	15	1	1	1
194	194 2	1	0	2	1	1	1	4	1	1	1	8	1	1	1
195	195 1	1	0	2	1	2	1	2	1	2	2	12	2	3	1
196	196 2	2	3	2	1	3	5	0	0	2	5	8	2	1	1
197	197 1	1	0	1	0	5	5	0	0	12	4	2	1	3	1
198	198 1	1	0	2	2	2	5	0	0	1	2	16	1	3	3
199	199 1	2	2	1	0	2	5	0	0	2	2	27	2	3	1
200	200 1	1	0	2	1	2	5	0	0	1	2	16	2	1	3
201	201 1	1	0	1	0	5	5	0	0	14	2	16	1	3	3
202	202 1	1	0	1	0	5	1	2	2	2	2	46	1	2	2
203	203 1	1	0	1	0	1	1	2	2	12	2	16	1	1	1
204	204 1	1	0	1	0	5	5	0	0	1	2	1	2	1	3
205	205 1	1	0	1	0	5	2	2	1	14	3	6	1	1	3
206	206 1	1	0	2	2	2	1	2	1	124	4	126	1	1	3
207	207 1	1	0	1	0	5	5	0	0	2	3	0	2	1	3
208	208 1	1	0	2	1	3	5	0	0	14	1	16	1	1	3
209	209 1	1	0	1	0	5	5	0	0	5	2	0	1	3	3
210	210 1	1	0	2	2	2	5	0	0	14	2	6	1	3	3
211	211 1	1	0	1	0	5	5	0	0	124	2	56	1	1	3
212	212 1	1	0	1	0	5	5	0	0	1	2	16	2	1	3
213	213 2	2	2	2	1	1	2	1	1	14	1	6	1	3	3
214	214 1	1	0	1	0	5	1	2	1	4	2	17	2	1	2
215	215 1	1	0	1	0	5	5	0	0	14	3	8	2	1	3
216	216 1	1	0	1	0	5	1	1	2	12	2	1	1	1	3
217	217 2	2	3	1	0	3	5	0	0	14	2	16	1	3	3
218	218 1	1	0	2	1	5	5	0	0	124	1	26	1	1	1
219	219 1	1	0	1	0	5	5	0	0	124	3	16	2	1	1
220	220 1	1	0	1	0	5	5	0	0	5	1	0	1	1	3
221	221 1	1	0	1	0	5	5	0	0	15	1	6	1	3	3
222	222 1	1	0	1	0	5	5	0	0	1	2	167	1	1	3
223	223 1	1	0	2	1	3	5	0	0	2	1	0	2	3	3
224	224 1	1	0	1	0	5	2	2	1	2	2	6	1	1	3
225	225 1	1	0	1	0	5	5	0	0	2	4	146	1	1	3
226	226 1	1	0	2	1	1	5	0	0	45	1	0	2	1	3
227	227 1	1	0	1	0	5	5	0	0	245	2	16	2	3	1
228	228 1	1	0	2	2	2	1	1	1	1	2	16	1	3	2
229	229 1	2	2	1	0	5	4	1	1	14	3	16	1	1	1
230	230 1	1	0	2	2	2	2	2	1	14	2	126	1	3	3
231	231 1	1	0	1	0	5	5	0	0	14	4	16	1	1	2
232	232 1	1	0	2	2	2	5	0	0	14	4	1567	1	1	1
233	233 1	1	0	1	0	5	1	2	2	124	2	6	1	1	1
234	234 1	1	0	2	1	2	2	2	1	12	2	156	2	1	1
235	235 1	2	2	1	1	2	5	0	0	12	2	2	1	3	3
236	236 1	1	0	2	1	2	5	0	0	124	2	6	2	1	3
237	237 1	2	2	2	2	2	5	0	0	2	5	1256	1	3	3
238	238 1	2	2	2	1	2	1	4	1	124	3	56	2	1	1

239	239	1	1	0	1	0	5	5	0	0	45	2	6	1	3	2
240	240	1	1	0	2	1	2	5	0	0	14	2	34	1	3	3
241	241	2	2	3	1	0	5	5	0	0	1	3	67	2	1	3
242	242	1	1	0	1	0	5	1	3	1	1	2	0	1	1	1
243	243	1	1	0	1	0	5	5	0	0	1	2	6	2	3	3
244	244	1	1	0	1	0	5	5	0	0	2	2	0	2	3	1
245	245	2	2	2	2	1	2	4	4	2	5	1	67	2	1	3
246	246	1	1	0	2	1	1	5	0	0	15	5	16	1	1	3
247	247	5	2	1	2	1	1	5	0	0	2	1	0	1	1	2
248	248	1	1	0	2	2	2	5	0	0	1	2	16	2	2	3
249	249	1	2	3	2	2	3	1	2	1	1	2	16	1	2	3
250	250	1	1	0	2	2	2	5	0	0	4	0	6	2	1	3
251	251	2	2	3	2	1	2	1	2	1	1	1	16	1	2	1
252	252	1	1	0	2	2	2	1	4	1	14	4	126	1	3	3
253	253	1	1	0	2	1	5	2	1	2	45	1	7	1	1	1
254	254	1	1	0	1	0	5	1	3	1	5	1	1	1	1	3
255	255	1	1	0	2	1	3	5	0	0	1	1	16	2	1	1
256	256	1	1	0	1	0	5	5	0	0	1	2	6	1	1	3
257	257	2	1	0	1	0	5	1	1	1	124	3	16	2	3	3
258	258	1	1	0	1	0	5	5	0	0	5	2	1	1	3	2
259	259	1	1	0	2	1	2	5	0	0	14	1	126	2	1	3
260	260	1	1	0	2	2	5	3	2	2	5	1	0	1	1	3
261	261	1	1	0	1	0	5	5	0	0	245	2	0	2	3	1
262	262	1	1	0	1	0	3	1	4	1	5	2	1	2	1	1
263	263	1	1	0	1	0	5	5	0	0	14	2	1	1	1	3
264	264	1	1	0	1	0	5	5	0	0	1	2	6	1	2	3
265	265	2	2	2	2	1	3	1	3	1	15	2	167	1	3	2
266	266	1	1	0	1	0	5	5	0	0	1	0	16	2	3	3
267	267	1	1	0	1	0	5	5	0	0	15	2	7	1	1	3
268	268	1	1	0	2	2	5	5	0	0	14	2	136	2	1	3
269	269	1	2	3	2	2	5	2	4	1	14	2	1267	1	1	2
270	270	1	1	0	1	0	5	5	0	0	12	2	1	2	3	3
271	271	1	1	0	1	0	5	1	2	1	14	2	167	1	1	3
272	272	2	1	0	1	0	5	5	0	0	1	2	6	1	3	1
273	273	1	1	0	2	2	2	1	2	1	1	2	67	2	1	3
274	274	3	2	2	1	0	5	5	0	0	1	2	6	2	1	3
275	275	1	1	0	1	0	5	5	0	0	14	2	1256	2	1	3
276	276	1	1	0	2	2	2	1	3	1	14	2	16	1	1	3
277	277	1	1	0	2	2	3	3	2	1	1	2	16	1	2	2
278	278	1	1	0	2	2	5	5	0	0	1	2	16	2	3	3
279	279	1	1	0	1	0	5	1	3	2	4	1	6	2	3	3
280	280	1	1	0	1	0	5	5	0	0	1	2	136	2	2	3
281	281	1	1	0	2	2	2	3	2	2	1	2	16	1	2	3
282	282	1	1	0	2	2	1	3	1	1	2	2	0	1	1	3
283	283	1	1	0	1	0	5	5	0	0	2	2	1356	2	3	3
284	284	1	1	0	2	2	3	5	0	0	14	2	6	1	1	1
285	285	1	1	0	1	0	5	5	0	0	1	2	6	1	2	3
286	286	2	1	0	2	1	5	2	1	2	5	2	67	1	3	2
287	287	1	1	0	2	1	2	5	0	0	124	3	1267	1	1	2
288	288	1	1	0	2	1	1	1	2	1	1	2	6	1	3	1
289	289	1	2	2	1	0	5	5	0	0	25	2	16	1	1	2
290	290	1	1	0	2	2	3	1	3	1	125	2	16	1	1	3
291	291	1	1	0	1	0	5	5	0	0	14	4	1347	2	1	3
292	292	2	1	0	1	0	5	5	0	0	124	2	6	2	1	3
293	293	1	1	0	1	0	5	5	0	0	1	3	126	2	3	1
294	294	1	1	0	2	1	2	5	0	0	124	1	6	2	1	3
295	295	1	1	0	1	0	5	5	0	0	1	2	1	1	3	2
296	296	1	1	0	1	0	5	5	0	0	1	1	1	2	2	3
297	297	2	2	3	2	1	2	3	2	1	1	2	1	1	1	3
298	298	1	1	0	2	2	2	5	0	0	6	0	0	2	2	2

299	299	3	2	2	2	1	2	1	3	1	1	2	6	1	3	2
300	300	1	1	0	1	0	5	5	0	0	12	2	16	2	1	1
301	301	2	1	0	2	1	4	5	0	0	124	2	2	1	3	3
302	302	2	2	2	2	1	2	2	3	1	1	2	1	2	1	3
303	303	1	1	0	1	0	5	5	0	0	14	1	1	2	3	1
304	304	1	1	0	1	0	2	5	0	0	1	4	56	1	1	3
305	305	3	2	2	2	1	2	4	3	1	2	2	1567	2	1	1
306	306	1	1	0	1	0	5	5	0	0	14	2	146	1	1	1
307	307	1	1	0	1	0	5	5	0	0	1	2	16	1	1	2
308	308	1	1	0	1	0	5	5	0	0	2	2	126	2	1	3
309	309	1	1	0	1	0	5	5	0	0	15	2	6	1	1	1
310	310	1	2	3	2	2	2	1	3	1	14	2	1267	1	1	2
311	311	1	1	0	1	0	5	5	0	0	124	2	6	2	2	1
312	312	1	1	0	1	0	5	1	4	1	12	2	67	1	1	3
313	313	1	1	0	1	0	5	5	0	0	1	3	1346	2	1	1
314	314	1	2	3	1	0	5	5	0	0	14	3	16	1	1	1
315	315	1	1	0	1	0	5	5	0	0	14	4	1236	2	1	2
316	316	1	1	0	2	1	2	5	0	0	25	4	126	1	3	3
317	317	1	1	0	1	0	5	5	0	0	15	2	6	1	3	3
318	318	1	1	0	1	0	5	5	0	0	5	2	0	1	1	1
319	319	1	2	3	2	1	2	5	0	0	2	2	6	2	1	1
320	320	1	1	0	1	0	5	5	0	0	1	3	16	1	1	2
321	321	2	1	0	2	1	2	1	2	2	2	2	16	1	1	1

ord#	PERG47	PERG48	PERG49	MEIOS	PERG50	PERG51	PERG52	PERG53	PERG54	PERG55	PERG56	COMUM	PERG57	PERG58	PERG59
1	1	2	4	678	1	2	3	0	3	1	1	1	5	13	2
2	1	3	12345	67	1	2	2	1	4	1	2	2	5	4	3
3	1	4	1345	68	1	2	2	3	4	1	2	1	5	13	1
4	1	3	0	0	1	2	2	1	3	1	4	2	3	4	2
5	1	4	12345	6	1	2	2	1	3	1	4	2	5	4	2
6	1	3	12345	67	2	3	2	5	3	2	4	2	4	4	2
7	1	4	0	0	2	6	1	0	2	2	4	2	4	4	2
8	2	3	14	6	2	2	1	0	1	2	4	2	4	4	2
9	1	2	0	0	2	3	2	3	4	1	3	2	5	13	2
10	2	2	0	0	2	6	2	4	3	2	4	1	5	4	3
11	1	2	125	7	2	4	2	5	2	2	4	2	4	4	2
12	1	1	1235	6	2	6	2	5	3	2	4	2	5	4	3
13	1	3	0	0	2	4	2	5	4	2	4	2	5	4	2
14	1	1	12345	56	2	3	2	5	2	2	4	2	5	4	3
15	1	4	12345	67	1	2	2	3	4	1	2	1	5	13	2
16	3	4	25	2	2	3	1	0	2	2	4	2	5	4	3
17	1	2	0	0	1	2	1	0	4	1	1	0	5	4	1
18	1	4	15	6	2	1	1	0	2	2	4	2	4	4	3
19	3	1	12345	6	1	3	2	3	1	2	4	2	5	4	2
20	1	4	12345	6	2	3	2	5	2	2	4	2	4	4	1
21	1	1	12345	139	2	4	2	2	1	2	4	2	4	4	2
22	3	2	12345	6	1	2	2	2	3	1	1	0	5	4	2
23	1	2	12345	8	2	3	1	4	2	1	2	2	4	4	2
24	1	1	25	6	2	3	2	5	1	2	4	2	4	4	3
25	2	2	4	23	2	2	2	3	3	2	4	2	4	4	2
26	1	1	124	13	2	3	1	0	2	2	4	2	5	4	2
27	1	3	12345	136	2	3	2	5	1	2	4	2	4	4	3
28	2	2	12345	6	2	3	1	0	2	2	4	2	4	4	2
29	1	4	14	67	1	2	2	5	3	2	4	2	4	4	2
30	1	4	12345	678	2	3	2	4	3	1	4	2	5	4	2
31	1	1	12345	6	1	2	1	0	3	2	4	2	5	4	1
32	1	3	12345	67	2	4	2	4	3	1	2	2	5	4	2
33	3	2	135	367	2	3	2	5	3	2	4	1	4	4	2
34	3	3	125	356	2	3	2	5	3	2	4	1	24	4	3
35	3	4	145	356	1	2	2	4	3	2	4	1	2	4	3
36	1	3	145	356	2	3	2	5	3	2	4	1	4	4	3
37	1	2	12	356	2	3	2	3	3	2	4	1	4	4	3
38	3	4	145	356	2	3	1	0	3	2	4	2	4	4	3
39	1	3	125	356	2	4	2	7	3	2	4	1	4	4	2
40	2	3	145	36	2	3	1	0	3	2	4	1	4	4	3
41	1	2	12345	367	1	1	2	1	2	2	4	1	4	4	3
42	1	4	45	6	2	3	1	0	2	2	4	2	5	13	2
43	1	1	12345	6	1	2	1	0	2	2	4	2	5	13	1
44	1	1	12345	6	1	2	1	0	2	2	4	2	5	4	3
45	1	1	12345	6	1	2	1	0	2	1	4	2	5	4	2
46	1	4	12345	6	2	4	2	4	3	1	4	1	5	4	2
47	2	3	0	0	2	4	2	5	3	2	4	2	5	4	3
48	1	4	15	6	2	6	2	1	4	1	4	2	5	4	2
49	2	4	0	0	1	2	2	1	4	1	1	0	5	13	2
50	2	3	1234	267	2	3	2	5	2	2	4	2	4	4	3
51	2	4	0	0	1	2	1	0	2	2	4	2	5	4	2
52	2	3	0	0	2	6	2	1	3	2	4	2	5	13	2
53	1	2	0	0	2	6	2	5	3	2	4	2	5	4	2
54	1	4	12345	7	1	2	2	5	3	2	4	2	5	4	1
55	1	4	0	0	1	2	2	1	2	1	2	2	5	13	2
56	1	4	12345	6	2	4	2	2	3	2	2	1	5	13	2
57	1	4	12345	346	2	2	1	0	1	2	4	2	5	4	2
58	1	2	0	0	1	2	2	3	4	1	4	2	4	4	3

59	2	4	145	6	1	2	1	0	1	2	4	2	5	4	3
60	3	1	12345	9	1	2	2	5	2	2	4	2	5	4	2
61	2	2	1234	236	1	2	1	0	1	2	4	2	5	4	2
62	2	4	1245	367	1	2	1	0	1	2	4	2	5	4	2
63	2	2	14	36	1	2	2	5	2	2	4	2	5	4	2
64	2	3	4	3	2	3	2	5	1	2	4	2	5	4	2
65	2	4	14	36	3	1	1	0	1	2	4	2	5	4	2
66	1	4	12345	136	3	1	1	0	1	2	4	2	5	4	2
67	2	3	12345	367	2	3	2	5	2	2	4	2	4	4	3
68	2	2	4	3	2	5	2	2	3	2	2	2	5	13	2
69	2	2	14	6	2	4	2	3	2	2	4	2	5	4	2
70	2	4	1	6	2	5	2	5	2	2	4	2	5	4	1
71	2	4	0	0	2	6	2	1	3	2	4	2	5	13	2
72	2	2	15	36	2	6	2	5	2	2	4	2	5	4	2
73	1	1	12345	67	2	6	2	3	3	1	4	2	5	4	2
74	1	3	12345	6	2	3	2	1	3	1	2	2	5	1	2
75	1	1	12345	67	2	3	2	4	3	1	2	1	5	4	2
76	1	2	12345	67	2	4	4	0	3	1	4	2	5	4	2
77	1	1	12345	6	2	3	2	3	3	1	4	2	5	4	2
78	1	1	12345	6	2	2	2	1	3	1	2	2	5	13	1
79	1	3	0	0	2	3	2	5	3	2	4	2	5	4	3
80	1	1	0	0	2	5	2	2	4	1	2	2	5	13	1
81	1	2	0	0	2	3	2	3	3	1	4	2	5	4	2
82	2	3	0	0	1	2	2	3	2	1	2	1	5	4	3
83	2	4	0	0	1	2	4	5	2	1	4	2	5	4	2
84	3	2	1	6	1	2	2	3	2	1	2	1	5	13	2
85	3	1	12345	123	2	3	2	5	2	2	2	2	4	4	3
86	3	2	1	36	1	2	2	3	3	1	4	2	5	4	2
87	3	4	15	6	3	1	1	0	1	2	4	2	4	4	2
88	3	1	12345	123	1	2	1	0	2	2	4	2	4	4	2
89	2	4	145	36	2	3	1	0	1	2	4	2	2	4	3
90	1	4	15	6	1	2	1	4	3	1	2	1	5	13	1
91	3	1	0	0	1	2	2	3	3	1	2	1	5	1	2
92	1	4	1345	36	3	1	2	7	1	2	4	2	4	4	3
93	2	4	45	36	2	4	2	5	2	2	4	2	5	4	2
94	2	2	4	3	2	2	2	5	3	2	4	2	5	4	2
95	2	4	145	36	2	4	2	5	1	2	4	2	5	4	2
96	2	4	4	3	2	2	2	5	2	2	4	2	5	4	2
97	1	4	0	0	1	2	1	0	3	2	4	2	4	4	3
98	1	1	14	3	2	2	1	0	2	2	4	2	5	4	3
99	3	2	0	0	1	2	2	3	3	1	1	1	5	5	6
100	3	1	0	0	1	2	1	0	2	2	4	2	4	4	2
101	1	4	12345	123	3	1	1	0	1	2	4	2	4	4	2
102	1	1	12345	235	1	3	1	0	1	2	3	2	24	4	3
103	3	1	12345	15	2	5	1	0	2	2	3	2	4	4	3
104	1	4	0	0	1	2	2	5	2	2	3	2	24	4	3
105	1	1	12	8	1	2	2	1	4	1	3	2	5	4	2
106	3	4	1	6	1	2	2	3	3	2	2	1	5	13	2
107	1	1	12345	234	1	2	1	0	2	2	4	2	4	4	3
108	1	1	12345	3	1	2	1	0	2	2	4	2	4	4	3
109	2	1	0	0	1	2	2	3	3	1	2	1	5	13	2
110	3	4	0	0	1	2	6	0	2	2	4	2	5	4	1
111	1	3	0	0	1	2	2	3	3	1	2	1	5	4	1
112	1	1	0	0	2	4	2	4	3	1	3	2	5	4	2
113	1	1	1	6	1	2	2	3	3	1	3	2	5	13	2
114	2	2	0	0	2	3	2	3	3	1	1	0	5	13	3
115	1	1	1235	3	2	3	2	5	2	2	4	2	5	13	2
116	1	4	4	3	2	3	1	0	2	2	4	2	5	4	2
117	3	4	0	0	1	2	2	3	3	1	2	1	5	13	2
118	1	3	145	36	1	2	2	2	3	1	2	2	5	4	2

119	1	2	1234	136	2	3	1	0	2	1	4	2	5	4	2
120	1	4	12345	367	2	4	2	6	2	2	3	2	5	4	2
121	1	2	12345	6	2	3	2	5	2	1	4	2	5	4	2
122	1	4	0	0	1	2	2	1	3	1	2	1	4	4	3
123	2	2	0	0	1	2	2	6	4	1	2	2	5	13	1
124	1	1	0	0	2	3	2	4	3	2	4	2	5	4	1
125	1	2	1	6	1	2	2	3	3	2	4	2	4	4	2
126	1	1	123	167	1	2	2	1	3	1	3	2	3	13	2
127	1	1	0	0	2	3	2	5	1	2	4	2	4	4	2
128	1	2	1	6	2	3	2	8	1	1	4	2	5	13	2
129	1	2	12345	67	2	3	2	4	1	1	4	2	5	13	2
130	3	1	12345	69	1	3	2	2	3	2	4	2	4	4	2
131	1	1	12345	236	2	1	2	5	1	2	3	2	4	4	2
132	3	1	1234	3	2	3	1	0	2	2	3	2	4	4	2
133	1	2	0	0	2	3	2	1	2	1	2	2	5	13	1
134	1	4	0	0	1	2	2	3	2	2	3	2	5	4	3
135	2	3	0	0	1	2	2	3	3	1	2	2	5	1	2
136	1	1	0	0	1	2	2	4	2	2	3	2	5	4	3
137	1	4	1234	3	1	2	1	0	2	2	3	2	4	4	2
138	1	1	1234	3	1	2	2	1	3	1	2	2	5	4	2
139	1	1	12345	256	2	3	2	5	2	2	4	2	4	4	2
140	3	4	0	0	1	2	1	0	2	2	3	2	2	4	2
141	1	2	0	0	2	4	2	5	3	2	3	2	5	4	2
142	2	3	0	0	1	2	2	4	3	2	4	2	5	4	3
143	1	2	12345	1	2	3	1	0	1	2	3	2	4	4	3
144	3	3	12345	3	2	4	2	5	2	2	4	2	4	4	2
145	3	4	5	3	2	4	2	5	2	2	4	2	5	4	2
146	1	2	4	3	2	3	2	5	2	2	4	1	5	4	2
147	1	1	4	36	2	3	1	3	2	2	4	2	4	4	2
148	1	3	14	3	2	3	2	2	2	2	4	1	5	13	2
149	3	4	135	13	1	2	2	5	2	2	4	2	24	4	3
150	3	1	12345	56	2	3	2	5	2	2	3	2	5	4	2
151	3	4	1	36	1	2	2	5	1	2	4	2	5	4	2
152	2	4	1	36	2	3	1	0	1	2	3	2	4	13	1
153	2	1	0	0	2	5	1	0	1	2	4	1	4	4	2
154	2	4	0	0	1	2	2	5	3	2	4	2	4	4	1
155	1	2	0	0	1	2	2	2	2	2	4	2	5	4	2
156	1	4	0	0	1	2	2	2	3	2	2	2	5	4	2
157	1	1	12345	135	1	2	1	0	2	2	4	2	5	4	3
158	1	4	12345	3	2	5	3	0	2	2	4	2	5	4	2
159	1	3	12345	36	2	3	2	4	1	2	4	2	5	4	2
160	1	4	12345	39	2	3	1	0	1	2	4	2	5	13	2
161	3	4	1234	368	2	4	2	5	1	2	4	2	4	4	2
162	1	3	0	0	1	2	2	4	2	1	4	2	5	13	1
163	1	1	0	0	1	2	2	5	2	2	3	2	5	4	2
164	1	1	0	0	2	3	2	4	1	2	3	2	5	13	1
165	2	2	14	36	1	2	2	2	3	1	2	1	5	5	1
166	1	2	4	3	2	4	2	5	1	2	4	2	5	4	1
167	1	4	124	3	1	2	2	3	2	1	4	2	5	4	2
168	1	1	12345	6	2	3	2	4	2	2	4	2	5	4	2
169	1	4	14	6	1	2	2	1	3	2	4	2	5	3	1
170	1	2	12345	3	1	2	4	0	3	1	2	1	4	3	2
171	2	3	1	6	1	2	1	0	3	2	4	2	4	4	2
172	1	4	1	6	1	2	2	2	3	3	2	1	5	1	1
173	3	4	0	0	2	3	2	2	3	1	2	1	5	4	2
174	3	4	0	0	1	2	2	4	3	2	2	1	5	13	2
175	2	2	0	0	1	2	2	2	3	3	2	1	5	13	1
176	1	1	12345	6	2	3	2	4	2	2	4	2	4	4	2
177	2	3	0	0	1	2	2	3	3	2	4	2	4	4	3
178	1	2	125	1	1	2	2	3	2	1	4	2	4	4	1

179	1	4	0	0	1	2	2	4	2	2	4	2	5	4	3
180	1	2	0	0	1	2	2	2	2	2	4	2	4	4	2
181	1	2	15	3	1	2	1	0	3	2	4	2	5	4	3
182	1	4	12345	236	1	2	1	0	1	2	4	2	4	4	2
183	1	2	12345	15	1	2	2	2	3	2	4	2	4	4	3
184	1	2	0	0	1	2	2	2	2	2	4	1	5	3	2
185	1	1	12345	3	2	3	1	0	1	2	4	2	5	4	3
186	2	2	0	0	2	3	4	8	3	2	4	2	5	4	2
187	1	3	145	36	2	4	2	3	4	1	1	0	5	4	2
188	2	4	0	0	1	2	2	4	2	1	2	1	5	13	1
189	1	1	0	0	2	3	2	4	2	1	4	1	5	13	2
190	1	4	0	0	2	4	1	0	1	2	4	2	5	4	3
191	1	1	12345	3	2	3	2	4	2	2	4	2	5	23	2
192	1	1	0	0	2	4	2	5	2	2	3	2	5	4	2
193	3	4	12345	3	1	2	2	3	2	2	2	2	5	4	2
194	3	1	12345		1	2	1	0	2	2	4	2	5	13	3
195	3	4	12345	12367	2	3	1	0	2	2	4	2	4	4	3
196	3	4	145	236	1	2	1	0	4	2	4	1	4	13	2
197	3	2	145	23	2	3	2	5	2	2	4	2	4	4	2
198	1	2	135	236	1	2	2	3	3	2	4	2	5	4	1
199	3	4	145	3	1	2	1	0	2	1	2	1	4	4	2
200	1	2	123	23	1	2	1	0	4	1	2	1	5	13	2
201	1	4	12345	36	1	2	2	4	3	2	4	2	4	4	2
202	2	1	12345	1236	2	3	1	0	2	2	4	2	4	4	2
203	3	4	145	236	2	3	1	0	1	2	4	2	4	4	1
204	1	1	1235	1236	1	2	2	5	3	1	4	2	2	4	3
205	1	2	145	36	1	2	1	0	2	2	4	2	4	4	2
206	1	2	1234	2	1	2	2	2	3	1	2	1	5	13	2
207	1	3	12345	1237	2	3	1	0	2	2	4	2	4	4	2
208	1	1	145	367	2	3	2	4	3	2	4	2	4	4	2
209	1	4	145	236	1	2	2	4	3	1	4	2	4	4	2
210	1	4	145	3	5	2	2	3	3	1	2	1	4	13	2
211	1	4	1245	1367	2	4	4	0	2	2	4	2	4	4	2
212	1	1	145	23	5	3	4	0	2	2	4	2	4	4	3
213	1	4	135	367	1	2	2	2	3	2	4	2	5	13	2
214	2	2	0	0	1	2	2	3	3	1	1	2	4	4	1
215	1	4	1345	3	1	2	2	3	2	1	4	2	4	13	2
216	1	4	145	237	1	2	2	1	3	2	4	2	4	13	2
217	1	4	12	37	2	3	2	3	3	1	2	2	5	13	2
218	3	1	1245	23	2	1	2	4	3	1	2	2	4	13	2
219	3	2	1245	23	1	2	2	2	2	1	2	2	4	4	2
220	1	4	12345	237	2	3	1	0	2	2	4	2	4	4	3
221	1	1	1245	1236	2	4	2	5	2	2	4	1	4	4	2
222	3	4	12345	367	1	2	1	0	3	2	4	2	5	4	3
223	1	2	1245	136	1	2	2	3	2	1	2	2	4	4	2
224	3	1	12345	7	1	2	2	4	3	2	4	2	4	4	2
225	3	4	135	367	2	3	1	0	2	2	4	2	4	4	3
226	1	1	12345	367	2	4	1	0	1	2	4	2	4	4	2
227	1	4	1	3	2	3	2	4	3	2	4	2	4	4	2
228	2	3	15	36	2	3	2	2	3	1	2	2	4	4	2
229	3	4	15	267	2	3	2	2	4	2	4	2	5	13	3
230	3	2	1235	236	2	3	2	4	3	2	4	2	4	4	3
231	2	2	14	36	1	2	2	3	4	3	1	1	4	13	2
232	3	4	12345	2367	1	2	2	3	3	2	4	2	4	4	2
233	3	4	1345	3	2	3	2	4	2	2	4	2	4	4	2
234	3	4	15	6	1	2	2	3	3	1	4	2	4	4	2
235	3	4	1234	236	2	3	2	5	3	2	4	2	4	4	2
236	1	2	1245	1236	1	2	1	0	3	2	4	2	5	4	3
237	3	3	12345	236	1	2	1	0	3	2	4	2	4	4	2
238	3	2	145	36	2	3	1	0	3	2	4	2	5	13	2

239	2	1	145	3	1	2	2	5	3	1	2	2	4	4	2
240	1	2	12345	23	2	5	2	5	2	2	4	2	4	4	3
241	1	2	45	3	1	2	6	0	4	2	4	2	4	4	2
242	3	4	1345	236	1	2	2	1	2	2	4	2	5	4	2
243	1	4	1	36	2	3	2	1	3	2	4	2	4	4	2
244	3	2	12345	12367	1	2	1	0	2	2	4	2	1	4	1
245	1	1	1345	2367	1	2	2	4	4	1	2	2	5	13	2
246	1	1	12345	123	2	3	2	4	2	2	4	2	24	4	3
247	2	4	12345	36	2	3	2	6	2	2	4	2	4	4	2
248	3	4	1	6	2	5	2	5	2	1	4	2	4	4	2
249	3	4	0	0	1	2	2	5	3	2	4	2	4	4	2
250	3	3	0	0	2	5	2	3	3	1	4	2	5	13	1
251	3	2	1245	367	1	2	1	0	2	2	4	2	4	4	2
252	1	2	245	3	2	5	2	5	2	1	2	2	4	4	2
253	3	4	12345	2367	2	4	2	4	2	2	4	2	4	4	3
254	1	2	12345	12356	1	2	1	5	2	2	4	2	4	4	2
255	3	2	145	39	1	2	1	0	2	2	4	2	5	4	3
256	3	4	13	6	2	3	1	0	2	2	4	2	34	4	2
257	1	1	145	3	1	2	2	4	2	2	4	2	4	13	2
258	2	4	13	6	2	3	2	5	2	2	4	2	4	4	2
259	1	1	145	1236	2	5	2	5	2	2	2	2	4	4	3
260	1	1	12345	34679	3	1	1	0	1	2	4	2	4	4	3
261	3	2	145	3	2	3	2	5	2	2	4	2	4	4	2
262	1	3	0	0	2	3	2	5	3	2	4	2	5	4	2
263	1	1	12345	23	2	3	2	4	3	2	2	2	4	13	3
264	3	3	0	0	2	4	2	5	2	1	4	2	5	4	2
265	2	4	13	36	2	3	2	5	2	2	4	2	4	4	2
266	3	3	134	3	2	5	2	5	3	1	2	2	4	13	2
267	1	1	12345	6	2	3	2	5	2	2	4	1	4	4	2
268	3	3	12345	1367	2	3	2	3	4	1	4	2	4	4	3
269	2	1	1235	36	1	2	2	4	3	1	2	2	5	13	1
270	1	4	145	1236	1	2	1	0	2	2	4	2	4	4	2
271	3	1	1235	36	1	2	1	0	3	2	4	2	5	4	3
272	3	1	13	3	1	2	2	3	3	2	4	2	4	4	2
273	3	2	123	36	1	2	2	2	4	1	2	2	5	13	2
274	1	1	145	236	1	2	4	0	2	1	2	2	4	4	1
275	1	2	12345	23	2	5	2	4	1	1	2	2	4	4	2
276	1	4	1234	367	1	2	6	0	4	3	2	2	5	13	3
277	2	4	13	6	2	3	1	0	3	2	4	2	5	4	1
278	1	1	145	6	2	5	2	5	3	2	4	2	4	4	2
279	1	1	1	6	2	4	2	5	3	2	4	2	4	4	2
280	1	3	1	6	2	5	2	4	3	2	4	2	4	4	3
281	3	3	1	6	2	3	1	0	3	1	4	2	4	4	3
282	2	4	0	0	2	3	1	0	2	2	4	2	3	4	2
283	3	4	0	0	2	3	1	0	2	2	4	2	4	4	2
284	3	1	4	36	2	6	2	2	2	2	4	2	5	4	3
285	2	3	0	0	2	3	2	2	3	1	3	2	4	4	2
286	2	4	12345	367	1	2	2	4	2	2	4	2	4	4	2
287	2	1	145	236	1	2	2	5	1	2	4	2	5	4	3
288	3	3	12345	12356	1	2	2	5	2	2	4	2	4	4	2
289	2	4	12345	37	2	3	1	0	2	2	4	2	4	4	2
290	3	1	12345	136	1	2	2	1	3	2	4	2	4	4	3
291	3	1	15	6	1	2	2	2	4	1	2	2	5	13	1
292	1	2	145	3	1	2	2	3	3	1	2	1	4	13	2
293	1	3	12345	367	1	2	1	0	3	2	4	2	5	4	2
294	1	1	145	23	1	2	2	3	2	2	4	2	4	4	2
295	2	1	12345	6	2	6	2	1	2	1	2	2	4	13	2
296	1	4	1	36	2	4	2	4	3	1	4	2	5	13	1
297	1	2	1	6	2	4	2	4	3	2	4	2	4	4	2
298	2	2	0	0	2	3	2	5	2	2	4	2	4	4	2

299	2	1	135	6	2	6	2	5	2	2	4	2	4	4	2
300	3	3	12345	12367	2	3	2	3	2	2	4	2	4	4	2
301	1	2	12345	236	1	2	2	5	3	2	2	2	4	4	2
302	1	4	1245	3	1	2	2	3	2	2	4	2	4	4	3
303	1	2	12345	12356	2	4	2	1	2	1	2	2	4	13	2
304	1	2	12345	2369	2	6	2	3	2	2	4	2	4	4	3
305	3	2	12345	136	2	4	2	5	1	2	2	2	4	4	2
306	3	1	12345	367	1	2	2	2	3	2	4	2	4	4	2
307	2	4	12345	367	2	3	2	4	3	2	4	2	4	4	2
308	1	1	125	1367	1	2	1	0	3	2	4	2	4	4	3
309	3	1	12345	5679	1	2	2	4	3	1	2	2	5	4	2
310	2	1	12345	67	1	2	2	3	4	3	2	1	5	13	1
311	3	1	145	1236	1	2	2	3	4	1	2	1	4	4	1
312	1	1	145	3	1	2	2	3	3	2	4	1	5	4	2
313	3	4	145	23	1	2	1	0	3	2	4	2	4	4	2
314	1	1	1235	67	1	2	2	2	3	2	4	2	4	4	2
315	2	1	12345	67	1	2	2	3	3	1	4	2	4	4	2
316	1	1	1245	23	1	2	1	0	4	1	2	1	4	4	2
317	3	4	15	567	1	2	2	4	3	2	4	2	4	4	2
318	3	1	12345	3567	1	2	2	4	3	2	4	2	4	4	2
319	3	4	15	6	1	2	2	3	3	1	2	2	5	13	2
320	2	4	15	56	2	3	2	4	2	2	4	2	5	13	3
321	3	1	135	3567	1	2	1	0	2	2	4	2	4	4	3

cord#	PERG60	PERG62	PERG63	PERG64	PERG65	PERG66	PERG67	PERG68	PERG69	PERG70	PERG71	PERG72	GOSTARIA	PERG73	PERG74	PERG75
1	3	2	4	3	3	2	4	1	6	3	5	1	1	1	0	1
2	2	2	4	1	2	4	1	23	23	1	3	4	2	1	0	3
3	2	8	4	3	3	2	3	16	123	2	3	7	2	1	0	3
4	2	2	4	8	4	2	3	13	13	2	3	1	2	1	0	2
5	1	2	4	4	3	9	3	23	23	2	4	7	2	1	0	1
6	1	4	4	7	4	23	4	12	123	2	4	4	2	1	0	3
7	1	5	4	4	3	2	2	1	123	1	3	7	2	1	0	2
8	1	2	4	5	3	2	4	17	17	1	2	5	7	1	0	3
9	4	4	4	1	1	1	4	3	23	3	4	7	7	1	0	3
10	3	5	4	8	6	24	2	123	123	2	4	4	2	1	0	2
11	2	3	4	8	5	4	2	23	23	2	4	4	2	1	0	1
12	1	4	4	3	1	4	2	23	23	1	5	0	0	0	0	1
13	2	4	4	3	2	4	4	9	23	4	3	7	2	1	0	1
14	1	2	4	7	3	2	1	123	123	1	1	1	7	1	0	2
15	2	4	4	1	2	1	2	23	23	2	3	7	7	1	0	2
16	1	8	4	8	4	2	1	13	123	1	2	7	7	1	0	2
17	5	2	4	3	2	7	5	5	5	6	5	0	0	0	0	1
18	2	4	4	5	3	2	1	124	12	1	4	4	4	1	0	3
19	1	2	4	3	4	3	1	23	23	1	1	0	0	0	0	2
20	1	2	4	8	3	2	5	1	1	6	5	7	2	1	0	2
21	2	2	1	8	3	2	1	24	123	1	4	1	3	1	0	3
22	1	2	4	4	3	2	5	6	237	5	2	5	6	1	0	2
23	1	2	4	8	5	23	1	123	123	1	4	0	0	0	0	1
24	1	12	4	7	3	2	1	126	1	1	1	1	1	1	0	3
25	3	2	4	8	1	4	2	236	236	1	2	0	0	1	0	2
26	1	28	1	8	3	2	3	1	1	1	4	7	3	1	0	3
27	1	4	4	7	3	2	1	125	1	1	1	1	1	1	0	2
28	2	2	1	3	3	2	4	1	12	1	3	45	3	1	0	2
29	2	4	4	8	5	4	3	23	23	2	4	0	0	0	0	2
30	1	4	4	8	6	4	2	23	23	2	3	0	0	0	0	3
31	1	4	4	6	3	2	3	17	123	2	2	7	2	2	1	1
32	2	4	4	8	6	4	2	23	23	2	3	0	0	0	0	1
33	3	2	4	8	3	2	3	1	12	1	2	1	2	1	0	1
34	3	2	4	3	3	2	2	1	12	2	3	13	12	234	2	3
35	3	2	4	7	3	23	2	12	12	1	3	14	2	1	0	1
36	3	2	4	8	3	23	2	12	12	1	3	1	2	1	0	1
37	3	12	4	3	2	1	1	467	47	2	2	4	4	34	2	3
38	2	28	1	8	4	24	4	12	1	2	4	1	1	1	0	3
39	2	2	2	3	3	5	2	2	2	1	3	4	4	1	0	2
40	3	28	1	7	3	2	2	12	12	1	3	1	2	1	0	1
41	3	2	4	4	2	1	2	2	2	2	1	7	7	1	0	3
42	2	4	4	2	1	1	4	6	6	5	4	3	3	1	0	2
43	2	2	4	8	3	2	3	1	1	2	4	7	2	4	1	2
44	1	2	4	6	3	2	2	1	12	2	3	1	2	1	0	2
45	1	4	4	8	3	2	2	14	14	2	4	2	2	1	0	2
46	2	4	4	4	3	2	3	1	1	2	4	7	1	1	0	1
47	2	2	4	4	4	347	2	24	24	2	3	0	0	0	0	1
48	1	2	4	5	4	29	4	6	6	2	3	0	0	0	0	1
49	4	3	4	1	1	1	5	9	9	6	5	7	7	1	0	1
50	2	8	4	8	3	2	1	23	3	1	2	4	3	1	0	1
51	1	34	4	5	1	3	1	234	23	1	1	0	0	0	0	2
52	2	1	4	5	3	2	3	1	1	2	5	1	1	1	0	2
53	3	4	2	6	3	24	3	123	123	2	4	0	0	0	0	1
54	2	7	4	5	5	23	2	12	12	1	4	4	7	1	0	3
55	2	3	4	2	2	1	3	236	23	2	4	7	2	1	0	1
56	2	23	4	4	1	1	3	23	23	2	3	7	2	1	0	1
57	2	2	4	8	5	24	1	1	12	2	3	1	3	1	0	3
58	4	4	4	8	5	4	2	23	23	3	4	0	0	0	0	2

ANEXO 4

59	2	2	4	5	3	2	4	167	123	1	3	1	7	1	0	3
60	3	2	1	8	3	7	4	7	7	3	1	0	0	0	0	3
61	2	2	4	7	4	29	1	13	123	1	2	0	0	0	0	3
62	1	4	2	8	6	24	1	123	123	1	2	0	0	0	0	3
63	3	8	4	4	3	2	3	1	126	2	4	1	3	1	0	3
64	3	2	4	4	3	2	3	1	123	2	3	1	7	1	0	3
65	2	2	4	7	4	27	2	14	123	1	3	0	0	0	0	3
66	1	8	4	7	3	2	2	14	23	1	2	1	7	1	0	3
67	2	2	4	8	3	2	1	123	123	1	2	4	2	1	0	2
68	4	4	4	2	3	2	2	1	1	1	5	7	5	1	0	1
69	3	23	2	0	1	4	1	2	2	1	3	0	0	0	0	3
70	2	2	4	3	1	14	1	123	123	1	2	0	0	0	0	1
71	2	2	4	5	3	2	3	1	1	1	5	7	1	1	0	3
72	2	4	4	3	1	4	1	2	23	1	3	0	0	0	0	3
73	5	4	4	5	3	23	3	123	123	1	3	0	0	0	0	3
74	2	4	4	3	2	1	2	23	23	2	4	4	2	1	0	2
75	2	2	4	8	6	23	3	123	123	2	3	0	0	0	0	1
76	3	2	4	0	6	4	3	23	23	2	3	0	0	0	0	2
77	2	2	4	6	4	29	3	13	123	2	1	0	0	0	0	2
78	3	3	4	1	1	1	5	9	9	6	5	7	6	1	0	1
79	4	2	4	4	3	2	2	123	123	2	4	7	2	1	0	1
80	3	3	4	1	3	9	4	3	3	2	2	0	0	0	0	1
81	5	2	4	8	4	23	3	12	9	2	5	0	0	0	0	2
82	3	2	4	7	3	2	3	12	12	2	4	7	7	1	0	2
83	2	2	4	3	1	3	2	23	23	1	5	0	0	0	0	1
84	4	2	4	6	3	2	3	2	2	2	4	1	1	1	0	1
85	3	2	4	8	3	2	1	1	1	2	3	7	7	1	0	2
86	2	2	4	8	3	2	2	1	1	2	3	7	7	1	0	2
87	1	23	4	8	5	4	1	23	23	1	1	0	0	0	0	3
88	3	2	1	8	3	2	2	12	12	1	2	1	1	1	0	2
89	1	8	4	8	3	24	1	12	12	1	3	4	4	1	0	3
90	2	2	4	3	3	6	4	9	9	3	5	0	0	0	0	1
91	4	2	4	6	3	2	3	12	12	2	4	1	1	1	0	1
92	2	8	2	8	4	23	1	12	123	1	1	0	0	0	0	2
93	3	2	4	5	3	2	1	1	1	1	4	1	7	1	0	3
94	4	3	2	7	5	4	1	23	23	2	2	0	0	0	0	3
95	3	2	3	3	3	2	3	1	1	1	3	1	3	1	0	2
96	3	2	4	4	6	24	2	1	1	2	3	0	0	0	0	2
97	2	2	4	4	1	1	3	79	17	2	3	7	7	1	0	3
98	2	2	4	5	3	2	4	1	123	2	4	1	1	1	0	1
99	5	2	4	4	1	1	4	6	6	3	5	7	7	1	0	3
100	2	2	1	8	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	0	2
101	1	34	4	8	1	1	2	4	9	1	3	3	3	24	3	2
102	2	2	1	7	3	23	2	124	124	2	2	1	7	1	0	2
103	2	2	4	7	3	2	3	1	12	2	4	1	1	1	0	2
104	1	2	4	7	6	29	2	13	134	2	1	0	0	0	0	3
105	4	2	4	6	3	2	4	169	169	3	4	7	7	1	0	2
106	2	23	4	4	1	1	2	23	23	2	3	7	7	1	0	1
107	2	1	4	8	3	2	2	1	1	1	2	7	7	1	0	3
108	2	2	4	8	3	2	4	17	1	2	4	7	7	1	0	2
109	3	2	4	7	3	2	3	1	12	2	4	7	7	1	0	3
110	3	3	4	5	1	1	4	6	6	2	5	7	7	1	0	2
111	3	2	4	7	3	2	2	17	12	1	2	7	7	1	0	2
112	4	2	4	6	3	2	3	1	1	2	3	1	1	1	0	2
113	3	2	4	3	1	1	3	2	2	2	4	7	7	1	0	2
114	3	8	4	6	3	2	4	15	1	2	5	7	7	1	0	2
115	2	3	4	4	1	1	1	23	23	2	4	7	7	1	0	2
116	2	3	4	4	0	0	0	0	0	2	3	4	7	1	0	3
117	3	2	4	8	3	2	3	1	12	2	4	7	7	1	0	3
118	4	3	4	3	1	1	3	2	2	2	5	7	7	1	0	3

119	3	2	4	8	3	2	2	23	23	2	3	7	7	1	0	1
120	1	2	4	5	2	3	4	67	267	4	4	0	0	0	0	2
121	2	2	4	6	1	1	2	2	2	2	4	7	2	1	0	1
122	5	2	4	3	1	4	4	4	24	3	5	4	4	1	0	1
123	3	2	4	3	3	2	4	12	3	4	5	7	7	1	0	1
124	2	2	4	3	3	2	2	14	9	1	3	7	4	1	0	3
125	2	4	4	5	3	2	2	125	1	2	3	1	12	1	0	2
126	3	4	4	3	1	1	4	267	127	2	4	7	14	1	0	2
127	4	4	4	4	1	4	1	23	23	2	2	2	6	3	1	3
128	2	4	4	4	3	6	2	4	4	2	5	0	0	0	0	1
129	1	3	4	4	1	1	4	26	2	3	4	3	2	35	4	1
130	3	4	4	3	3	2	2	123	123	1	4	7	7	1	0	3
131	3	2	4	8	3	2	1	123	123	1	1	1	1	1	0	2
132	3	1	4	8	2	3	3	2	2	2	4	7	7	3	3	1
133	1	2	4	6	3	2	3	12	12	2	3	1	7	1	0	1
134	1	2	4	3	2	1	4	9	9	2	4	7	7	1	0	1
135	3	2	4	7	3	24	2	1	1	2	3	0	0	1	0	1
136	2	2	4	5	3	2	2	23	23	1	3	3	26	3	3	3
137	3	2	4	8	3	2	3	1	129	1	4	3	3	7	2	2
138	3	2	4	8	3	2	1	19	1	1	1	1	1	1	0	3
139	5	2	4	4	3	2	1	24	24	1	1	3	3	1	0	2
140	3	28	4	5	3	2	1	1	1	1	1	1	3	1	0	1
141	4	2	4	3	3	2	3	29	2	3	1	4	4	1	0	3
142	4	2	4	8	3	7	3	4	4	2	5	0	0	1	0	1
143	1	2	4	6	2	7	1	47	47	1	2	0	0	0	0	3
144	3	4	4	5	3	2	1	12	12	1	2	1	2	1	0	1
145	3	4	4	6	3	23	4	12	12	1	4	0	0	0	0	1
146	2	2	4	3	3	2	2	1	12	2	4	7	7	1	0	3
147	2	2	4	3	3	2	4	1	12	3	4	7	7	1	0	3
148	3	2	4	5	3	2	3	12	12	2	4	1	1	1	0	1
149	1	2	4	8	6	27	2	13	13	2	1	0	0	0	0	2
150	4	3	4	8	4	23	2	12	12	3	2	0	0	0	0	2
151	3	8	4	6	3	2	4	1	12	1	5	7	2	1	0	2
152	3	2	4	8	3	2	1	17	1	2	4	14	6	1	0	2
153	1	1	4	8	3	2	1	4	23	1	1	1	7	1	0	2
154	2	4	4	8	4	23	1	12	12	3	2	0	0	0	0	2
155	4	2	4	8	3	2	2	12	12	2	3	1	7	1	0	1
156	2	18	4	4	2	6	2	4	4	2	4	7	6	1	0	1
157	5	2	4	5	3	2	1	123	123	1	3	1	2	1	0	2
158	2	2	4	3	1	1	2	49	234	2	3	7	4	1	0	3
159	3	2	4	8	3	2	2	12	12	2	2	7	7	1	0	1
160	3	8	4	2	3	6	2	4	4	2	4	0	0	1	0	1
161	4	6	4	8	3	2	3	4	14	2	4	7	7	1	0	3
162	1	23	4	5	3	2	1	123	123	1	1	7	7	1	0	2
163	5	4	4	3	3	4	1	2	2	1	3	0	0	0	0	2
164	1	2	4	3	3	7	3	45	47	2	4	0	0	0	0	1
165	4	2	4	8	3	2	2	124	12	2	4	7	3	1	0	3
166	3	2	4	4	3	2	2	2	12	2	5	7	7	1	0	1
167	2	2	4	8	3	2	2	127	2	2	4	7	3	1	0	3
168	2	2	4	8	3	2	1	123	123	1	3	1	1	1	0	1
169	4	2	4	8	3	2	3	1	1	2	5	1	7	1	0	1
170	2	2	4	5	3	2	2	17	17	2	1	14	14	1	0	2
171	2	2	4	4	3	3	2	23	23	1	5	0	0	0	0	1
172	4	3	4	3	2	1	4	6	6	6	5	5	5	1	0	1
173	3	3	4	1	1	1	2	2	2	2	5	7	7	1	0	3
174	3	2	4	5	3	2	2	1	12	2	2	7	7	1	0	2
175	3	2	4	2	1	1	2	9	9	2	3	7	7	1	0	2
176	2	8	4	8	3	2	2	1	123	1	1	7	7	1	0	2
177	4	2	4	4	2	1	4	9	4	2	4	7	24	1	0	2
178	3	4	4	6	3	2	3	1	13	2	3	7	26	1	0	2

179	2	2	4	5	3	2	2	23	23	1	3	3	6	3	3	1
180	2	2	4	8	3	2	2	1	123	2	3	1	4	1	0	3
181	4	2	4	8	3	24	2	123	123	2	4	0	0	0	0	3
182	1	2	4	8	3	2	1	14	1	1	1	3	3	1	0	3
183	2	2	4	8	3	2	2	17	12	2	4	7	7	1	0	3
184	2	3	4	3	3	3	2	23	23	2	3	0	0	0	0	1
185	4	2	4	8	4	29	2	13	2	2	2	0	0	0	0	3
186	5	2	4	5	3	6	3	3	3	3	3	0	0	0	0	2
187	4	2	4	4	1	1	3	2	2	2	4	7	3	1	0	2
188	2	2	4	7	3	2	2	123	123	2	2	7	7	1	0	3
189	3	2	4	8	5	27	2	147	9	3	1	0	0	0	0	3
190	3	2	4	8	3	2	3	14	14	2	4	1	7	1	0	3
191	2	58	2	3	4	7	2	3	4	3	5	0	0	0	0	2
192	2	2	4	4	3	3	2	23	236	1	4	0	0	0	0	1
193	1	2	4	3	3	9	4	7	7	4	4	0	0	0	0	2
194	2	2	4	4	3	23	2	123	123	1	2	0	0	0	0	2
195	3	12	1	8	6	237	2	1234	1234	2	4	0	0	0	0	2
196	3	28	1	8	3	2	2	1236	12345	2	4	4	4	1	0	3
197	2	238	4	8	3	7	3	79	479	3	5	7	7	1	0	3
198	2	23	4	6	4	7	2	2367	2367	2	4	7	7	1	0	1
199	3	48	1	8	6	24	2	1236	1236	2	4	0	0	0	0	2
200	3	28	4	5	3	24	3	123	12346	2	4	7	7	1	0	1
201	2	23	4	4	2	1	2	237	237	2	4	7	7	1	0	2
202	2	28	1	8	3	2	3	13	123	2	4	2	2	1	0	2
203	3	48	2	8	3	2	3	1	123	2	4	1	4	1	0	1
204	3	28	4	5	3	2	3	1237	123	2	3	1	7	1	0	3
205	2	48	4	8	3	2	3	167	167	3	4	1	5	1	0	1
206	3	28	4	6	3	2	2	1237	12347	2	4	1	146	1	0	2
207	1	12	1	8	4	23	3	124	124	2	4	13	13	1	0	0
208	2	48	0	8	4	2	2	12367	12367	2	4	1	3	1	0	3
209	2	28	4	8	4	23	2	1247	1247	2	4	1	3	1	0	2
210	2	28	2	7	3	27	3	12367	2367	2	4	4	4	1	0	1
211	2	4	2	3	2	4	2	23467	234	2	4	0	0	1	0	1
212	3	28	0	8	4	27	2	147	1247	2	4	13	13	1	0	2
213	2	23	2	4	1	4	2	23	23	1	4	4	3	1	0	1
214	3	2	4	5	5	67	4	45	45	2	4	0	0	1	0	2
215	1	8	0	8	3	2	4	1	123	2	5	7	7	1	0	1
216	2	48	1	8	3	2	4	1	123	3	5	7	3	1	0	2
217	1	3	4	2	1	1	3	2367	237	2	4	7	3	1	0	1
218	2	34	1	5	1	1	3	4	4	3	3	5	4	1	0	2
219	1	28	1	8	3	2	3	12346	1237	2	2	1	1	1	0	2
220	2	2	4	4	1	7	2	47	47	1	2	0	0	1	0	1
221	2	2	1	8	3	2	2	12347	12347	1	3	13	13	1	0	2
222	3	5	12	7	3	3	4	237	237	2	4	7	3	1	0	3
223	2	48	4	8	3	2	3	2	2	3	5	3	3	1	0	1
224	3	4	4	8	2	2	2	1237	123	2	2	1	1	1	0	3
225	2	2	1	8	5	24	3	1237	237	2	3	0	0	0	0	1
226	3	28	1	8	4	23	2	12346	12346	2	3	3	3	1	0	3
227	2	13	4	5	2	1	3	2346	23	2	4	7	3	1	0	3
228	2	28	4	5	3	2	3	149	149	2	4	7	7	1	0	3
229	3	4	4	3	1	1	3	23	23	2	4	7	7	1	0	3
230	1	35	4	8	6	4	2	2346	23	2	3	0	0	0	0	3
231	3	2	0	3	1	1	4	6	67	0	4	7	7	1	0	1
232	3	4	4	6	2	2	3	1	12	2	3	1	1	1	0	3
233	3	34	4	5	1	1	3	23	23	1	4	7	3	1	0	1
234	3	28	4	5	3	2	3	16	16	2	4	3	2	1	0	2
235	3	28	4	6	3	2	3	123	23	2	4	7	7	1	0	2
236	3	12	1	8	5	23	2	127	127	2	4	0	0	0	0	2
237	3	28	4	5	3	2	4	1367	1367	3	4	7	5	1	0	3
238	2	48	1	6	3	2	3	14	14	2	4	4	3	1	0	1

239	2	48	4	8	4	29	3	12349	12349	1	2	0	0	0	0
240	1	34	4	8	6	4	3	2367	2367	2	2	0	0	0	2
241	1	2	4	3	1	9	5	6	6	3	5	0	0	0	1
242	1	48	2	4	3	2	3	12367	12367	2	4	7	4	1	2
243	4	2	4	3	2	2	2	123	123	2	3	7	7	1	3
244	2	1	1	8	4	27	2	12367	123	2	4	0	0	0	2
245	3	3	0	5	1	1	4	26	26	2	5	7	6	1	1
246	1	2	2	7	3	2	2	123	123	2	2	13	13	1	2
247	1	28	1	8	4	29	2	189	15	1	5	12	12	1	3
248	4	4	4	4	2	2	2	12	12	2	4	3	3	1	1
249	2	4	4	3	2	23	3	12	2	2	4	7	13	1	1
250	4	2	4	3	2	2	2	14	14	2	3	7	1	1	1
251	1	34	4	8	5	4	4	238	238	2	4	0	0	0	1
252	3	4	4	8	6	4	4	23	23	3	5	0	0	0	1
253	2	4	4	8	3	2	3	12347	12347	1	3	3	2	1	2
254	2	2	1	8	3	2	1	1237	1237	2	2	1	1	1	1
255	2	2	0	8	4	23	4	1	9	4	5	0	0	0	1
256	2	2	2	2	1	4	2	23	23	2	3	0	0	0	2
257	3	4	2	3	1	1	2	23	23	2	4	7	3	1	2
258	2	2	4	5	2	2	2	123	1237	2	4	7	7	1	2
259	2	28	4	7	3	2	3	1	1	1	5	1	1	1	2
260	3	12	4	8	4	27	3	12	12	2	3	3	3	1	2
261	2	8	4	8	6	24	3	13467	134	4	3	0	0	0	1
262	2	2	4	8	6	24	3	12367	23	2	3	1	1	1	1
263	3	2	4	8	4	4	4	237	237	2	3	0	0	0	1
264	3	2	4	3	1	7	3	5	5	2	4	0	0	0	2
265	2	2	4	3	2	3	2	245	24	2	3	3	4	1	3
266	2	2	4	8	2	234	3	123	123	2	2	1	1	1	1
267	2	3	4	8	5	4	4	23	234	2	4	0	0	0	2
268	3	2	4	6	2	2	2	12346	12346	2	4	1	1	1	2
269	3	34	4	4	1	1	3	236	236	2	4	7	3	1	2
270	3	28	1	8	2	2	2	12347	12347	2	3	3	3	1	3
271	3	4	4	7	4	24	3	123	12367	2	4	14	3	1	3
272	2	4	4	7	4	24	2	123	12367	2	4	7	7	1	2
273	1	2	4	3	1	9	2	23	23	2	3	0	0	0	2
274	2	4	1	8	3	6	2	49	49	2	4	4	4	1	2
275	1	48	4	7	3	29	4	13	1234	3	4	7	6	1	2
276	3	48	1	8	3	27	1	12367	12346	2	5	7	4	1	1
277	2	4	2	3	2	3	3	26	26	2	4	0	0	0	1
278	4	2	4	3	1	4	3	23	236	2	4	0	0	1	3
279	4	8	2	3	2	24	2	1234	1234	2	4	0	0	0	1
280	5	48	2	4	3	2	3	123	123	2	4	1	1	1	1
281	2	2	2	3	1	1	2	234	234	2	4	7	3	1	1
282	1	2	1	8	2	2	3	123	123	1	4	1	7	1	3
283	2	8	4	3	1	9	3	67	67	2	4	3	4	1	3
284	3	4	4	8	5	234	3	123	123	2	5	14	1	1	1
285	2	4	4	3	1	1	4	6	3	2	4	7	4	1	3
286	1	48	0	8	0	2	0	0	0	2	4	3	3	1	1
287	1	34	2	8	5	7	3	3567	7	2	3	0	0	0	0
288	1	12	4	8	4	2	2	1267	124	2	5	0	0	0	2
289	3	23	1	7	1	1	3	2346	234	2	3	3	3	1	3
290	2	2	4	7	1	1	3	67	67	3	4	3	4	1	3
291	3	23	4	4	1	1	5	67	67	5	4	7	7	1	1
292	4	28	1	7	2	2	3	123	123	2	4	1	16	1	1
293	2	2	4	6	2	2	2	12346	12346	2	4	7	7	1	2
294	1	2	1	8	6	69	4	79	79	5	5	0	0	0	1
295	3	34	4	4	1	1	4	6	6	2	5	7	7	1	3
296	2	3	4	2	6	4	2	23	236	2	4	0	0	0	1
297	3	2	4	6	5	7	3	5	5	2	5	0	0	0	3
298	3	4	2	8	4	29	4	12	1	2	5	1	1	1	1

299	3	5	4	1	1	7	3	5	5	2	4	0	0	0	0	3
300	2	4	4	8	2	2	3	1	12367	2	3	1	13	1	0	2
301	4	148	2	8	2	24	4	12367	12367	3	5	0	0	0	0	2
302	1	34	4	8	4	4	3	2349	2349	2	4	0	0	0	0	1
303	1	23	4	8	1	1	5	5678	7	5	3	6	6	35	1	1
304	1	2	2	8	4	4	3	2367	2367	2	5	0	0	0	0	2
305	2	4	0	6	3	2	4	126	1236	3	5	1	3	1	0	1
306	2	2	4	6	2	2	3	12346	12346	2	4	7	7	1	0	2
307	2	34	4	5	1	1	3	2346	23	2	3	7	4	1	0	1
308	2	2	4	7	2	2	3	1236	123	2	4	1	1	1	0	1
309	2	23	4	8	4	4	3	237	237	2	4	4	4	1	0	2
310	3	35	4	3	1	1	4	46	46	2	4	7	34	1	0	3
311	4	48	12	8	3	23	4	12467	12467	3	3	0	0	0	0	2
312	2	48	12	8	4	23	2	12467	124	2	4	14	14	1	0	1
313	1	28	1	8	2	2	3	12346	12346	2	4	1	14	1	0	3
314	3	34	4	5	1	1	3	4	46	2	5	7	24	1	0	3
315	2	2	4	7	2	2	3	12367	12367	2	3	1	1	1	0	3
316	2	28	1	8	3	23	1	12367	12367	2	4	0	0	0	0	2
317	2	38	4	8	5	24	3	1234	1234	2	3	0	0	0	0	3
318	3	2	4	8	5	24	3	12347	1237	2	3	0	0	0	0	3
319	2	23	4	4	1	1	3	2347	2347	2	3	7	3	1	0	3
320	3	4	4	5	2	2	3	12347	12347	2	4	1	1	1	0	3
321	3	4	4	8	2	2	2	1234	12346	2	3	7	3	1	0	0

cord#	TV	JORNAL	PERG76	PERG77	PERG78	PERG79	PERG80	PERG82	PERG83	PERG84	PERG85	PERG86	PERG87	QUEST
1	1	1	1	5	9	9	1	2	0	0	0	0	0	1
2	3	1	1	5	5	45	1	2	0	0	0	0	0	2
3	3	1	1	1	4	4	1	3	0	0	0	0	0	3
4	2	2	1	5	345	457	1	1	6	0	0	0	0	4
5	2	1	1	5	3	378	1	1	6	0	0	0	0	5
6	2	1	1	5	5	47	1	1	4	2	2	4	5	6
7	2	1	1	5	9	9	1	1	6	0	0	0	0	7
8	2	3	1	5	4	4	4	2	0	0	0	0	0	8
9	3	1	1	3	23	57	1	2	0	0	0	0	0	9
10	3	1	1	2	2	45	1	3	0	0	0	0	0	10
11	2	1	1	4	3	57	1	1	6	0	0	0	0	11
12	2	1	1	5	9	35	1	1	6	0	0	0	0	12
13	2	1	1	4	3	5	1	1	6	0	0	0	0	13
14	2	3	1	5	23	23	3	2	0	0	0	0	0	14
15	3	1	1	1	2	7	1	2	0	0	0	0	0	15
16	2	3	1	5	2	2	2	1	6	0	0	0	0	16
17	1	1	1	5	9	5	1	2	0	0	0	0	0	17
18	2	1	1	5	38	57	1	1	5	2	3	3	4	18
19	3	2	1	5	29	23	4	3	0	0	0	0	0	19
20	2	2	1	1	123	123	1	3	0	0	0	0	0	20
21	2	2	1	5	1357	457	2	1	6	0	0	0	0	21
22	2	1	1	5	23	579	2	2	0	0	0	0	0	22
23	2	1	1	5	345	345	1	1	1	0	0	0	0	23
24	3	3	1	5	17	457	2	2	0	0	0	0	0	24
25	2	3	1	5	23	4	3	2	0	0	0	0	0	25
26	2	1	1	5	3	4	1	2	0	0	0	0	0	26
27	2	2	1	5	15	137	2	1	0	0	0	0	0	27
28	1	1	1	5	2	4	1	2	0	0	0	0	0	28
29	2	2	1	5	1235	457	1	3	0	0	0	0	0	29
30	1	1	1	5	4	47	1	1	6	0	0	0	0	30
31	2	1	1	2	39	39	1	1	6	0	0	0	0	31
32	2	1	1	5	3	3	1	1	6	0	0	0	0	32
33	2	1	1	3	357	457	1	2	0	0	0	0	0	33
34	2	3	1	3	3457	457	1	3	0	0	0	0	0	34
35	2	1	1	3	235	2345	1	3	0	0	0	0	0	35
36	2	2	1	4	3457	3457	1	3	0	0	0	0	0	36
37	2	3	1	4	3457	457	1	3	0	0	0	0	0	37
38	2	1	1	4	2357	3457	2	2	0	0	0	0	0	38
39	2	1	1	3	2345	45	1	3	0	0	0	0	0	39
40	2	1	1	3	3457	1347	2	3	0	0	0	0	0	40
41	2	3	1	3	3457	3457	3	2	0	0	0	0	0	41
42	1	3	1	3	19	19	1	1	1	0	0	0	0	42
43	2	1	1	2	23	23	1	1	1	0	0	0	0	43
44	2	2	1	5	2357	2357	1	1	1	0	0	0	0	44
45	2	1	1	3	9	237	1	1	1	0	0	0	0	45
46	3	1	1	3	4	45	1	1	2	1	4	4	5	46
47	2	1	1	5	9	9	1	1	6	0	0	0	0	47
48	2	1	1	5	39	39	1	1	1	0	0	0	0	48
49	1	1	1	5	9	9	1	1	6	0	0	0	0	49
50	2	1	1	5	9	59	1	1	6	0	0	0	0	50
51	2	1	1	5	239	239	1	1	6	0	0	0	0	51
52	2	1	1	5	3	3	1	1	1	0	0	0	0	52
53	1	1	1	5	9	5	1	1	1	0	0	0	0	53
54	2	1	1	5	3	35	1	3	0	0	0	0	0	54
55	3	1	1	5	59	57	1	2	0	0	0	0	0	55
56	2	1	1	5	3	357	1	1	6	0	0	0	0	56
57	2	3	1	5	1	45	2	2	0	0	0	0	0	57
58	2	1	1	1	23	57	1	1	6	0	0	0	0	58

59	2	3	1	5	345	5	1	2	0	0	0	0	0	59
60	2	2	4	5	134	45	4	2	0	0	0	0	0	60
61	2	3	1	5	5	45	1	2	0	0	0	0	0	61
62	2	2	1	5	5	5	2	2	0	0	0	0	0	62
63	3	3	1	5	3	5	1	2	0	0	0	0	0	63
64	2	3	1	5	23	5	1	2	0	0	0	0	0	64
65	2	3	1	5	3	5	1	2	0	0	0	0	0	65
66	2	3	1	5	35	57	1	2	0	0	0	0	0	66
67	1	1	1	5	2	2	1	1	6	0	0	0	0	67
68	3	1	1	4	9	4	1	1	6	0	0	0	0	68
69	1	1	1	5	3	5	1	1	6	0	0	0	0	69
70	2	1	1	2	2	4	1	1	6	0	0	0	0	70
71	2	1	1	5	3	3	1	1	6	0	0	0	0	71
72	2	3	1	5	3	9	4	1	6	0	0	0	0	72
73	2	3	1	5	2359	2359	1	1	6	0	0	0	0	73
74	2	2	1	5	123	4	1	1	6	0	0	0	0	74
75	2	1	1	2	345	3457	1	1	6	0	0	0	0	75
76	2	1	1	5	235	2357	1	1	6	0	0	0	0	76
77	2	3	1	5	235	3457	1	1	6	0	0	0	0	77
78	1	1	1	2	8	8	1	1	6	0	0	0	0	78
79	1	1	1	5	9	58	1	1	6	0	0	0	0	79
80	1	1	1	5	8	89	1	1	4	1	35	3	5	80
81	2	1	1	5	5	5	1	1	6	0	0	0	0	81
82	3	1	1	0	25	5	1	2	0	0	0	0	0	82
83	2	1	1	5	1	5	1	1	6	0	0	0	0	83
84	3	1	1	4	35	5	3	1	6	0	0	0	0	84
85	2	2	1	4	9	5	1	2	6	0	0	0	0	85
86	2	1	1	4	239	5	1	1	6	0	0	0	0	86
87	2	3	1	5	3	45	4	2	0	0	0	0	0	87
88	2	3	1	3	9	13	1	2	6	0	0	0	0	88
89	2	3	1	5	3	5	3	2	6	0	0	0	0	89
90	3	1	1	0	9	9	1	2	6	0	0	0	0	90
91	2	1	1	4	35	9	1	1	6	0	0	0	0	91
92	2	2	4	5	13	5	4	2	6	0	0	0	0	92
93	2	1	1	4	3	4	1	2	6	0	0	0	0	93
94	2	1	1	5	3	5	1	2	6	0	0	0	0	94
95	2	3	1	5	234	5	1	2	6	0	0	0	0	95
96	2	1	1	5	3	4	1	2	6	0	0	0	0	96
97	2	1	1	5	8	9	1	3	6	0	0	0	0	97
98	2	3	1	5	5	5	1	2	6	0	0	0	0	98
99	1	1	1	1	39	34	1	1	6	0	0	0	0	99
100	2	3	1	3	139	45	1	2	6	0	0	0	0	100
101	2	2	1	5	1345	1345	1	2	6	0	0	0	0	101
102	2	2	1	5	15	9	2	1	6	0	0	0	0	102
103	2	2	1	4	123	5	2	1	6	0	0	0	0	103
104	2	3	1	1	45	49	1	1	3	1	3	3	5	104
105	3	1	1	3	4	9	1	1	6	0	0	0	0	105
106	2	1	1	4	9	9	1	2	6	0	0	0	0	106
107	2	2	1	4	9	5	2	2	6	0	0	0	0	107
108	2	2	1	5	45	45	2	2	6	0	0	0	0	108
109	3	1	1	3	45	5	1	2	6	0	0	0	0	109
110	3	1	1	4	29	5	1	2	6	0	0	0	0	110
111	2	3	1	4	234	1234	1	2	6	0	0	0	0	111
112	2	1	1	5	39	5	1	2	6	0	0	0	0	112
113	2	1	1	2	9	9	1	2	6	0	0	0	0	113
114	2	1	1	3	3	9	1	2	6	0	0	0	0	114
115	3	3	1	4	59	56	1	2	6	0	0	0	0	115
116	2	3	1	3	9	5	3	2	6	0	0	0	0	116
117	2	1	1	1	23	5	1	2	6	0	0	0	0	117
118	3	1	1	4	579	5	1	1	6	0	0	0	0	118

119	3	1	1	5	5	47	1	2	6	0	0	0	0	119
120	2	3	1	5	1345	1345	1	1	6	0	0	0	0	120
121	3	1	1	5	45	45	1	1	6	0	0	0	0	121
122	1	2	1	5	45	5	1	1	6	0	0	0	0	122
123	1	1	1	5	9	57	1	3	0	0	0	0	0	123
124	3	1	1	5	9	45	4	2	0	0	0	0	0	124
125	2	1	1	5	2345	2345	1	2	0	0	0	0	0	125
126	2	2	4	5	3457	3457	1	3	0	0	0	0	0	126
127	2	1	1	5	458	9	4	1	2	2	23	2	5	127
128	2	1	1	5	3	5	1	1	6	0	0	0	0	128
129	2	3	1	4	39	9	3	1	6	0	0	0	0	129
130	2	2	1	4	37	5	2	3	0	0	0	0	0	130
131	3	2	1	2	3457	9	2	1	6	0	0	0	0	131
132	2	3	1	5	5	5	3	1	6	0	0	0	0	132
133	2	3	1	3	345	9	1	1	6	0	0	0	0	133
134	2	1	1	5	359	9	1	1	6	0	0	0	0	195
135	1	1	1	4	9	9	1	1	6	0	0	0	0	135
136	3	1	1	5	45	45	1	3	0	0	0	0	0	136
137	2	2	1	4	59	59	1	1	6	0	0	0	0	137
138	3	1	1	3	9	5	4	1	6	0	0	0	0	138
139	3	2	4	5	129	9	2	1	6	0	0	0	0	139
140	2	2	1	4	3	3	1	1	6	0	0	0	0	140
141	3	1	1	5	39	9	2	2	0	0	0	0	0	141
142	1	1	1	4	9	9	1	3	0	0	0	0	0	142
143	3	2	1	4	14	9	3	3	0	0	0	0	0	143
144	2	2	1	4	35	5	1	2	0	0	0	0	0	144
145	2	1	1	0	9	9	1	1	6	0	0	0	0	145
146	2	3	1	5	35	35	2	2	0	0	0	0	0	146
147	2	3	1	5	35	35	1	2	0	0	0	0	0	147
148	1	1	1	5	5	5	1	2	0	0	0	0	0	148
149	2	1	1	5	23	45	1	1	6	0	0	0	0	149
150	2	1	1	5	23	23	1	1	6	0	0	0	0	150
151	2	2	1	4	9	57	2	1	6	0	0	0	0	151
152	1	1	1	3	2	5	1	1	6	0	0	0	0	152
153	3	2	1	3	19	9	2	3	0	0	0	0	0	153
154	2	3	1	5	234	9	1	2	0	0	0	0	0	154
155	2	1	1	5	5	0	1	1	6	0	0	0	0	155
156	1	1	1	2	9	9	1	2	0	0	0	0	0	156
157	2	2	0	5	145	9	1	1	6	0	0	0	0	157
158	2	1	1	5	39	5	1	2	0	0	0	0	0	158
159	2	1	4	5	356	56	2	2	0	0	0	0	0	159
160	3	1	1	5	19	15	4	2	0	0	0	0	0	160
161	2	2	1	5	1	9	2	3	0	0	0	0	0	161
162	2	3	1	5	57	7	1	1	6	0	0	0	0	162
163	2	1	1	5	23	45	1	1	6	0	0	0	0	163
164	1	3	1	5	9	19	1	2	0	0	0	0	0	164
165	2	3	1	5	9	9	1	1	6	0	0	0	0	165
166	3	1	1	4	9	5	1	2	6	0	0	0	0	166
167	2	1	1	5	235	9	1	1	6	0	0	0	0	167
168	1	3	1	5	19	1	1	2	6	0	0	0	0	168
169	1	1	1	2	5	9	1	1	6	0	0	0	0	169
170	2	1	1	3	4	9	1	2	6	0	0	0	0	170
171	2	1	1	5	9	9	1	2	6	0	0	0	0	171
172	1	1	1	5	9	9	1	1	6	0	0	0	0	172
173	2	1	1	5	9	5	1	2	6	0	0	0	0	173
174	2	1	1	3	9	59	1	1	6	0	0	0	0	174
175	2	1	1	3	2	29	1	1	6	0	0	0	0	175
176	2	1	1	2	9	9	2	2	6	0	0	0	0	176
177	2	1	1	0	23	5	1	1	6	0	0	0	0	177
178	2	3	1	5	9	5	1	1	6	0	0	0	0	178

179	1	1	1	3	9	9	1	3	0	0	0	0	0	179
180	2	3	1	5	59	9	1	1	6	0	0	0	0	180
181	2	1	1	3	9	5	1	1	6	0	0	0	0	181
182	2	2	1	4	3579	9	2	1	6	0	0	0	0	182
183	2	3	1	2	34	5	2	1	6	0	0	0	0	183
184	3	1	1	5	9	5	1	1	6	0	0	0	0	184
185	2	1	1	5	39	9	2	2	0	0	0	0	0	185
186	2	1	1	5	39	5	1	1	6	0	0	0	0	186
187	3	1	1	2	2	5	1	2	0	0	0	0	0	187
188	2	1	1	5	3	5	1	1	6	0	0	0	0	188
189	2	3	1	5	345	5	2	1	6	0	0	0	0	189
190	2	1	1	5	135	135	1	1	6	0	0	0	0	190
191	3	1	1	3	239	235	1	2	0	0	0	0	0	191
192	2	1	1	5	59	59	1	2	0	0	0	0	0	192
193	1	1	1	5	2	59	1	1	6	0	0	0	0	193
194	2	2	1	5	14	14	1	1	6	0	0	0	0	194
195	2	3	4	4	59	59	2	3	0	0	0	0	0	195
196	2	1	1	5	239	239	1	3	0	0	0	0	0	196
197	2	1	1	5	239	239	1	2	0	0	0	0	0	197
198	2	1	1	5	357	357	1	2	0	0	0	0	0	198
199	2	1	1	5	239	237	1	3	0	0	0	0	0	199
200	2	1	1	2	39	579	1	2	0	0	0	0	0	200
201	2	1	1	3	23457	457	3	2	0	0	0	0	0	201
202	3	2	1	5	1459	457	2	3	0	0	0	0	0	202
203	2	1	1	1	39	39	2	3	0	0	0	0	0	203
204	2	3	1	3	57	457	1	1	6	0	0	0	0	204
205	2	1	1	5	3	357	2	3	0	0	0	0	0	205
206	2	3	1	2	12349	1234	1	1	6	0	0	0	0	206
207	0	0	0	5	59	59	23	2	0	0	0	0	0	207
208	2	2	1	3	37	357	2	3	0	0	0	0	0	208
209	2	1	1	4	237	237	1	3	0	0	0	0	0	209
210	2	1	1	5	347	347	1	2	0	0	0	0	0	210
211	2	3	1	5	13457	13457	3	3	0	0	0	0	0	211
212	2	2	1	5	12345	12345	24	1	6	0	0	0	0	212
213	3	1	1	3	3	57	1	3	0	0	0	0	0	213
214	2	3	1	5	1235	367	1	3	0	0	0	0	0	214
215	2	1	1	5	3579	357	1	1	6	0	0	0	0	215
216	2	1	1	5	239	239	1	1	6	0	0	0	0	216
217	3	1	1	5	378	5	1	1	1	2	35	4	4	217
218	2	1	1	5	2357	2357	1	1	6	0	0	0	0	218
219	2	1	1	5	23457	23457	23	1	6	0	0	0	0	219
220	3	2	1	5	57	56	4	1	6	0	0	0	0	220
221	2	3	1	3	12345	12345	2	1	6	0	0	0	0	221
222	3	1	1	4	37	5	1	1	6	0	0	0	0	222
223	3	1	1	5	7	457	1	3	0	0	0	0	0	223
224	2	3	1	5	12345	12345	2	1	6	0	0	0	0	224
225	2	3	4	4	3457	457	23	1	6	0	0	0	0	225
226	2	1	1	5	347	34579	2	3	0	0	0	0	0	226
227	2	1	1	5	23	57	1	3	0	0	0	0	0	227
228	2	1	1	3	359	57	1	1	6	0	0	0	0	228
229	2	1	1	5	23	57	1	1	6	0	0	0	0	229
230	2	1	1	3	3579	57	3	1	6	0	0	0	0	230
231	3	1	1	5	5	5	1	1	6	0	0	0	0	231
232	2	3	1	3	2345	457	1	3	0	0	0	0	0	232
233	2	1	1	4	39	379	1	3	0	0	0	0	0	233
234	2	2	1	5	2357	2357	2	1	6	0	0	0	0	234
235	2	2	4	5	1235	12356	2	1	6	0	0	0	0	235
236	2	3	1	4	2379	2379	1	3	0	0	0	0	0	236
237	2	1	1	4	2359	2359	1	2	0	0	0	0	0	237
238	2	1	1	5	3	3	1	2	0	0	0	0	0	238

239	2	1	1	5	3579	3579	1	3	0	0	0	0	0	239
240	2	1	1	3	23457	23457	1	1	4	1	3567	5	2	240
241	2	1	1	3	3	3	1	3	0	0	0	0	0	241
242	2	1	1	5	23457	23457	1	1	6	0	0	0	0	242
243	2	3	4	5	379	357	2	3	0	0	0	0	0	243
244	2	3	1	5	12357	12357	23	1	6	0	0	0	0	244
245	2	1	1	2	3	357	1	3	0	0	0	0	0	245
246	2	3	1	5	12357	12357	1	3	0	0	0	0	0	246
247	2	1	1	5	3	3	24	1	6	0	0	0	0	247
248	2	1	1	3	37	5	1	1	6	0	0	0	0	248
249	2	1	1	3	3	57	1	1	6	0	0	0	0	249
250	3	3	1	3	7	5	1	1	6	0	0	0	0	250
251	2	3	1	1	39	34578	4	3	0	0	0	0	0	251
252	2	1	1	5	39	9	1	1	6	0	0	0	0	252
253	2	1	1	4	23457	12345	2	1	6	0	0	0	0	253
254	2	3	1	5	1579	57	2	3	0	0	0	0	0	254
255	2	1	1	4	135	1359	2	3	0	0	0	0	0	255
256	2	1	1	4	379	37	1	1	6	0	0	0	0	256
257	2	1	1	3	23457	23457	3	1	1	2	7	4	2	257
258	2	1	1	3	1235	1235	2	1	6	0	0	0	0	258
259	2	2	1	2	1235	1235	1	1	6	0	0	0	0	259
260	2	3	1	5	12359	1239	2	3	0	0	0	0	0	260
261	2	1	1	3	5	5	1	2	0	0	0	0	0	261
262	2	2	1	5	3457	3457	1	2	0	0	0	0	0	262
263	2	1	1	5	3	3	6	1	6	0	0	0	0	263
264	2	1	1	5	23	2357	1	2	0	0	0	0	0	264
265	2	1	1	4	1237	45	3	3	0	0	0	0	0	265
266	2	1	1	5	45	45	1	1	6	0	0	0	0	266
267	2	3	1	3	12359	57	3	3	0	0	0	0	0	267
268	2	2	1	4	12345	12345	23	1	6	0	0	0	0	268
269	2	1	1	3	237	357	3	3	0	0	0	0	0	269
270	2	2	1	5	123	123	1	1	6	0	0	0	0	270
271	2	2	1	3	12345	2357	1	1	6	0	0	0	0	271
272	2	1	1	2	2357	57	24	1	6	0	0	0	0	272
273	2	1	1	5	23	37	1	1	6	0	0	0	0	273
274	2	1	1	5	239	23579	1	1	6	0	0	0	0	274
275	2	1	1	5	235	235	24	1	6	0	0	0	0	275
276	2	1	1	5	237	237	1	1	6	0	0	0	0	276
277	2	1	1	2	35	35	1	2	0	0	0	0	0	277
278	2	1	1	5	235	567	3	1	6	0	0	0	0	278
279	2	1	1	5	357	3579	4	2	0	0	0	0	0	279
280	3	1	1	2	9	5	1	2	0	0	0	0	0	280
281	2	1	1	5	379	5	1	1	6	0	0	0	0	281
282	2	3	4	5	9	45	2	2	0	0	0	0	0	282
283	2	3	1	4	357	456	4	1	6	0	0	0	0	283
284	2	1	1	5	3	35	1	2	0	0	0	0	0	284
285	2	1	1	3	37	5	4	2	0	0	0	0	0	285
286	2	1	1	5	357	357	1	2	0	0	0	0	0	286
287	0	0	0	5	23457	23457	1	1	2	2	35	3	1234	287
288	2	3	1	5	12345	12345	1	1	6	0	0	0	0	288
289	2	1	4	5	357	1357	46	3	0	0	0	0	0	289
290	2	2	1	2	123	57	1	1	6	0	0	0	0	290
291	2	1	1	3	359	57	1	1	6	0	0	0	0	291
292	2	1	1	2	35	35	23	2	0	0	0	0	0	292
293	2	1	1	2	235	357	1	3	0	0	0	0	0	293
294	2	3	1	5	345	345	6	1	6	0	0	0	0	294
295	2	1	1	5	358	358	1	1	1	1	7	4	5	295
296	2	1	1	4	3	35	1	1	6	0	0	0	0	296
297	2	1	1	5	3	35	4	1	6	0	0	0	0	297
298	1	1	1	5	9	57	1	1	6	0	0	0	0	298

299	3	1	1	5	23	57	1	1	6	0	0	0	0	299
300	2	3	1	4	12345	12345	1	3	0	0	0	0	0	300
301	2	1	1	5	2345	2345	1	1	6	0	0	0	0	301
302	2	1	1	3	3	35	1	1	6	0	0	0	0	302
303	2	1	1	2	3459	3459	1	1	6	0	0	0	0	303
304	2	1	1	5	23457	23457	1	1	1	1	7	4	45	304
305	2	3	1	3	13	13457	1	3	0	0	0	0	0	305
306	2	1	1	5	239	37	1	1	6	0	0	0	0	306
307	2	1	1	3	358	357	4	1	4	2	35	3	4	307
308	2	3	1	4	59	57	3	1	6	0	0	0	0	308
309	2	3	4	4	358	5678	3	1	1	2	2357	4	0	309
310	2	1	1	3	23	57	1	1	6	0	0	0	0	310
311	2	3	1	1	12345	12345	1	3	0	0	0	0	0	311
312	2	1	1	4	347	3457	1	2	0	0	0	0	0	312
313	2	1	1	5	23457	23457	1	3	0	0	0	0	0	313
314	2	1	1	5	39	57	1	1	6	0	0	0	0	314
315	2	3	1	5	345	45	2	2	0	0	0	0	0	315
316	2	1	1	4	23479	23479	2	2	0	0	0	0	0	316
317	2	1	1	3	35	579	1	1	6	0	0	0	0	317
318	2	3	1	3	459	5	1	1	6	0	0	0	0	318
319	2	1	1	5	34578	9	3	1	2	2	3	3	4	319
320	3	1	1	3	45	45	1	3	0	0	0	0	0	320
321	3	1	1	3	357	5	2	1	6	0	0	0	0	321