

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

TESE DE MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE


EDIÇÃO 2000/2002

Catarina Ferreira Rodrigues

PERCEPÇÕES DE SAÚDE EM PESSOAS IDOSAS:  
FACTORES DETERMINANTES

ORIENTADORA:

Prof<sup>a</sup>. Doutora Isabel Pereira Leal

 ISPA   Instituto Superior de Psicologia Aplicada	C
Centro de Documentação	
Registo: 15697	
Data: / /	
Tel.: 21 881 17 50 • bibispa@ispa.pt	

## Agradecimentos

À Professora Doutora Isabel Pereira Leal e ao Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro pela mestria com que dirigiram este Mestrado e nos orientaram;

Ao Professor Arménio Sequeira por ser um verdadeiro Mestre e Mentor na investigação e preocupação com que abordamos as temáticas das pessoas idosas;

Aos nossos colegas e amigos de Mestrado que partilharam connosco todas as ansiedades e descobertas da elaboração deste trabalho;

Aos amigos que nos acompanharam e não nos deixaram desistir;

Às pessoas idosas que se prestaram a colaborar e sem as quais este trabalho não seria possível;

Aos meus Pais e ao Pedro por estarem sempre ao meu lado;

Por último ao Luís que estará SEMPRE connosco e será SEMPRE o nosso modelo.

## Índice de Figuras

Figura 1 - Pirâmide de Idades, Portugal 1960-2000. Fonte: INE/DECP, Estimativas e Recenseamentos da População	6
Figura 2 - Evolução da Proporção da população jovem e idosa, Portugal 1960 – 2001. Fonte: INE/DECP, Estimativas e Recenseamentos Gerais de População.	10
Figura 3- Distribuição da População idosa por concelhos, Portugal 2001. Fonte: INE / DME, Serviço de Geoinformação	11
Figura 4 – Modelo Conceptual de Doença, Limitações Físicas, Limitações Funcionais e Saúde Percebida	61
Figura 5 – Pirâmide Etária da cidade de Lisboa em 1991.	69

## Índice de Quadros

Quadro 1 - Internamentos Hospitalares. Ratios por 1000 habitantes	46
Quadro 2 – Distribuição dos Participantes de acordo com a idade	70
Quadro 3 – Distribuição dos Participantes de acordo com o género.	70
Quadro 4 – Distribuição dos Participantes de acordo com o estado civil	71
Quadro 5 – Distribuição dos Participantes de acordo com a idade	71
Quadro 6 – Cotação dos itens da Escala de Depressão Geriátrica	77
Quadro 7 – Distribuição dos Participantes de acordo com o número de medicamentos consumidos	79
Quadro 8 – Distribuição dos Participantes de acordo com o número de consultas médicas nos últimos 6 meses	80
Quadro 9 – Distribuição dos Participantes de acordo com o número hospitalizações nos últimos 6 meses	80
Quadro 10 – Distribuição dos Participantes de acordo com as doenças crónicas relatadas	81
Quadro 11 – Distribuição dos Participantes relativamente à depressão	82
Quadro 12 – Mínimo, Máximo, Média e Desvio Padrão da Variável Percepção de Saúde.	83
Quadro 13 - Percentagem de respostas relativas à percepção de saúde (“Fraca”, “Razoável”, “Boa”, “Muito Boa” e “Óptima”).	83
Quadro 14 – Percentagem de respostas relativas à percepção de saúde (“Fraca”, “Razoável”, “Boa”, “Muito Boa” e “Óptima”) de acordo com as características demográficas dos participantes	84
Quadro 15 - Comparação da Percepção de Saúde em função da idade dos sujeitos respondentes	85

Quadro 16 - Comparação da Percepção de Saúde em função do sexo dos sujeitos respondentes	85
Quadro 17 - Comparação da Percepção de Saúde em função do estado civil dos sujeitos respondentes	85
Quadro 18 - Comparação da Percepção de Saúde em função das habilitações literárias dos sujeitos respondentes	86
Quadro 19 – Percentagem de respostas relativas à percepção de saúde (“Fraca”, “Razoável”, “Boa”, “Muito Boa” e “Óptima”) de acordo com os indicadores objectivos de saúde dos participantes	88
Quadro 20 - Comparação da Percepção de Saúde em função do número de medicamentos que os sujeitos respondentes afirmam tomar.	88
Quadro 21 - Comparação da Percepção de Saúde em função do número de consultas dos sujeitos respondentes.	89
Quadro 22 - Comparação da Percepção de Saúde em função do número de hospitalizações dos sujeitos respondentes.	89
Quadro 23 – Média das Ordens em função das doenças crónica dos sujeitos respondentes	90
Quadro 24 - Comparação da Percepção de Saúde em função das doenças crónicas dos sujeitos respondentes.	91
Quadro 25 – Percentagem de respostas relativas à percepção de saúde (“Fraca”, “Razoável”, “Boa”, “Muito Boa” e “Óptima”) de acordo com a depressão dos participantes	91
Quadro 26 - Comparação da Percepção de Saúde em função do grau de depressão dos sujeitos respondentes	92
Quadro 27 – Sumário do Modelo de <i>optimal scaling</i>	92
Quadro 28 – ANOVA para as variáveis percepção de saúde e funcionamento físico, desempenho físico, problemas emocionais, funcionamento social, saúde mental, vitalidade, dor e mudança.	93

Quadro 29 – Coeficientes para as variáveis percepção de saúde e funcionamento físico, desempenho físico, problemas emocionais, funcionamento social, saúde mental, vitalidade, dor e mudança.	93
Quadro 30 – Percentagem de respostas relativas à percepção de saúde (“Frac”, “Razoável”, “Boa”, “Muito Boa” e “Óptima”) de acordo com a Comparação Social realizada pelos participantes	94
Quadro 31 - Comparação da Percepção de Saúde em função da Comparação Social efectuada pelos sujeitos respondentes.	94

## Resumo

Desde os anos 50 que a temática das percepções de saúde tem sido uma das variáveis mais vezes utilizada na investigação no âmbito da Saúde e da Gerontologia. Embora seja uma variável revestida de alguma complexidade, é inegável a sua utilidade na construção de estratégias preventivas que mantenham e melhorem a saúde e a qualidade de vida das pessoas idosas, nomeadamente devido à sua estabilidade temporal. No actual contexto demográfico, esta é uma variável de fundamental importância já que a espelha a avaliação global da saúde que o próprio indivíduo elabora e sumariza os diferentes aspectos da sua saúde, combinados no seu quadro de referências.

Neste trabalho, avaliámos as percepções de saúde das pessoas idosas, identificando os factores que se assumem como predictores de uma boa percepção de saúde, nomeadamente elementos sócio-demográficos (idade, género, estado civil, habilitações literárias), condições objectivas de saúde (função e desempenho funcional, dor, vitalidade, recurso a serviços de saúde, consumo de medicamentos, presença de doenças crónicas), saúde mental, problemas emocionais, depressão e funcionamento social e ainda a comparação social.

Seleccionou-se uma amostra composta por pessoas idosas de ambos os sexos (n=272), com idades entre os 65 e os 84 anos, para despiste de défices cognitivos recorremos ao MMSE.

Os instrumentos utilizados para o efeitos foram um questionário de avaliação de condições objectivas de saúde, por nós construído, o MOS SF-36, a Escala de Depressão Geriátrica e um questionário de caracterização da amostra.

As variáveis idade, género, estado civil, habilitações literárias, recurso a serviços de saúde, consumo de medicamentos, presença de doenças crónicas, depressão, função física, saúde mental, vitalidade, dor, mudança e comparação social mostraram-se determinantes na elaboração da percepção de saúde das pessoas idosas participantes no nosso estudo.



## Introdução

Ao longo do século XX uma nova realidade demográfica caracterizada pelo declínio da natalidade aliada ao decréscimo da mortalidade e ao aumento da duração média de vida resultou no aumento significativo do número de pessoas que se situam nas gerações mais velhas (Bandeira, 1996, Nazareth, 1999).

O aumento relativo e absoluto do número de pessoas idosas surge em paralelo com o incremento das taxas de morbilidade por doença e invalidez. Cerca de dois terços das pessoas idosas confronta-se com pelo menos uma afecção que lhe impõe um qualquer tipo de sofrimento, como dor ou limitações na mobilidade, que por sua vez podem remeter para constrangimentos ao nível da autonomia física, à dependência de terceiros e a maiores encargos económicos .

Esta “revolução grisalha” impõe assim profundas implicações na estruturação e mobilização dos recursos disponíveis nomeadamente no contexto da Saúde, decorrentes das especificidades de uma população, no seu conjunto, extremamente heterogénea (Manton & Soldo, 1985, Rowe & Kahn, 1987, In Kaplan, 1992).

Assim, no contexto da saúde, a referida heterogeneidade da população idosa assume grande pertinência já que a saúde de um indivíduo, qualquer que seja a faixa etária a que pertença, é o resultado de uma complexa interacção entre factores biológicos, psicológicos e sociais, exigindo das intervenções dos profissionais de saúde uma abordagem holística que considere esta multiplicidade de factores contextuais, num esforço contínuo para colmatar falhas existentes nos Sistemas de Saúde, nomeadamente a ausência de cuidados de saúde

estruturados que permitam corresponder às solicitações expressas pelas pessoas idosas (Neary, 1993, Jones, 1993, In Lobato Forte, 1994).

Parece-nos assim importante abordar a percepção de saúde das pessoas idosas já que esta variável espelha a avaliação global da saúde que o próprio indivíduo elabora e sumariza a forma como os diferentes aspectos da sua saúde se encontram combinados no seu quadro de referências perceptuais (Liang, 1986; Bjorner et al, 1996, In Svedberg, Lichtenstein & Pedersen, 2001).

Assume-se ainda como um poderoso predictor do recurso aos serviços de saúde (Fylkesnes, Johnsen & Førde, 1992; Fylkesnes, 1993; Heikkinen, 1989, Segovia, Bartlett & Edwards, 1989, In Leinonen et al., 1998), da futura morbidade e mortalidade (Kaplan & Camacho, 1983; Idler & Angel, 1990; Appels, Bosma, Grabauskaas, Gostauaras & Sturmans, 1996; Mossey & Shapiro, 1982; In Eriksson; Undén & Elofsson, 2001; Inchingolo, 1997; Idler & Benyamini, 1997; Benyamini & Idler, 1999; Benyamini, Leventhal & Leventhal, 1999), encontrando-se ainda associada à presença de incapacidades (Idler & Kasl, 1995; Lindberg, Svärdsudd & Tibblin, 1994, In Leinonen et al., 1999).

Shulz, Mittelmark, Kronmal, Hirsch, German & Bookwala (1994) propuseram a identificação de alguns factores que funcionam como bons predictores da percepção de saúde entre as pessoas idosas, destacando os indicadores de saúde acessíveis aos indivíduos – nomeadamente as características do regime terapêutico - as capacidades funcionais e as doenças conhecidas. Salientam também a importância de factores psicossociais como a presença de sintomas depressivos, a satisfação de vida e as habilitações.

Vassend & Skrondal (1999) associaram ainda a percepção de saúde, no caso as fracas percepções de saúde, a características da personalidade do indivíduo, nomeadamente a presença de traços de neuroticismo e de angústia.

A reduzida exposição ao stress (Farmer & Ferraro, 1997, In Leinonen, Heikkinen & Jylhä, 2001a,b), melhor saúde funcional, estatuto socio-económico, suporte social e satisfação de vida (Goldstein et al., 1984; Minkler & Laghauseer, 1988; Markides & Lee, 1993, In Leinonen et al., 2001 a,b; Ratner, Johnson & Jeffery, 1998), adopção de comportamentos promotores de saúde (Hirdes & Forbes, 1993; Fletcher & Hirdes, 1996; Atchley, 1999, In Leinonen et al., 2001 a,b), o grau de autonomia e de actividade (Partridge, Johnston & Morris, 1996; Lindgren; Svärdsudd & Tibblin, 1994) e variáveis sociais, nomeadamente factores económicos e da dinâmica familiar (Fernandez-Merino, Verez-Vivero & Gude-Sampedro, 1996; Ratner et al., 1998), são também referidos como bons predictores da percepção da saúde.

De facto, é consensual que a percepção de saúde é uma importante componente da qualidade vida das pessoas idosas (Kennedy, King & Muraco, 1983; Schipper, Clinch & Powell, 1990, In Leinonen, Heikkinen & Jylhä, 1999) e é, desde há cerca de 50 anos, uma das variáveis mais vezes utilizada no contexto da Gerontologia.

Assim, neste trabalho, propomos uma abordagem às percepções de saúde das pessoas idosas, procurando identificar os factores que se assumem como predictores de uma boa percepção de saúde, nomeadamente factores sócio-demográficos (a idade, o sexo, o estado civil, as habilitações literárias), condições objectivas de saúde (funcionamento e autonomia funcional, dor, recurso a serviços de saúde, consumo de medicamentos, presença de doenças crónicas), e a depressão, i.e., algumas das variáveis que a literatura aponta como relevantes na elaboração das percepções de saúde das pessoas idosas.

Neste contexto, num primeiro momento, propomos uma revisão de literatura alusiva à complexidade do fenómeno do envelhecimento, considerando as implicações e dimensão

deste fenómeno sobre a sociedade e sobre o desenvolvimento bio-psico-social próprio das pessoas idosas. Abordamos ainda as temáticas da saúde e das percepções de saúde das pessoas idosas.

Após a apresentação da estrutura metodológica que suporta este trabalho, realizámos a apresentação e análise dos resultados, seguida da sua discussão.

## Envelhecimento: A Complexidade de um Fenómeno

Se é verdade que o envelhecimento é um fenómeno particular a cada indivíduo, certo é também que o envelhecimento é cada vez mais um fenómeno colectivo.

Nas palavras de Valente Rosa (1996) a consciencialização deste fenómeno à escala colectiva é atribuível ao envelhecimento demográfico. Este fenómeno, característico das sociedades actuais e partilhado também pela sociedade portuguesa, traduz-se em alterações na estrutura etária da população e resulta dos denominados “envelhecimento no topo” (aumento do número das pessoas idosas) e “envelhecimento na base” (diminuição da importância relativa dos jovens), podendo ainda resultar na combinação de ambos os processos, i.e., “duplo envelhecimento”.

As causas do envelhecimento demográfico podem ser, de acordo com Fernandes (1997) atribuíveis a duas ordens de factores que começaram a evidenciar-se nos finais do século XIX: “O declínio da mortalidade (...) começou por promover um rejuvenescimento, uma vez que afectou todas as classes etárias, particularmente os grupos mais jovens e, desta forma, favoreceu também a natalidade. Mais a baixa da mortalidade, especialmente da mortalidade infantil, acabou por contribuir, mais cedo ou mais tarde, para a descida da fecundidade e promover, de modo inelutável, a redução do número dos mais jovens e o aumento das pessoas idosas” (Fernandes, 1997, p. 5). Em paralelo, um outro fenómeno concorre para que o número de pessoas idosas cresça em termos absolutos: o aumento da esperança de vida.

Portugal, à semelhança da Europa do Norte e ocidental, conhece também a importância deste fenómeno, embora, de acordo com Fernandes (1997), se registe ainda uma ligeira *décalage* temporal.

É inegável a mudança do perfil etário da população portuguesa que se iniciou na primeira metade do Século XX. Apesar de algumas oscilações na estrutura da população atribuíveis, nomeadamente, à I Guerra Mundial, entre 1900 e 1950 começaram a fazer-se sentir os primeiros reflexos do declínio da mortalidade, fenómeno esse que se tornou mais evidente a partir de 1930, altura em que, paralelamente, também a fecundidade sofre um decréscimo, apenas contrariado no período de 1945 a 1950, momento em que Portugal à semelhança de todos os países europeus e dos Estados Unidos da América conheceu o denominado baby-boom que se seguiu à II Guerra Mundial. A partir de 1940 a população idosa cresce a um ritmo mais rápido do que a restante população, assumindo uma tendência que se veio a verificar definitiva (Fernandes, 1997). Contudo, o fenómeno do envelhecimento demográfico tornou-se ainda mais evidente nos últimos 40 anos, o que podemos constatar de forma inequívoca na Figura 1.

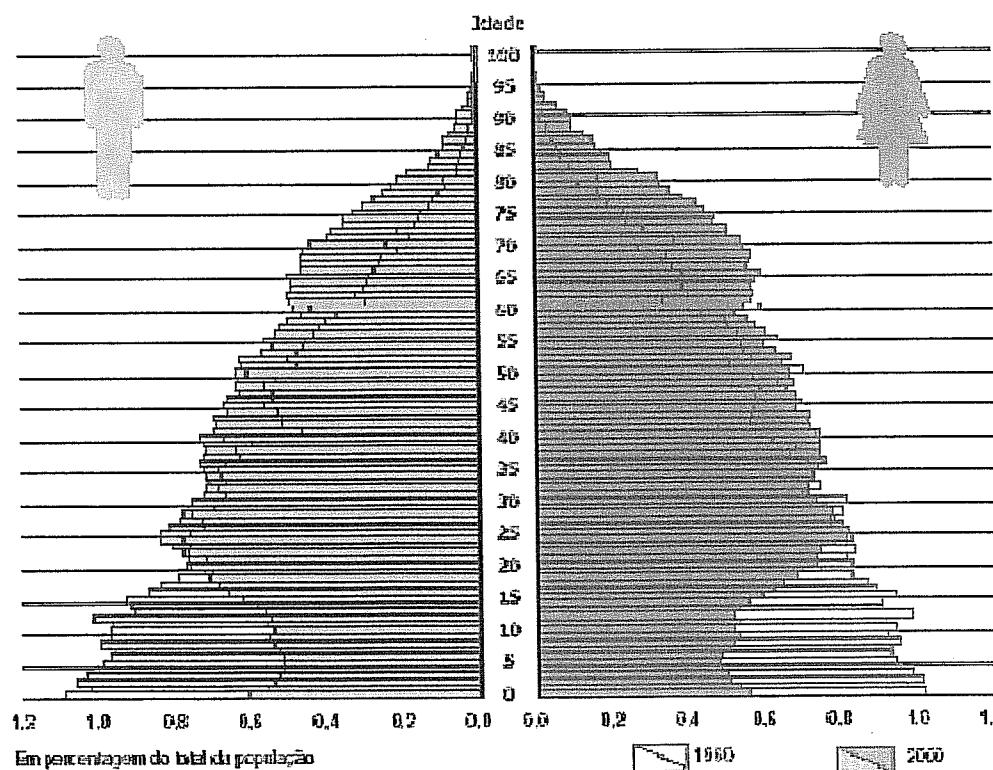


Figura 1 - Pirâmide de Idades, Portugal 1960-2000. Fonte: INE/DECP, Estimativas e Recenseamentos da População (INE, 2002)

As convulsões no âmbito da demografia acompanharam um país que nas últimas quatro décadas mudou muitíssimo, nas palavras de Barreto (2000).

Na década de 60, a maioria dos portugueses vivia em condições de relativa pobreza, atestada pelos baixos níveis de rendimento e logo pelo respectivo poder de compra e de acesso à cultura e ao conforto (Vaz, 1998). Contudo, um longo caminho parece ter sido percorrido e Barreto (2000) teve oportunidade de identificar os contextos em que as modificações foram mais evidentes para além do cenário demográfico. Foram elas a saúde; a educação, o rendimento e os níveis de vida; a habitação, conforto e bem-estar; a segurança social; a cultura; a justiça; as contas nacionais e a função social do Estado e as empresas e trabalhadores.

Tracemos de uma forma abreviada e sustentados em Barreto (2000) um retrato desses anos que permitirá, esperamos, uma melhor compreensão do envelhecimento demográfico.

No decurso dos anos 60, Portugal conhece os primeiros reveses no seu império colonial: perde os territórios da Índia Portuguesa, os primeiros esforços dos movimentos independentistas evidenciam-se em Angola e depressa alastram a Moçambique e à Guiné, dando início às guerras de guerrilha que persistiram até meados da década seguinte.

Começa também a destacar-se a emigração, uma nova e volumosa emigração que tinha como destino preferencial a prosperidade da Europa. Esta dinâmica migratória condiciona a estrutura populacional. Barreto (2000) situa o número de cidadãos que abandonou Portugal tendo como destino a Europa e ainda as Américas, entre 1960 e 1974, em 1.5 milhões. Desta forma ocorre um saldo migratório negativo (em que o número de saídas supera o número de entradas) que conduz a um decréscimo no volume populacional, em cerca de 3%, acompanhado pelo envelhecimento das estruturas etárias (Valente Rosa & Chitas, 2000).

Até então, Portugal mantinha-se como o país mais jovem da Europa Ocidental, tendência que, como já verificámos, veio inverter-se. Como refere Barreto (2000) a própria estrutura

da família ressentiu-se destas alterações. Num primeiro momento, predominavam as famílias alargadas onde coexistiam diversos laços de parentesco e diferentes posições na hierarquia geracional. Actualmente, a família é bem diferente. Portugal adoptou o modelo familiar protagonizado por todos os países que conhecem uma economia industrial e cuja tipologia familiar podemos caracterizar como um grupo doméstico, na generalidade nuclear, inserido numa rede de parentesco bilateral, ocupando um lugar dominante na produção social, o que lhe confere um poder implícito de considerável importância (Segalen, 1999).

A par das alterações neste domínio, desde a década de 60 que uma sociedade moderna, urbanizada e de forte pendor terçoário parece impor-se em detrimento de um país conservador e tradicionalmente rural. Refira-se, a título de exemplo, que no período que medeia entre 1926 e 1945, 80% da população portuguesa baseava a sua subsistência na produção agrícola. A agricultura portuguesa, tradicionalmente assente no minifúndio, encontrava-se distribuída por pequenas comunidades rurais e era exercida em condições precárias. Existia em função de uma economia nacional depauperada e de um sistema corporativista. O ensino constituía-se simultaneamente como um instrumento de doutrinação ideológica e como uma estratégia de controlo, a que o Estado Novo recorria para legitimar a autoridade estatal (Vaz, 1998). Nas décadas de 40 e 50, o agravamento da situação económica da Europa e por arrastamento a de Portugal, obrigou ao êxodo para as grandes cidades. Esta população flutuante abandonou as suas tradições e contextos sociais, mas não as dificuldades económicas e sociais que persistiram ainda por mais algumas décadas, conduzindo a fenómenos como a (i)migração e a um desmembramento ainda mais evidente da estrutura familiar e da rede de suporte social (Fernandes, 1997). Na década de 60, a maioria dos portugueses vivia em condições de relativa pobreza, atestada pelos baixos níveis de rendimento e logo pelo respectivo poder de compra e de acesso à cultura e ao conforto (Vaz, 1998). Foi a partir desta data que começou a evidenciar-se o um novo

modelo de crescimento económico, potenciado através de obras de infra-estrutura e de algumas indústrias de base, nomeadamente, nos sectores da energias, transportes e comunicações. Deste modo, a urbanização, alguns novos projectos industriais e o desenvolvimento dos serviços impõem-se (Barreto, 2000).

Estas modificações culminam numa alteração sem precedentes: em 1974 o país conhece uma revolução política que não tarda em transformar-se numa revolução social.

O processo de descolonização conduz a Portugal mais de 600 000 cidadãos que regressam de África. Este retorno resulta num saldo migratório positivo (o número de entradas ultrapassa o número de saídas) e permite um significativo aumento populacional que contribui para o desacelerar do envelhecimento das estruturas etárias e ainda para um aumento de 14% na população (Valente Rosa & Chitas, 2000).

Na década de 80 ocorre um novo saldo migratório negativo que quase anula o saldo positivo conseguido na década anterior e que, na opinião da mesma autora, concorreu para um reforço da tendência para o envelhecimento demográfico. Neste contexto como no genérico das situações, Portugal aproximava-se agora e continua a aproximar-se, de forma inexorável, da Europa.

De uma forma sumária e ilustrativa, entre 1960 e 2001 o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosa, o que está patente na Figura 2. A proporção da população idosa, que representava 8,0% do total da população em 1960, mais que duplicou, passando para 16,4% em 12 de Março de 2001, data do último Recenseamento da População. Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhão de indivíduos, passando de 708 570, em 1960, para 1 702 120, em 2001, dos quais 715 073 homens e 987 047 mulheres (INE, 2002).

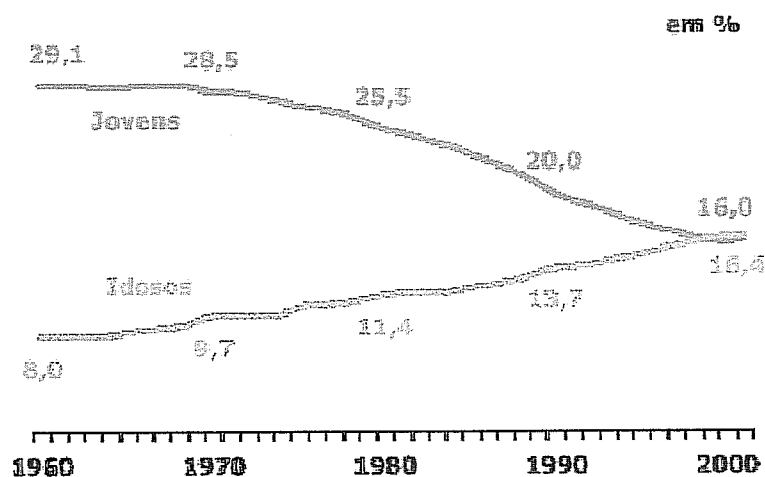


Figura 2 - Evolução da Proporção da população jovem e idosa, Portugal 1960 – 2001. Fonte: INE/DECP, Estimativas e Recenseamentos Gerais de População. (INE, 2002)

Contudo, em Portugal continuam a persistir assimetrias geográficas quando nos reportamos ao envelhecimento demográfico. De acordo com Valente Rosa e Chitas (2000) se em 1960 já existiam desequilíbrios crescentes na distribuição da população, essas disparidades foram-se agravando. Existem então zonas onde o envelhecimento se faz sentir com maior premência. Existem zonas onde o enfraquecimento da dinâmica natural das populações as expõem a maiores influências dos fenómenos migratórios. Existem zonas onde se verificam significativos ganhos de efectivos populacionais (como o Litoral e as Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto) que coexistem com regiões menos dinâmicas e onde o envelhecimento no topo da pirâmide etária se torna mais evidente (Interior). Podemos constatar estes cambiantes na Figura 3.

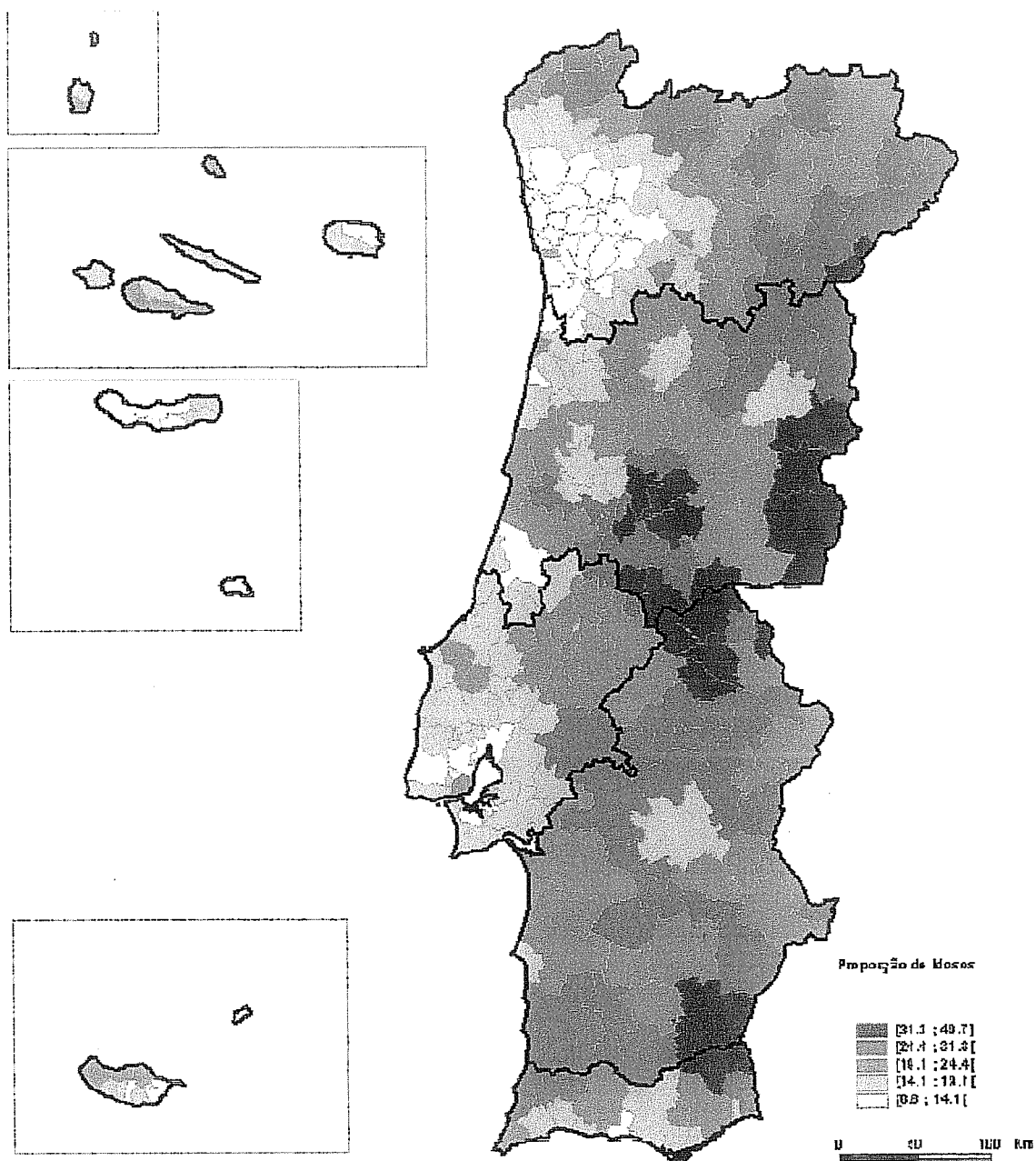


Figura 3- Distribuição da População idosa por concelhos, Portugal 2001. Fonte: INE / DME, Serviço de Geoinformação (INE, 2002)

Importa, a par da delimitação do panorama demográfico, localizar as alterações que ocorreram ao nível da Segurança Social e da função social do Estado e que directamente remetem para as problemáticas das pessoas idosas.

Fernandes (1997) esclarece que com o Estado Novo, a intervenção do Estado caracterizava-se por um afastamento da responsabilidade social ao não assumir os encargos financeiros,

i.e., ao Estado competia apenas promover o surgimento e desenvolvimento das instituições de solidariedade e previdência, que eram sustentadas por quotas pagas pelos trabalhadores. Este sistema apenas permitia auferir um magro rendimento, o que reforçava os laços familiares como garante de solidariedade social, respeitando a ideologia dominante do sistema. Aliás, segundo Ferreira de Almeida (1992, cit. In. Pires, 1994, pp.57) "*um dos factores que mais contribuiu para que as insuficiências do desenvolvimento e a insipiência do Estado Previdência não se tenha traduzido mais generalizada e intensamente em situações de pobreza, é a importância que na sociedade portuguesa continuaram a ter os laços de entre ajuda e as solidariedades familiares, locais e de grupo*".

Este sistema de reformas só foi corrigido no início da década de 70. Em 1972 quer a idade de reforma mínima quer o montante das reformas auferidas foram actualizados. O Estado foi constringido a estas alterações pelas condições de carência de uma população idosa que se começavam a tornar evidentes. Apenas após o 25 de Abril se assistiu à universalização do direito à reforma, alargando o campo de aplicação deste benefício aqueles que não tinham exercido qualquer actividade. Simultaneamente, ocorreu um maior esclarecimento dos população acerca da problemática da velhice, já que o envelhecimento demográfico se tornou um fenómeno cada vez mais evidente. Tal promoveu a criação de instituições que visavam substituir os asilos ou hospícios outrora destinados aos idosos. Actualmente, existem instituições de apoio que passam pelo alojamento exclusivo, lares ou residências, ou aquelas que visam a permanência dos idosos no seu próprio domicílio, como os centros de dia, os centros de convívio e o apoio domiciliário (Fernandes, 1997).

Podemos então questionarmos sobre qual a representação da pessoa idosa no seio desta dinâmica. De acordo com Bourdelais (1993, In Fernandes, 1997) a representação da pessoa idosa a que ainda hoje recorremos encontra-se desfasada da realidade. Esta é sustentada

ainda em critérios, nomeadamente ao nível da autonomia financeira e de saúde, que não estão necessariamente actualizados.

Deste modo, reforçamos que as pessoas idosas com quem nos cruzamos actualmente são necessariamente diferentes das pessoas idosas com quem as actuais gerações mais velhas se cruzaram na sua juventude e sobre as quais erigiram as suas próprias expectativas de envelhecer e ser idoso. Apontemos apenas um exemplo: As actuais gerações idosas são as primeiras a reconhecer como experiência social normal uma experiência de vida consideravelmente longa, com a transição para a idade idosa, regulada socialmente facto que, nomeadamente no seio da família, obriga a uma constante reelaboração nas relações familiares intergeracionais, das expectativas recíprocas, dos direitos e dos deveres.

Também Kertzer & Plaslett (1995) reflectiram sobre esta temática. Para os autores este fenómeno de envelhecimento demográfico foi tão repentino que ainda não decorreu tempo suficiente para perceber as verdadeiras transformações que acarreta. Persiste ainda nas sociedades ditas Ocidentais, onde o fenómeno é mais evidente, uma falsa consciência. Continuam a produzir-se assunções relativas ao envelhecimento e à pessoa idosa que eram correctas até ao último século mas que tendem a desvanecer.

Podemos assim reflectir sobre as consequências deste envelhecimento demográfico a nível social e que traduzem uma contradição: por um lado, o problema do envelhecimento torna-se global, por outro, os riscos associados a este processo são responsabilidades individuais.

Este duplo registo torna-se evidente, nomeadamente, ao nível das políticas sociais. O resultado mais evidente deste envelhecimento demográfico é o da redução do número de activos. As economias mais ricas sentem já os desafios colocados por este declínio e questionam formas de corresponder às exigências relacionadas com os sistemas de saúde e pensões.

Vejamos alguns exemplos. Se atendermos aos documentos produzidos pela 1ª Assembleia sobre o Envelhecimento, levada a cabo em 1982, e às evidências produzidas no Fórum de Valência, realizado em 2002, verificamos que as preocupações relacionadas com as políticas sociais dirigidas às pessoas idosas não podiam ser mais divergentes.

De facto, no período que mediou entre 1960 e 1980, altura em que os primeiros efeitos do envelhecimento demográfico se fizeram sentir, notava-se um aumento das despesas sociais, nomeadamente com pessoas idosas ao nível das pensões e cuidados de saúde.

Duas décadas passaram e o contraste é evidente. A ideia de um Estado-Providência dirigido às pessoas idosas foi enfraquecendo progressivamente em muitos países europeus, nomeadamente em Portugal.

Envelhecer é cada vez mais um risco individual e não tanto uma responsabilidade colectiva o que é evidente quando constatamos o encorajamento da tendência para a limitação do Estado-Providência e a promoção de iniciativas privadas e voluntárias, nomeadamente fundos de pensões capitalizáveis.

Torna-se também necessário, para que melhores práticas sejam possíveis, situar o fenómeno do envelhecimento a partir de três referenciais: o próprio, o grupo e a sociedade. O próprio na medida em que são de crucial importância as consequências e expectativas associadas à mais idade identificadas e sentidas pelas próprias pessoas idosas. É também imprescindível que as necessidades e características do grupo social “pessoas idosas” sejam consciencializadas. Neste contexto, salvaguardamos a necessidade de uma acurada análise do(s) grupo(s) em questão de modo a contornar a falsa homogeneidade tantas vezes veiculada às pessoas idosas e patente, inclusivamente, no tipo de respostas sociais disponíveis. Ao nível da sociedade é também urgente analisar o impacto do número de pessoas idosas, com reflexo nos domínios económico, político e social, bem como da forma com se vive a velhice na organização social.

## Desenvolvimento bio-psico-social experienciado pela pessoa idosa

Sabendo que a saúde se define como o completo bem-estar físico, psíquico e social e não a mera ausência de doença (OMS, 1989), parece-nos importante explicitar, no contexto do objecto do nosso estudo, as alterações sentidas pela pessoa idosa nos referidos contextos, assente no pressuposto que a pessoa idosa se encontra perante modificações biológicas, psicológicas e sociais, que se constituem como o processo de envelhecimento (Pacheco e Almeida, 1987).

A par do género, da etnicidade e da classe social, a idade é uma das quatro dimensões que permite organizar a experiência individual e social (Kertzer & Plaslett, 1995) contudo, podemos falar de idades biológica, psicológica e social próprias a cada indivíduo. Sendo que a idade demarcada como limite da entrada na velhice não remete para nenhum cambiante nas esferas biológica ou psicológica do indivíduo, mas antes para uma fronteira socialmente demarcada, abordaremos, em primeiro lugar, as questões relativa à dinâmica social.

### Desenvolvimento Social

★ As alterações sociais são condicionadas pela reforma, eventual isolamento, inactividade, dificuldades económicas e habitacionais e resultam, em grande medida, da alteração do estatuto social.

Consideremos, em primeiro lugar, a reforma. É a reforma que, apesar da heterogeneidade da população idosa, permite uma abordagem diferenciada dos indivíduos com mais de 65 anos.

Uma vez que nas sociedades ocidentais o estatuto social está intimamente ligado ao estatuto profissional, à reforma corresponde a morte social, a inutilidade, a marginalização, i.e., a reforma remete para um decréscimo na anterior capacidade de obter rendimentos e até para alterações do estatuto económico, o que conduz a pessoa idosa à perda da sua auto-imagem profissional (Sandler, 1984). Na generalidade, à transição de uma vida activa (com actividade económica) para uma fase inactiva (reforma), corresponde uma perda, mais ou menos significativa, dos rendimentos, o que contribui para o aumento da vulnerabilidade à diminuição da qualidade de vida (Machado, 1994). O mesmo autor refere que a generalização da idade de reforma é a responsável por uma homogeneização da condição social da pessoa idosa, conferida pelo tecido social envolvente, assente numa tripla equivalência: idoso = inactivo = dependente.

Com a reforma, uma parcela significativa do tempo outrora preenchido com a actividade laboral, deixa de corresponder a uma situação objectiva, o que pode suscitar diferentes reacções em diferentes indivíduos. Estas respostas podem situar-se entre uma reacção depressiva - onde pontuam sentimentos de inutilidade, de dependência, dificuldades em encontrar significado para a existência e decréscimo na auto-estima - ou respostas em que a reforma é bem aceite e vista como uma oportunidade para procurar novas formas de preencher o tempo, nomeadamente pela procura de actividades alternativas e pelo cultivo de novas relações. Numa situação intermédia, encontram-se os idosos que encaram de forma passiva as modificações introduzidas pela reforma (Aiken, 1989).

Outras vivências diferenciadas condicionadas pela reforma são introduzidas pelas já referidas mudanças observadas nos rendimentos económicos e no estatuto ocupacional. Estas alterações podem ser indutoras de *privação relativa* (Stouffer et al., 1949, In Abeles, 1992) e de *incongruência de estatuto* (Lensky, 1954, In Abeles, 1992). Tal é mais evidente no seio da população idosa que se situa na denominada classe média (Abeles, 1992).

Relembrando que com a reforma a pessoa idosa fica com uma importante parcela de tempo disponível, podemos questionar como é que ocupa os seus tempos livres.

Valente Rosa (1999) afirma, num estudo dedicado à população reformada portuguesa, que o preenchimento do tempo de reforma se divide entre a satisfação de necessidades básicas, o trabalho doméstico e outras responsabilidades familiares e actividades de lazer.

A mesma autora refere que a maioria da população reformada demonstra uma implicação reduzida nas formas de lazer, quer estas se encontrem centradas no domicílio ou fora do domicílio.

Assim, concretamente em relação às actividades centradas no domicílio, a actividade preponderante é o consumo de televisão (95% dos homens e 90% das mulheres inquiridos declaram ver regularmente televisão), secundada pela audição de rádio, leitura de jornais e revistas (mais importante nos contextos residenciais urbanos e na população masculina).

Quando nos referimos às actividades elaboradas no exterior do domicílio, destaca-se a participação em actividades religiosas (importante entre homens e mulheres e particularmente evidente nos contextos residenciais rurais) e a frequência de praças ou de jardins públicos (mais importante entre os homens). Outras actividades centradas fora do domicílio (como a visita de museus, de exposições, de bibliotecas ou de livrarias, a ida ao teatro ou a outros espectáculos e ao cinema, e as viagens) têm pouca expressão entre a população idosa.

Apesar destes dados, Valente Rosa (1999) afirma que a implicação da população reformada se encontra pouco implicada nas referidas actividades, quando comparadas com a população activa.

Não é apenas no contexto laboral que o indivíduo se depara com alterações. Também no seio das suas redes sociais ocorrem a modificações

As redes sociais possuem uma estrutura dinâmica, adaptando-se ao ciclo de vida do indivíduo e aos contextos sociais em que este se insere (Mauser, 1983, In Paúl, 1997). As redes sociais das pessoas idosas – no caso de cariz informal – podem, de acordo com Paúl (1997) subdividir-se em dois grandes grupos: as redes constituídas pela família do próprio idoso e as constituídas pelos seus amigos e vizinhos.

Um dos factores determinantes para a composição destas redes sociais é o estado civil da pessoa idosa.

Destaquemos, em primeiro lugar, o casamento. Após o declínio da satisfação marital na meia idade, os casamentos tornam-se cada vez mais positivos à medida que os parceiros envelhecem (Brubaker, 1990, Levenson et al., 1993, In Carstensen et al., 1995). Para este incremento da satisfação com o casamento concorre o facto de que, com a idade, as diferenças entre os géneros aos nível da personalidade se esbaterem (Jung, 1933, In Barreto, 1988; Hide & Phillis, 1979, Gottman, 1987, In Carstensen et al., 1995). Embora tanto os homens como as mulheres idosas tendam a centrar-se sobre si próprios e sobre as suas necessidades pessoais, os papéis que assumem na relação marital parecem modificar-se. O envelhecimento torna as mulheres mais assertivas e peremptórias e os homens mais passivos e protectores e menos ambiciosos (Neugarten, 1969, In Aiken, 1989). O resultado deste alteração de padrões relacionais é uma redução na tensão emocional, uma comunicação mais facilitada e uma maior partilha de sentimentos (Aiken, 1989).

O casamento pode ainda funcionar como um recurso moderador de stress, já que permite atenuar o impacto das dificuldades económicas, das limitações físicas e da qualidade da

saúde (Hobfoll, 1989, In Tower & Kasl, 1995; Carstensen, 1991, In Carstensen et al., 1995).

Tower et al. (1995) afirmam ainda que a relação marital pode influenciar a auto-avaliação do próprio e, conseqüentemente, a sua satisfação de vida. De acordo com a *Teoria do Amor* (Aron & Aron, 1994, In Tower et al., 1995), a identidade do próprio pode expandir-se pela identificação com o parceiro amado, donde resulta um auto-conceito diferenciado e positivo, que pode ajudar no recrudescimento de eventuais sintomas depressivos. Também a percepção que cada um tem do papel que desempenha e do papel do cônjuge e as avaliações que o próprio faz da sua eficácia do desempenho do seu papel podem influenciar os sintomas depressivos (Gove, Hughes & Style, 1983, In Tower et al., 1995), particularmente no caso das mulheres idosas (McGrath, Keith; Stickland & Russo, 1990, In Tower et al., 1995).

Embora o casamento por si só não seja um garante de felicidade, Aiken (1989) e Mastekaasa (1995) afirma que as pessoas idosas casadas tendem a ser mais felizes que os seus congêneres com outro estado civil.

Foram ainda relatadas diferenças atribuíveis ao gênero na vivência de pessoas idosas casadas. Assim, Williams (1988, In Tower et al., 1995) destacou que as mulheres idosas são mais fortemente influenciadas pela qualidade afectiva do casamento do que os homens. Verificou-se também que o casamento é um predictor de mais baixos níveis de depressão em homens idosos do que entre mulheres (Kessler & Essex, 1982, In Tower et al., 1995). O casamento funciona também como melhor predictor de saúde no caso das pessoas idosas do sexo masculino (Verbrugge, 1985, In Tower et al., 1995).

Postula-se ainda que os cônjuges, especialmente em relações maritais de longa duração, se influenciam mutuamente no contexto da satisfação de vida (Tower et al., 1995; Coyne, 1976, In Bookwala & Schulz, 1996). De acordo com Tower et al. (1995) esta influencia é

exercida pelos cônjuges de forma directa (através dos efeitos que as suas características e comportamentos individuais exercem sobre o outro) e indirectamente (através da qualidade da relação que cada casal cria), i.e., os cônjuges influenciam-se mutuamente através das suas interacções e cognições, sendo esta influência tanto mais marcante quanto a proximidade que os indivíduos têm entre si. Bookwala et al. (1996) afirmam que o estado afectivo de cada um dos elementos do casal exerce influência sobre o estado afectivo do indivíduo que com ele se relaciona. Tal vem confirmar o *Fenómeno da Convergência de Estados Afectivos*, proposto por Coyne (1976, In Bookwala et al., 1996).

Quanto à viuvez, este é, obviamente, um factor disjuntivo da vida de um indivíduo, assumindo-se, inclusivamente, como o acontecimento de vida mais stressante (Holmes & Raye, 1967, In Carr, House, Kessler, Nesse, Sonnega & Wortman, 2000). A morte do cônjuge pode ter consequências físicas e psicológicas no cônjuge sobrevivente. No contexto das reacções físicas, a viuvez pode evidenciar problemas de saúde já existentes e pode também contribuir para o aparecimento de novas desordens (Parkes, Benjamin & Fitzgerald, 1969, Seligman, 1975, In Aiken, 1989). As reacções psicológicas passam pela ansiedade, depressão, culpa, dificuldades ao nível da memória e da atenção, insónia, perda de apetite, energia e peso.

Também alguns “dilemas existenciais” (Lieberman, 1993) poderão surgir ao cônjuge sobrevivente: ressentimentos relativos a défices da sua relação da sua relação marital e a outros aspectos da sua vida. Estas confrontações com a realidade e com o passado conduzem a sentimentos de solidão e à noção de vulnerabilidade. Como tal, estes “dilemas existenciais” podem ser elementos perturbadores para algumas pessoas idosas, enquanto que para outras se podem constituir como factores desencadeadores de busca de novos significados para a vida (Yalom & Lieberman, 1991, In Lieberman, 1993).

Contudo, realça-se que as pessoas idosas do sexo masculino e do sexo feminino tendem a responder à viuvez de maneira distinta, já que revelam dificuldades de adaptação em contextos distintos. Neste contexto importa destacar que existe um maior número de mulheres idosas viúvas do que homens o que, de acordo com Soldo (1981) pode ser atribuível ao facto de as mulheres terem uma maior esperança de vida do que os homens e ainda à constatação de que os homens sobrevivem à viuvez menos tempo que as mulheres. Também Barreto (1994) oferece uma justificação para o maior número de viúvas ao referir que, tradicionalmente, os homens escolhiam para esposas mulheres mais jovens do que eles. Assim as maiores dificuldades das mulheres viúvas situam-se ao nível dos rendimentos económicos enquanto que os seus congéneres do sexo masculino enfrentam maiores necessidades de companhia e uma solidão mais acentuada, descobrindo a sua dependência da esposa para lhes suprir o suporte físico e emocional de que lhes precisavam (Aiken, 1989). Em contrapartida, as viúvas idosas tendem a tornar-se mais competentes e independentes após a morte do cônjuge (Aiken, 1989; O'Bryant & Morgan, 1990, In Paúl, 1997).

Ainda em relação ao impacto da viuvez, diversos estudos foram elaborados. Segundo uma perspectiva clássica, preconizada por Freud (1917, In Lieberman, 1993) no impacto da morte do cônjuge sobre a saúde psicológica salientava-se o processo de luto. Era o luto que oferecia ao membro do casal sobrevivente uma oportunidade para se desligar do *attachement* ao falecido e, conseqüentemente, libertava-o para novos *attachements* (*reattachements*). Este processo de luto seria pautado por uma luta interna entre a saudade sentida pelo outro e a realidade da ausência do outro. Como tal, a saúde mental do membro sobrevivente do casal, estaria dependente da capacidade de elaborar o luto. O falhanço desta capacidade seria evidente num processo de luto exageradamente longo, na incapacidade de elaborar o luto ou na supressão ou negação de emoções.

Actualmente, já não se considera a existência de um padrão universal de luto. O processo de luto será condicionado pelo suporte social, contexto social em que o indivíduo se move e processos internos (nomeadamente estratégias de coping e capacidades adaptativas).

Quanto aos idosos solteiros, a sua vivência é menos pautada pela solidão do que a média das outras pessoas idosas (Gubrium, 1975, In Aiken, 1989). Paralelamente, são também mais competentes e independentes que os seus congéneres. Tal pode ser atribuído ao facto de terem vivido sozinhos durante um parte significativa da sua vida, utilizando outros recursos emocionais e desenvolvendo sentimentos de auto-confiança diferenciados perante acontecimentos de vida indutores de stress. Apesar de possuírem uma rede social mais restrita, têm, frequentemente, interacções sociais com elementos externos aos meio familiar já que não tiveram de corresponder às solicitações dos filhos ou do cônjuge (Aiken, 1989). De acordo com Stull & Scarisbrick-Hauser (1989, In Paúl, 1997), as pessoas idosas solteiras (quando comparadas com casadas ou viúvas) são socialmente activos, não são isoladas e não incorrem em maior risco de institucionalização. Espera-se uma continuidade em muitos domínios sociais, nomeadamente contexto residencial e relacionamentos.

O envolvimento da pessoa idosa com a família é extremamente valorizado por ambas as partes (Atchley, 1987, Blieszner & Mancini, 1987, In O'Connor, 1995). Nas relações com os familiares, nomeadamente com os filhos, prevalece nas pessoas idosas o desejo de respeitar a autonomia e a independência, desejo esse que é perfilhado pelos restantes intervenientes (Finch, 1986, In Pimentel, 2001).

Ainda em relação à família, esta continua a assumir-se como o grande agente prestador de cuidados aos seus elementos mais frágeis, nomeadamente os idosos (Stoller, Forster & Duniho, 1992, In Paúl, 1997). No caso particular da realidade portuguesa, Quaresma

(1994) reconhece que a família continua a ser o espaço de referência para a solidariedade intergeracional dirigida aos seus parentes mais idosos.

A introdução de um parente idoso na actual estrutura familiar – a família nuclear - reveste-se de uma crescente complexidade, uma vez que embora a dimensão da família tenda a reduzir-se, cada membro da família desempenha um crescente número de papéis, cada vez mais exigentes. Assim, podemos apontar algumas dificuldades de ordem pessoal, familiar, económica e de integração social e profissional.

As dificuldades de ordem pessoal prendem-se com o stress físico e psíquico associado à prestação de cuidados já que o idoso pode encontrar-se em diferentes graus de dependência. Neste contexto, salientamos as limitações de mobilidade do idoso e actividades de manutenção da higiene que obrigam a esforços físicos significativos por parte do prestador de cuidados (Stall, 1995). Também actividades como a supervisão do regime medicamentoso podem ser indutores de stress (Stall, 1995). Surge também a ansiedade associada à resolução de determinadas situações decorrente da falta de informação e formação adequadas à prestação de cuidados (Barber, 1996) e, quando a prestação de cuidados impõe uma sobrecarga significativa, sentimentos de depressão, frustração, culpabilidade e ressentimento (Lawton et al., 1989, In Paúl, 1997).

As dificuldades de ordem familiar podem passar por conflitos familiares determinados pela introdução de um novo elemento na dinâmica familiar (o que conduz a uma reorganização quer do espaço físico quer do espaço emocional), dificuldades em mobilizar uma rede acessória de apoio (de cariz formal – institucional - ou informal – constituída por outros membros da família e/ou amigos e/ou vizinhos).

São também de salientar as dificuldades de ordem económica, já que a prestação de cuidados a um idoso traz consigo encargos económicos acrescidos – maiores despesas

médicas, maiores despesas farmacêuticas,... – que podem constituir-se como elementos desreguladores do orçamento familiar (Quaresma & Bernardo, 1994; Stall, 1995).

As dificuldades de integração social e profissional tornam-se prementes no caso dos prestadores de cuidados em situação profissional activa, nomeadamente em Portugal onde, como salientam Quaresma & Bernardo (1996), se verifica uma falta de legislação garantindo facilidades que permitam conciliar esta função familiar com a função profissional. Salientam-se ainda as restrições de acesso a actividades sociais e culturais pela inexistência de uma rede de apoio acessória ou pelo próprio desgaste da situação. Podemos ainda referir dificuldades decorrentes da ausência de apoios formais quer no contexto dos recursos humanos quer em técnicos que facilitem a prestação de cuidados.

Observa-se ainda a dificuldades em corresponder às exigências “laborais”, já que os prestadores de cuidados – grupo que, como já foi referido, é constituído, na sua maioria, por mulheres: esposas ou familiares do sexo feminino da geração seguinte – têm de conjugar diversos papéis para além da prestação de cuidados ao familiar idoso: mãe, esposa, dona-de-casa e profissional, e, no caso das mulheres de meia idade, estas têm de corresponder, simultaneamente, às necessidades da geração mais nova - os filhos – e da geração mais velha – os pais. Estas gerações, que se encontram nas denominadas idades “centrais” são também as primeiras a residir no centro do fluxo comunicacional e das trocas entre as diversas gerações e de provimento das necessidades económicas e afectivas (Sussman, 1984, in Segalen, 1997).

Curiosamente, Arber & Gilbert (1989, In Paúl, 1997) referem que os homens e os solteiros em geral que assumem as funções de prestadores de cuidados a um familiar idoso recebem maior apoio social e reconhecimento do que quando esse papel cabe a uma mulher casada.

Contudo, verifica-se que o envolvimento com amigos promove mais satisfação de vida entre as pessoas idosas do que as relações com familiares (O'Connor, 1995). As explicações para tal residem no facto de que as relações familiares poderem estar fundamentadas em sentimentos de obrigação que põem em causa a proximidade afectiva e a qualidade relacional (Lee & Shehah, 1989, In O'Connor, 1995). Como já foi referido anteriormente, as relações de amizade, porque revestidas de um carácter voluntário, assumem-se como um factor determinante, já que permitem à pessoa idosa percepções de auto - confirmação, valorização do eu, intimidade, aceitação e protecção contra o mundo. Desempenham também um importante papel na protecção da pessoa idosa contra a eventual deterioração física, perda de pares, dificuldades económicas, perda de estatuto social e outros acontecimentos que podem construir-se como acontecimentos geradores de stress na pessoa idosa (Aiken, 1989; Paúl, 1997).

Quer a relação com familiares quer a relação com amigos são extremamente importantes para a pessoa idosa. Em ambos os casos a qualidade do envolvimento é mais importante que a frequência de contacto (O'Connor, 1995).

Perante o cenário traçado, podemos questionar a qualidade do suporte social entre as pessoas idosas. Uma das crenças mais frequentemente aceites nesta área é a de que o suporte social das pessoas idosas é menor do que o dos indivíduos mais jovens (Minkler, 1985, Lang, 2001). Kahn (1979, In Minkler, 1985) afirma ainda que para além de menor, o suporte social das pessoas idosas reveste-se de características distintas nomeadamente assimetria (têm menos oportunidade de dar do que de receber), instabilidade e mudanças ao nível da interacção proporcionada (menos afecto e mais formas de apoio material).

Diversas abordagens teóricas pretendem sustentar este fenómeno. Por um lado, autores como Cumming & Henry (1961, In Paúl, 1996), no seio da *Teoria do Desligamento*, referem que a pessoa idosa realiza uma retirada voluntária do seu investimento em objectos externos, nomeadamente das interacções sociais, concentrando as suas energias em referenciais e preocupações internas. Não podemos contudo deixar de destacar uma perspectiva distinta é preconizada por Kuhlen (1959, In Barreto, 1988) que enuncia a *Teoria da Actividade* e que faz associar um envelhecimento bem sucedido à manutenção de actividades e de vínculos sociais, referindo que um padrão distinto não se ficaria a dever à vontade da pessoa idosa mas sim a limitações impostas, nomeadamente pela precaridade da saúde ou por características da conjectura societária em que o indivíduo se encontra inscrito.

Fredericson & Carstensen (1990, In Paúl, 1997) sustentam-se na *Teoria da Selectividade* afirmando que as pessoas idosas tendem a ter um menor número de contactos sociais. Esta perspectiva teórica postula que existem duas motivações que regulam a actividade social ao longo do ciclo de vida: a procura de informação e a regulação emocional. A procura de informação é mais evidente na infância, adolescência e entre os adultos mais jovens, enquanto que a regulação emocional se torna mais importante entre as pessoas idosas. A regulação emocional compreende o estabelecimento de intimidade e a motivação para o bem-estar. Quando o indivíduo se encontra sob o primado desta orientação, são privilegiadas as relações mais próximas e familiares já que estas tendem a ser mais gratificantes emocionalmente e a proporcionar mais suporte (Carstensen et al., 1998, In Lansford, Sherman & Antonucci, 1998). A esta orientação não é, de acordo com os autores supracitados, alheia a perspectiva de futuro que cada indivíduo elabora. No caso particular das pessoas idosas, uma perspectiva de futuro menos extensa, decorrente da proximidade da morte, resultaria no estreitamento das redes sociais (Lang, 2000). Carstensen et al. (1999, In Lang, 2000) afirmam que a proximidade da morte não se encontra necessariamente

associada à presença de sintomatologia depressiva ou ao afecto negativo. Afirmam antes que, nesta etapa, necessidades afectivas se salientam e determinam a expectativas que o indivíduo elabora da suas relações com os outros, condicionando assim as suas escolhas.

Mais são discriminados alguns acontecimentos que comprometem o suporte social das pessoas idosas.

Salientemos a reforma. Esta é geralmente reconhecida como um acontecimento isolado (i.e., com o abandono abrupto da actividade laboral), muitas vezes compulsivo, e não como um processo. Daqui decorre que, especialmente entre os homens residentes no meio urbano, com a reforma uma parcela significativa do tempo, outrora preenchido com a actividade laboral, deixa de corresponder a uma situação objectiva, relegando o indivíduo para um estatuto incerto, para eventuais alterações do estatuto económico e na qualidade de vida (Sandler, 1984; Machado, 1994). São ainda evidentes as alterações ao nível das relações sociais já que os contactos sociais com colegas e amigos de trabalho podem ficar comprometidos (Fernandéz & Fuentes, 1991).

Também a perda do cônjuge é apontada como um factor disruptivo do suporte social da pessoa idosa. A viuvez força a pessoa idosa a alterar planos, esperanças e sonhos para o futuro (Silver & Wortman, 1980, In Lieberman, 1993), levando-a a adoptar uma lógica de pensamento e uma auto-imagem baseada no "eu" e não no "nós", afectando a composição da rede social já que, p.e., são menos frequentes os contactos com outros casais (Morgan & March, 1992, In van Tilburg, 1998).

A morte ou incapacidade de membros da rede social resultam em óbvias perdas (Antonucci & Akiyama, 1987, In van Tilburg, 1998) e os constrangimentos ao nível da saúde reduzem as possibilidades de manter algumas relações (Morgan, 1988, In van Tilburg, 1998; Lang, 2001).

Assim, de uma maneira genérica, verifica-se que a literatura produzida nesta área insistia numa perspectiva de perda: perda de vínculos sociais (imposta por acontecimentos como a reforma, a morte de cônjuge ou de pares) e perda de agilidade física que concorreriam para a diminuição do suporte social da pessoa idosa e para o conseqüente isolamento (Férrandéz & Fuertes, 1991).

Contudo, abordagens mais recentes apontam para a modificação da natureza do suporte social e não para a sua perda. De facto, afirma-se que a denominada terceira idade não é caracterizada por um declínio nos recursos sociais (Martire, Schulz, Mittelmark & Newson, 1999).

Factores que comumente são apontados como obstáculos podem constituir-se como oportunidades de reforço do suporte social das pessoas idosas. Citamos como exemplo Brody (1985, In van Tilburg, 1998) e Miller & McFall (1991, In van Tilburg, 1998) que referem que a fragilidade no âmbito da saúde pode traduzir-se em ganhos no suporte instrumental, já que se verifica uma mobilização de recursos para suprir as eventuais necessidades colocadas pelas pessoas idosas.

Também a reforma pode surgir como uma oportunidade de investir noutros contextos sociais e potenciar uma maior frequência de contacto com os filhos, nomeadamente após o nascimento dos netos (van Tilburg, 1998).

Admite-se assim que são as próprias pessoas idosas que determinam as suas relações sociais não funcionando apenas como actores passivos, condicionados e constringidos por acontecimentos e pressões externas. Lang (2001) refere que as pessoas idosas regulam a qualidade, estrutura e função dos seus laços sociais e, desta forma, potenciam os seus recursos sociais.

## Desenvolvimento Psicológico

A par das alterações sentidas no domínio social, a pessoa idosa tem também de lidar com alterações a nível psicológico. Podemos localizar as alterações psicológicas mais significativas decorrentes do envelhecimento ao nível da cognição, da personalidade e da adaptação.

Concretamente em relação às capacidades cognitivas da pessoa idosa, Havinghurst et al. (1986, In Barreto, 1988) afirmam que a eficácia cognitiva sofre maior influência de factores de nível socio - económico, educação prévia e grau de actividade do que da idade em si.

Contudo, podemos apontar alguns contextos cognitivos em que a pessoa idosa, na sua generalidade, se encontram fragilizados.

Assim, ao nível cognitivo, constata-se que a velocidade de processamento do sistema nervoso se altera com a idade, i.e., a percepção e o pensamento tornam-se mais lentos à medida que o indivíduo envelhece, o que também compromete a velocidade a que alguns comportamentos são executados (Birren, Cunningham & Yamamoto, 1983).

De acordo com Birren (1963, In Barreto, 1988) a lentificação das reacções e dos processos intelectuais é mesmo a principal causa das modificações cognitivas associadas à idade. Esta lentificação é atribuída à perda de neurónios e à diminuição da relação sinal - ruído no Sistema Nervoso Central, i.e., para a detecção de um sinal seria necessário analisar um fragmento mais longo do input, o que limitaria o número de mensagens que podem ser transmitidas por unidade de tempo (Welford, 1963, In Barreto, 1988). Por seu turno, Birren, Woods e Williams (1980, In Barreto 1988) apontam para o condicionamento do papel de áreas cerebrais específicas (p.e., "locus ceruleus" ou o núcleo dentado) como principal causa da lentificação.

Contudo, Barreto (1988) salienta as grandes diferenças interindividuais quanto à lentificação psicomotora da pessoa idosa, destacando os efeitos negativos da fadiga, de certas

drogas / medicamentos e da inactividade e os efeitos positivos da motivação, da prática e do exercício físico.

Ainda de acordo com Birren et al. (1983), no contexto da memória nota-se que, quando os indivíduos são confrontados com tarefas familiares em contextos significativos, não se registam diferenças relevantes que possam ser atribuídas à idade.

Também o efeito da idade na memória a curto termo é pouco significativo, já que se registam diferenças pequenas entre grupos etários que só se tornam evidentes se a tarefa implicar reorganização.

Contudo, no contexto da memória a longo termo, foram registadas algumas diferenças que podem ser atribuídas ao envelhecimento. Estes resultados foram também relatados por Smith (1975, In Schooler, 1976).

De acordo com Barreto (1988), a pessoa idosa regista algum declínio nos mecanismos de processamento de informação. Segundo Schiffrin & Schneider (1977, In Barreto, 1988) existem dois tipos de processamento de informação: o processamento automático (que não envolve esforço ou atenção voluntária) e o processamento controlado (que exige capacidade de atenção e pode ser modificado ou interposto por outros processos ou condicionalismos). A aprendizagem envolveria uma transição do processamento controlado para o automático e a evocação de material armazenado envolveria estes dois tipos de processamento. No caso específico da pessoa idosa, o processamento controlado de informação parece sofrer um certo declínio.

Quanto à resolução de problemas e às estratégias para isso mobilizadas, realça-se que estes processos sofrem modificações ao longo do ciclo de vida (Denney, 1985). Considerando a natureza da tarefa – quotidiana ou experimental – também o desempenho das pessoas idosas é diferenciado. Assim, nas tarefas quotidianas as pessoas idosas revelam uma eficácia significativa (Williams et al., 1983; Cornelius & Caspi, 1987). Cornelius et al. (1987)

remetem estes resultados para a experiência, estado de saúde e recurso a estratégias mais cautelosas e dilatadas no tempo aquando da resolução de problemas. Contudo, e de acordo com os mesmos autores, quando a tarefa proposta é de natureza experimental, as pessoas idosas conhecem mais dificuldades. Refira-se que as pessoas idosas tendem a ter uma percepção positiva da sua performance nesse contexto, inclusivamente sobrevalorizando as suas capacidades (Devolder, 1993).

É de realçar ainda que se observam maiores dificuldades na resolução de problemas entre os idosos e que a criatividade e a motivação é menor entre eles (Ruth, 1980, In Birren et al., 1983). Contudo, Baltes & Schaie (1974, In Schooler, 1976), que procederam a investigações no campo da inteligência da pessoa idosa, concluíram que apenas a flexibilidade óculo - motora decrescia com a idade, enquanto que a flexibilidade cognitiva, a visualização e a inteligência cristalizada se mantinham intactas. De acordo com Barreto (1988) regista-se ainda uma tendência para o pensamento mais concreto.

Também podemos referir a existência de modificações no contexto da comunicação verbal, decorrentes do envelhecimento. Estas passam pelo comprometimento dos processos de recepção da linguagem (resultantes de uma perda progressiva da capacidade auditiva com a idade), dos mecanismos de produção da linguagem (este declínio é provocado pela deterioração progressiva de certas capacidades mnésicas, que vai concluir em alterações do discurso espontâneo dos idosos, marcado agora pelas repetições do conteúdo e/ou fuga do conteúdo temático) e alterações da articulação verbal decorrentes da lentificação psicomotora (Castro - Caldas, 1988).

No contexto da personalidade, Jung (1933, In Ryff, 1989) afirma que esta evolui constantemente, existindo aspectos que se modificam, desaparecem e reaparecem mais tarde, embora os valores éticos se mostrem cada vez mais estáveis. De acordo com este

autor, a pessoa idosa tende a ser mais introvertida, com contracção do espaço psicológico. Simultaneamente, apagam-se as características do próprio sexo e surgem alguns atributos do sexo oposto. Desta forma, o homem abandonaria uma forma directa e activa de lidar com a realidade, ao passo que a mulher adoptaria formas mais activas. Tal tendência é reafirmada por Neugarten (1973, 1977, In Barreto, 1988).

É ainda importante reforçar a noção de que existe uma multiplicidade de registos de personalidade entre a pessoa idosa, evidentes, principalmente, ao nível das estratégias de coping e do comportamento defensivo (Neugarten, Havinghurst & Tobin, In Aiken, 1989).

Destacam-se, contudo, algumas características como a cautela ou precaução e a ansiedade que poderão dificultar a resolução de tarefas da pessoa idosa. Podemos atribuir a crescente cautela que a pessoa idosa empenha na tomada de decisões pelo recurso ao sentimento de controlo. A pessoa idosa, frequentemente desvalorizada pela sociedade e estranha aos cambiantes que esta assume, tende a ver o mundo com contornos mais perigosos, complicados, desconhecidos e fora do seu controlo. Como consequência, a pessoa idosa torna-se progressivamente mais cautelosa e menos impulsiva (Botwinick, 1978; Riley & Foner, 1968, In Aiken, 1989; Botwinick, 1973, 1977, In Barreto, 1988), o que reflecte uma maior necessidade de certezas e medo do falhanço. A cautela é ainda mais evidente em idosos com um nível educacional mais baixo, com menor segurança financeira e, provavelmente, com uma auto - confiança menor (Botwinick, 1966, In Aiken, 1989). Este maior recurso a estratégias cautelosas por parte da pessoa idosa é, como já foi referido, decorrente de uma menor percepção de controlo sobre a realidade que o rodeia. A percepção da ausência ou presença de controlo é de fulcral importância para a pessoa idosa, já que a sua saúde mental e física são influenciadas por este sentimento (Rodin & Langer, 1977, In Aiken, 1989; Fry, 1989; In Paúl, 1997).

No que concerne à felicidade do indivíduo, segundo Graney (1975; In Birren et al., 1983) existe uma correlação positiva muito forte entre a actividade social e a felicidade. Sabendo que o nível de actividade social tende a decrescer entre as pessoas idosas (Carstensen, 1987) temos razões para temer pela felicidade da generalidade dos indivíduos idosos.

Este facto é paralelo à passagem progressiva da extroversão para a introversão no decorrer do processo de envelhecimento (Thomae, 1980; In Birren et al., 1983; Kuhlen, 1959, In Barreto, 1988). As interações da pessoa idosa com os outros e com o mundo, obedecem a uma tendência para a simplificação ou para um envolvimento menos activo. Sugere-se que esta contracção do espaço psíquico e a orientação para o interior elaborada pela pessoa idosa, sejam resultantes do processo de envelhecimento biológico associado à diminuição geral da actividade espontânea, ao declínio progressivo das relações interpessoais e do comportamento e actividade sexual (Birren, 1964, In Barreto, 1988).

Também no contexto da psicanálise foram elaboradas explicações para este facto. Assim, Neugarten (1973, 1977, In Barreto, 1988) remete a introversão da pessoa idosa para uma diminuição da energia do ego, necessária para as tarefas de exploração do mundo exterior. Como tal, o indivíduo reage mais a estímulos internos, retira-se dos investimentos afectivos, perde a capacidade de afirmação de si, combatividade e evita riscos. Tal é ainda mais evidente no caso dos idosos do sexo masculino (Neugarten, 1968 b, In Aiken, 1989).

Esta tendência para a interioridade, pode ter efeitos positivos ou negativos, i.e., por um lado permite que o indivíduo tenha sentimentos de auto-confiança e por outro conduz a sentimentos de inadequação e depressão.

Contudo, a tendência para a interioridade não é uma posição consensual. Eysenck (1960, In Quattrochi & Jason, 1983) sugere que a introversão e a extroversão são duas dimensões da personalidade que se mantêm estáveis, mesmo no caso da pessoa idosa. Estes factos são reforçados por Quattrochi-Tubin & Jason (1983).

Quanto ao locus de controlo, constata-se uma tendência, que se inicia na partir da adolescência e prevalece até à dita velhice, em que o *locus* de controlo é interno (Lao, 1974, In Birren et al., 1983; Lachman, 1986 In Lachman & Burack, 1993).

Uma outra característica da personalidade que se atribui frequentemente a pessoa idosa é uma certa rigidez perceptiva e conceptual (Barreto,1988). A pessoa idosa é menos flexível que os seus congéneres mais jovens em adoptar os planos já elaborados a novas situações ou a abandonar estratégias que se mostraram ineficazes (Berg & Sternberg, 1985, In Lachman et al., 1993).

Quanto à adaptação, de acordo com diversos autores (Falleti, 1984; Rubinstein & Parmalee, 1992), observam-se dificuldades crescentes de adaptação que acompanham o envelhecimento, decorrentes de uma maior vulnerabilidade às alterações ambientais. Bromley (1966) remete as dificuldades que a pessoa idosa experimenta no contexto da adaptação para as alterações fisiológicas de cariz limitativo, para as restrições na actividade, para o abandono das actividades laborais e para as poucas oportunidades de ocupação, para as dificuldades em acompanhar os desenvolvimentos sociais, culturais e científicos, para a eventual diminuição das relações sociais e emocionais decorrentes da reforma e do facto de os filhos deixarem a casa e até para a perspectiva de perda de juventude e do envelhecimento inevitável.

No universo extenso das Teorias Explicativas do Desenvolvimento Psico-Social da Pessoas Idosa, permitimo-nos destacar algumas delas.

Assim, destacamos, em primeiro lugar, a *Teoria da Actividade* (Kuhlen, 1959, In Barreto, 1988). De acordo com esta teoria, a satisfação e a auto-estima, reflexos de um envelhecimento bem sucedido, seriam proporcionais à actividade desenvolvida e à intensidade das relações sociais que atestariam as capacidades de atingir os objectivos pessoais e a manutenção de uma interacção social gratificante. Para além da satisfação de vida e da auto-estima, o envelhecimento bem sucedido estaria patente pela ausência de ansiedade e pela capacidade de suportar a frustração e de superar situações de ameaça e de sobrecarga.

Foi também elaborada a *Teoria do Desligamento/Descontinuidade* proposta por Cumming & Henry (1961; In Paúl, 1996). De acordo com esta teoria, o processo de desligamento teria qualidades desenvolvimentalistas, que correspondiam a um movimento mútuo que se opera entre o idoso e a sociedade. Nesta dialéctica, o idoso aceita ou deseja a diminuição da interacção e, paralelamente, desinveste nas pessoas ou objectos do meio concentrando-se sobre si próprio, indo de encontro a uma tendência da sociedade que desvaloriza o idoso, já que ele é um indivíduo não produtivo e afastado da realidade laboral. Como já foi referido anteriormente, os idosos obedecem a uma tendência intrínseca caracterizada pela contracção do espaço de vida, i.e., reduzem o envolvimento afectivo com o meio ambiente, nomeadamente reduzindo a quantidade e a qualidade das interacções sociais (Thomae, 1980, In Birren et al., 1983). Esta redução dos contactos sociais aliada a um aumento das preocupações com o próprio pode resultar num desligamento. Este desligamento tornado, segundo a perspectiva deste autores, essencial pela redução da energia física e psíquica decorrente do envelhecimento, seria a melhor estratégia para manter a satisfação de vida já que permitiria manter um equilíbrio entre as solicitações do meio e os recursos disponíveis.

Kalish e Kundtson (1976, In Carstensen, 1987), associaram o conceito de *attachement* à explicação da retirada social a que o idoso procede. Sabendo que por *attachement*, estes autores entendem os envolvimentos afectivos com o objectos ou pessoas construídos ao longo da vida, pela troca de afectos e cuidados, torna-se claro que estes *attachements* permitem, durante o ciclo de vida, construir um sentimento de controlo sobre o mundo. Contudo, o idoso experimenta a diminuição do controlo sobre o seu ambiente social e a perda de objectos de *attachement* antigos (p.e., os pais) e, simultaneamente, estabelece novas relações de natureza mais fraca, já que, embora sejam primordialmente baseadas na assistência mútua, o idoso limita-se a ocupar o lugar daquele que recebe assistência. Como resultado destes dois factos, o idoso desvia a sua atenção do mundo social para os seus recursos internos.

Destacamos ainda a *Teoria dos Padrões de Envelhecimento* (Lowental & Boler, 1965, In Barreto, 1988). Esta teoria baseia-se no pressuposto de que existem diferenças interindividuais entre os idosos, mesmo quando partilham de percurso de vida em tudo semelhantes.

Assente neste pressuposto, Lowental & Boler (1965; In Barreto, 1988) mostraram a distinção entre o desligamento voluntário (aparentemente benéfico) e o desligamento involuntário (provocado por acontecimentos como uma doença, a morte de pares ou a reforma compulsiva, que deixam marcas de insatisfação). Os mesmos autores constataram ainda que os idosos podem efectivamente desligar-se do meio familiar e social, reforçando em paralelo, a ligação com outros indivíduos com quem convive mais de perto, i.e., reinvestindo nos designados "confidentes".

Na mesma linha, Havinghurst (1968; In Barreto, 1988), numa linha de investigação próxima da desenvolvida por Neugarten (1968, Rice, 1998) refere que os idosos desenvolveriam diferentes estilos de adaptação às modificações impostas pelo envelhecimento de acordo com o seu envolvimento e actividades desempenhada em papéis sociais e familiares e com a estrutura da personalidade.

Assim, sugere oito estilos de estratégias de adaptação com diferentes repercussões sobre o sucesso do envelhecimento e sobre a satisfação de vida:

Reorganizadores - Idosos com uma personalidade bem integrada, que mantêm plena actividade (substituindo as actividades cessantes por outras). Possuem elevados índices de satisfação de vida.

Focalizados - Idosos com personalidade integrada que se dedicam a actividades em actividades nas suas áreas preferidas. Possuem também uma alta satisfação de vida.

Desligados com Sucesso - Idosos que possuem uma personalidade integrada. Abandonaram voluntariamente a actividade nos papéis antes desempenhados. Elaboram uma boa auto-imagem e têm uma boa satisfação de vida.

Persistentes - Idosos com uma personalidade defensiva, que tentam manter as actividades desempenhadas na meia idade. Encontram-se razoavelmente satisfeitos.

Restringidos - Possuem também uma personalidade defensiva, patente na redução de contactos e de actividades (estratégia utilizada como defesa). Têm uma satisfação de vida moderada.

Apoiados ou "Encostados" - Têm personalidades passivo - dependentes. Gozam do suporte emocional que lhes é necessário. Mantêm níveis médios de actividade e de satisfação de vida.

Apáticos - Possuem uma personalidade passivo - dependente, que se reflecte na escassa motivação e no reduzido grau de actividade. Têm índices de satisfação de vida medianos ou baixos.

Desorganizados - Possuem uma personalidade não integrada, que atesta uma possível deterioração mental ou falta de controlo emocional. Têm um padrão comportamental caracterizado pela reduzida actividade e atestam a presença de baixos níveis de satisfação de vida.

Por fim, referimos a *Teoria da Mudança de Papéis* (Olbricht & Lehr, 1976, In Paúl, 1996), baseada no pressuposto de que as flutuações na satisfação de vida são, geralmente, paralelas a alterações ao nível da actividade. Assim, observa-se um desligamento temporário ou um desligamento selectivo. Por desligamento temporário entende-se um recurso mobilizado em situações como a morte do cônjuge ou a reforma. Assiste-se a um desligamento que é posteriormente ultrapassado, i.e., o indivíduo investe outra vez no meio social, adoptando novos papéis. Para a escolha de novos papéis, o idoso recorre a alguns factores subjectivos como sentimentos de realização, expectativas face ao futuro e a percepção de ser apreciado pelos outros. Por desligamento selectivo entendemos as situações em que o indivíduo desloca o seu investimento de certos papéis periféricos. De acordo com esta teoria, a pessoa idosa, perante as modificações que lhe são impostas pelo envelhecimento e pela sociedade pode modificar activamente o seu comportamento social, assumindo novos papéis, como estratégia de obtenção de satisfação de vida. Como tal, o idoso não se limita à habituação passiva e ao isolamento ou ajustamento das representações cognitivas.

Este envelhecimento/amadurecimento psicológico que se produz ao longo do ciclo de vida, conceptualizado como um processo constante e dinâmico, não é mais do que um contínuo

balanço entre estabilidade e alteração, entre crescimento e decréscimo (Fernandez-Ballesteros, 2000)

### Desenvolvimento Biológico

Atendamos, por fim às alterações sentidas pelas pessoas idosas ao nível biológico. O percurso realizado pela pessoa idosa neste contexto, é geralmente visto segundo uma perspectiva negativa, como uma trajectória gradual, descendente, marcado pelo declínio do funcionamento, pela falta de controlo sobre o corpo e pelo aumento da vulnerabilidade. De facto, constatamos que a literatura produzida neste contexto, assenta fundamentalmente numa abordagem marcada pelo défice.

Recorremos a Aiken (1989) e a Rice (1998) para elaborar uma pequena revisão a respeito dessas modificações sentidas pela pessoa idosa.

O desenvolvimento fisiológico experimentado pela pessoa idosa é evidente nos órgãos corporais, externos e internos, e pode reflectir-se numa menor eficácia nervosa, cardiovascular, respiratória, gastrointestinal, genito-urinária e músculo-esquelética.

No contexto do sistema nervoso, o processo de envelhecimento conduz à redução do tamanho dos neurónios. Esta perda de dimensão pode contribuir para a perda de alguma vitalidade nervosa experimentada pelas pessoas idosas mas não compromete a sua integridade intelectual (Chollar, 1988, In Rice, 1998).

A eficiência do sistema nervoso pode ser condicionada dimensão do fluxo de sangue e oxigénio que afluem ao cérebro (constrangida, p.e., pela arteriosclerose). A diminuição do fluxo de sangue que irriga o cérebro e da velocidade dos impulsos nervosos, são factores

susceptíveis de afectar o processamento de informação por parte do idoso, o que conduz a uma lentificação motora, ao comprometimento de algumas capacidades sensoriais e a um condicionamento das respostas adaptativas, o que vai resultar em maiores dificuldades na execução de respostas de reparação (Aiken, 1995; Rice, 1998).

O coração e os vasos sanguíneos, que constituem o sistema cardiovascular, sofre algumas modificações que podem ser atribuídas à idade: gordura deposita-se em torno do coração e nas paredes dos vasos sanguíneos, os músculos que constituem o coração enfraquecem, o colagénio substitui alguns tecidos mais flexíveis nas válvulas e nas paredes das artérias tornando-as mais duras e espessas o que conduz à hipertensão arterial (Harris, et al., 1991, In Rice, 1998).

A dimensão destas alterações é extremamente importante já que as patologias do sistemas cardiovascular são, nas sociedades ditas ocidentais, a principal causa de morte entre os idosos (Rice, 1998).

No sistema respiratório, regista-se uma menor capacidade dos pulmões e a perda de eficiência nas trocas gasosas (Teramoto, Fukushi, Nagase, Matsuse, & Orimo, 1995, In Rice, 1998; Aiken, 1995), que podem conduzir a patologias neste contexto.

Quanto aos sistema gastroentestinal, não se registam grandes modificações que possam ser atribuídas ao avanço da idade. Contudo, as pessoas idosas podem sofrer de algumas patologias deste foro tais como cirrose, icterícia, gastrite ou diabetes (Rice, 1998).

No contexto do sistema génito-urinário, apesar de se registarem modificações na eficiência dos rins que podem ser atribuídas à idade, realça-se que as modificações mais importantes se registam na bexiga, cuja capacidade de armazenar urina diminui com a idade. Tal conduz à incontinência urinária que afecta cerca de um terço das pessoas idosas (Herzog, Diokno, Brown, Normolle, & Brock, 1990; In Rice, 1998).

As modificações no sistema músculo-esquelético resultam num dos mais evidentes sinais do avanço da idade: as alterações na estatura e da postura. Tal é condicionado pela perda de massa óssea (osteoporose) e pelo achatamento dos discos vertebrais, pelo enfraquecimento dos músculos, pela perda de elasticidade e de dimensão dos tendões, associada à perda de peso (Smith et al., 1992, In Rice, 1998).

Estas alterações, evidentes ao nível da pele, dos músculos e dos ossos do corpo humano, o que provocam, como já referimos, modificações na aparência do indivíduo. Estas alterações constituem para a pessoa idosa como uma fonte indutora de stress, que pode ou não ser eficazmente resolvida. Esta perspectiva é partilhada por Coelho (1989), que remete as condições de isolamento a que a pessoa idosa é submetida, voluntária ou involuntariamente, para a dificuldade em conviver e aceitar a sua nova imagem.

O sistema reprodutor sofre também modificações que se concretizam, no sexo feminino, na menopausa, e no sexo masculino, no climatério, decorrente do declínio na produção de testosterona (Rice, 1998).

Também os padrões de sono se encontram alterados, sendo que mais de um quarto das pessoas idosas apresentam queixas de insónia (Morin, Stone, Trinkle, Mercer, & Remsberg,

1993, In Rice, 1998). Para tal, são apontados 5 factores: uma predisposição biológica (condicionada pelo funcionamento do hipotálamo), factores psicológicos (tais como a ansiedade ou a depressão), (ab)uso de álcool e/ou medicamentos (o álcool bem como alguns medicamentos, como sedativos ou antidepressivos, conduzem a períodos de sono fragmentados e pouco repousante), maus hábitos de sono (p.e., horas de deitar e de acordar irregulares) e condicionamento negativo (agravamento da insónia provocado pela ansiedade decorrente da dificuldade em adormecer) (Hopson, 1986, In Rice, 1998).

Podemos ainda referir modificações presentes nos órgãos dos sentidos que passam pela perda de acuidade visual e auditiva, pela perda de sensibilidade gustativa e pela perda de capacidade de distinguir os odores (Aiken, 1995; Rice, 1998)

Em jeito de conclusão, podemos referir que o conjunto destas alterações irão provocar na pessoa idosa uma maior vulnerabilidade, i.e., uma maior susceptibilidade a doenças e uma diminuição das capacidades sensoriais e motoras, que constroem o seu contacto com o mundo (Aiken, 1989).

Contudo, é importante realçar que a pessoa idosa não se constitui como um somatório de fragilidades e doenças. Os processos acima referidos não são universais e realça-se até que os idosos se mostram menos vulneráveis a alguns tipos de doenças infecciosas (Kastenbaum, 1981).

Também neste contexto, foram propostas algumas Teorias Explicativas do Desenvolvimento Biológico da Pessoa Idosa que, de acordo com Rice (1998), podem ser

agrupadas em *Teorias Genéticas ou de Programação* e *Teorias de Desgaste ou Envelhecimento Variável*.

As *Teorias Genéticas ou de Programação* assentam no conceito de “Programação”, i.e., cada espécie teria uma esperança de vida específica e de a sua longevidade seria um factor hereditário. Como tal, cada organismo se regeria por um “relógio biológico” cujo funcionamento seria da responsabilidade dos genes. Neste contexto realça-se que, cada humano, dispõe de 200 genes que controlam o seu envelhecimento e que actuam sobre o Sistema Endócrino (provocando a redução da hormona de crescimento, sobre o Sistema Imunitário (redução na produção de anticorpos) e sobre a replicação celular (MacGue, Baupel, Holm, & Harvard, 1993, In Rice, 1998).

Por seu turno, as *Teorias de Desgaste ou Envelhecimento Variável*, integram os pressupostos de variabilidade humana, o processo de desgaste e influências de agentes interiores (metabolismo) e exteriores (ambiente).

No âmbito das *Teorias de Desgaste ou Envelhecimento Variável* destacam-se a *Teoria do Desgaste*, a *Teoria dos Resíduos (Lixo) Metabólicos*, a *Teoria da Mutação Celular ou Teorias do Erro*, a *Teoria da Auto-Imunidade*, a *Teoria dos Radicais Livres*, a *Teoria do Nível de Vida* e *Teoria do Equilíbrio Homeostático*.

A *Teoria do Desgaste* estabelece uma analogia entre o organismo humano e uma máquina, sendo que, á semelhança da máquina, o organismo se desgasta com o uso e a capacidade de reparação celular e dos tecidos fica comprometida. O desgaste decorre de agressores internos e externos que actuam principalmente ao nível metabólico e que comprometem a longevidade do indivíduo (Spence, 1989, In Rice, 1998).

A *Teoria dos Resíduos (Lixo) Metabólicos* refere que o funcionamento celular e dos tecidos é condicionado pela acumulação de resíduos nocivos, resultantes do metabolismo celular (Spence, 1989, In Rice, 1998).

Destaca-se ainda a *Teoria da Mutação Celular* ou *Teoria do Erro* que postula que com a idade e/ou exposição a factores ambientais pode conduzir ao aumento do processo de mutação celular e, conseqüentemente, o aumento da probabilidade de ocorrência de erros. Na sequência da mutação pode verificar-se a perda de funcionalidade das células e a eficiência dos órgãos onde se registaram maiores índices de mutação celular (Whitehead & Grigliati, 1993, In Rice, 1998; Johnson & Strehler, 1972, In Rice, 1998).

Na revisão elaborada por Rice (1998) são ainda referidas a *Teoria da Auto-Imunidade* (decorrente da perda de diferenciação celular, o próprio organismo elicita uma resposta imunitária contra a célula, gerando-se assim um processo de auto-destruição), a *Teoria dos Radicais Livres* (moléculas instáveis resultantes do metabolismo celular adquirem a capacidade de destruir as membranas celulares, as proteínas ou mesmo o ADN) e a *Teoria do Equilíbrio Homeostático* (perda gradual na capacidade de regulação homeostática dos processos fisiológicos).

Embora o envelhecimento não tenha como consequência inequívoca a deterioração do estado de saúde (Dean & Holstein, 1991), factores sociais, psicológicos, socioambientais e físicos associados ao processo de envelhecimento em paralelo com os estilos de vida e factores comportamentais, que se assumem como factores de risco, remetem a pessoa idosa para uma maior vulnerabilidade face aos problemas saúde (Dean & Holstein, 1991; Gatz, Pearson & Weicker, 1987, In Sarafino, 1990).

Esta maior vulnerabilidade traduz-se, nomeadamente, numa maior prevalência de doenças crónicas neste grupo etário (Kimmel, 1974, In Ribeiro, 1996).

Embora se reconheça uma grande variedade nas trajectórias de saúde das pessoas idosas, esta cronicidade é genérica para a maioria das pessoas idosas, sendo que algumas podem ser afectadas por duas ou mais condições simultaneamente (Barreto, 1994; Hart, 1997; Keller & Fleury, 2000). Cerca de dois terços das pessoas idosas confronta-se com pelo menos uma afecção crónica que lhe impõe um qualquer tipo de sofrimento, como dor ou limitações na mobilidade, que por sua vez remetem para constrangimentos ao nível da autonomia física, à dependência de terceiros e a maiores encargos económicos .

De acordo com Barreto (1994), as doenças com maior prevalência no seio da população idosa portuguesa são as doenças cardíacas, reumáticas e oncológicas bem como a hipertensão arterial e a diabetes. Num inquérito realizado junto da população idosa portuguesa da Região Norte verificou-se que as doenças mais vezes referenciadas remetiam para alterações do sistemas osteoarticular e do tecido conjuntivo, doenças do aparelho circulatório e respiratório (MS/DESP, 1997 In Paúl & Fonseca, 2001). Matos Oliveira (1991) refere que 5,8% dos idosos portugueses afirma não sofrer de qualquer doença, enquanto que 23,1% dos idosos entrevistados refere ter quatro ou mais doenças associadas.

Estes números são reforçados com os dados do Inquérito Nacional de Saúde (MS/DESP, 1997 In Paúl & Fonseca, 2001) que indica que a percentagem de doenças crónicas entre indivíduos com idades entre os 65 e os 74 anos é de 39,5% sendo que essa percentagem sobe para os 43,9% entre os indivíduos com mais de 75 anos.

Perante este cenário, sugere-se que as pessoas idosas são o subgrupo populacional que mais recorre aos serviços de saúde apresentando também elevados níveis de consumo de medicamentos e de internamentos (Rue & McCreary, 1991, In Santos & Trindade, 1997), o que se confirma também em Portugal, onde os idosos se constituem como a maioria dos utentes regulares dos centros de saúde (Barreto, 1994).

No quadro seguinte, podemos constatar os internamentos hospitalares, no que se refere às cinco mais importantes patologias geradoras de internamento, e a sua distribuição por faixa etária.

Patologias	Grupo etário	HM
Doenças aparelho circulatório	0 - 64	4,7
	65 - 84	38,4
	85 e +	72,0
	<b>Total</b>	<b>10,0</b>
Doenças aparelho respiratório	0 - 64	4,5
	65 - 84	12,3
	85 e +	32,6
	<b>Total</b>	<b>5,9</b>
Lesões traumáticas	0 - 64	6,0
	65 - 84	9,6
	85 e +	30,9
	<b>Total</b>	<b>6,8</b>
Neoplasias	0 - 64	5,0
	65 - 84	19,5
	85 e +	20,9
	<b>Total</b>	<b>7,1</b>
Doenças aparelho genito-urinário	0 - 64	4,6
	65 - 84	9,3
	85 e +	11,3
	<b>Total</b>	<b>5,3</b>

Quadro 1 - Internamentos Hospitalares. Ratios por 1000 habitantes. (Fonte: IGIF, 1995; INE, *Estimativas da população residentes, 1995, In MS/DGS, 1997*).

Decorrem desta alteração dos padrões de mortalidade e de morbilidade novas exigências ao nível dos cuidados de saúde, i.e., esta “revolução grisalha” impõe profundas implicações na estruturação e mobilização dos recursos disponíveis no contexto da Saúde, emergentes das especificidades de uma população, no seu conjunto, extremamente heterogénea (Manton & Soldo, 1985, Rowe & Kahn, 1987, In Kaplan, 1992). Acresce desta ausência de cuidados de saúde estruturados que permita corresponder às solicitações expressas das pessoas idosas a dificuldade que esta parcela desta população tem em identificar, aceder e percorrer as cadeias de serviços. Neste contexto, Lobato Forte (1994) afirma que os idosos desconhecem os direitos que possuem bem com os serviços que podem mobilizar.

Tendo em conta a referida heterogeneidade da população idosa e no sentido de caracterizar a sua saúde foi realizado um estudo epidemiológico de grande envergadura – o Alameda County Study referido por Kaplan (1992) – que pretendia avaliar a importância dos factores sociais, demográficos, comportamentais e psicológicos sobre a saúde, identificando a sua eventual relação com o risco de mortalidade.

Assim, em relação aos factores comportamentais, Kaplan (1992) destaca como factores de risco para a saúde o consumo de álcool e tabaco, a inactividade física e mudanças no peso (sendo que a redução de peso se assume como mais pernicioso para a saúde das pessoas idosas).

Quanto aos factores sociais foram apontados o estado civil, o isolamento, a pertença a associações e as redes sociais. À semelhança de Kaplan (1992) também Grundy & Holt (2000) associam o casamento a melhor saúde entre as pessoas idosas. Contudo, as autoras realçam que quando o casamento e o nascimento dos filhos ocorreu numa idade muito precoce, esta tendência já não se verifica eventualmente porque estes são factores indutores

de stress e potenciais factores de risco para a satisfação marital (Murphy, 1985, In Grundy & Holt, 2000). Bowling (1987, In Grundy & Holt, 2000) referem também que a viuvez e o divórcio são acontecimentos de vida que se encontram associados a mudanças comportamentais nocivas, como o aumento do consumo de tabaco e álcool.

No contexto das variáveis demográficas, o autor constatou que o factor mais influente era o género do indivíduo, desfavorável aos idosos do sexo masculino. Realça-se, contudo, que embora se verifiquem entre os homens maiores taxas de mortalidade, é entre as mulheres que se registam taxas mais significativas de morbilidade, incapacidade, recurso a serviços de saúde e são também as mulheres quem reportam mais sintomatologia (Pennebaker, 1982, Verbrugge, 1985, In Borawski, Kinney & Kahana, 1996).

Relativamente aos factores psicológicos, a depressão, a baixa satisfação de vida e a incerteza revelaram-se factores determinantes.

Ainda partindo da relação entre a saúde e a depressão, mas assumindo uma relação de causalidade diversa, McNeil & Harsany (1989, In Paúl, 1993) salientam que a fragilização da saúde na pessoa idosa é o factor essencial na etiologia da depressão. Assim estabelecem três tipos de relações entre a depressão e os constrangimentos sentidos no contexto da saúde: a) a maior limitação na actividade resulta em maiores restrições no acesso às potenciais forças de reforço; b) a maior estabilidade de doença física na pessoa idosa - ausência de melhoras ou fragilização da situação - contribui para o reforço da depressão e c) as estratégias a que as pessoas idosas recorrem para lidar com a doença - que são, fundamentalmente, mais passivas e emocionais - são susceptíveis de potenciar a sintomatologia depressiva.

No conjunto destes dados, Kaplan verificou que, embora a saúde das pessoas idosas seja indubitavelmente condicionada por uma variedade de factores, as variáveis com maior

importância são a depressão, o isolamento social, a actividade física e as limitações funcionais, que, de acordo com o autor, estariam interligadas.

Ainda no âmbito da saúde das pessoas idosas, um factor que desempenha crucial importância é o estatuto socio-económico (ESE) factor que encontra associação com outras das variáveis acima enunciadas (House, Kessler, Herzog, Mero, Kinney & Breslow, 1992; Grundy & Holt, 2000,2001).

De acordo com House et al. (1992), pessoas com ESE elevado tendem a conhecer níveis mais altos de saúde até faixas etárias mais tardias, enquanto que declínios significativos na saúde são esperados a partir da meia idade em indivíduos com ESE mais baixo. Contudo, destacam os mesmos autores que a importância do ESE na saúde é distinta conforme a faixa etária em que o indivíduo se situa. Assim, enquanto que no início da idade adulta indivíduos com diferente ESE reportam poucas distinções a nível da saúde, a importância deste factor acentua-se na meia idade e no início da 3ª idade, diminuindo entre os grandes idosos.

As diferenças na saúde atribuíveis ao ESE da pessoa idosa sustentam-se em três ordens de factores enunciados por Grundy & Holt (2001).

Em primeiro lugar, o argumento material, i.e., níveis mais altos de rendimentos permitem um acesso mais facilitado a comida, alojamento, ambientes seguros e cuidados de saúde.

Também factores de natureza comportamental como a dieta, o consumo de álcool e de tabaco e o uso apropriado dos cuidados de saúde poderão ser determinados pelo ESE do indivíduo.

Por fim, factores psicossociais como o empowerment, o estatuto social relativo, a integração social e a exposição ao stress podem referenciar-se ao ESE do indivíduo e determinar a sua saúde e autonomia. Neste contexto, House, Landis & Umberson (1988, In House et al., 1992) referem como fundamental a presença de suporte e de relações sociais. Choi &

Wodarski (1999) destacam que a uma maior disponibilidade de suporte social se encontram associadas melhores condições de saúde entre as pessoas idosas.

Ainda em relação ao estatuto social relativo, salienta-se que este factor é de fundamental importância entre as pessoas idosas já que o seu estatuto social é influenciado de forma significativa pela reforma (Abeles, 1992). O mesmo autor refere que a reforma encerra em si uma óbvia alteração do estatuto social que pode estar acompanhada também por modificações ao nível do rendimento. Se este último processo resulta no declínio dos rendimentos, são esperadas alterações no adequado acesso aos cuidados de saúde, nutrição e alojamento.

No seio do ESE, um aspecto fundamental a considerar são as habilitações literárias do indivíduo. Este factor representa um efeito cumulativo já que se verifica, no genérico, uma correspondência entre níveis mais elevados de educação e ocupações mais diferenciadas que, por sua vez, se encontram associadas a um maior prestígio social (prestígio este que pode ser determinante na forma como o indivíduo é tratado pelos outros, p.e., nos serviços de saúde) (Abeles, 1992). O mesmo autor refere que a ocupação do indivíduo condiciona ainda a exposição do mesmo a riscos ambientais de natureza física (p.e., radiações, ruído) e de natureza social (p.e., stress).

Salientemos agora alguns aspectos que mais frequentemente surgem em referência à população idosa e à sua saúde: a baixa adesão à terapêutica e a polimedicação.

Decorrente da já referida importância da cronicidade entre as pessoas idosas, a adesão aos regimes terapêuticos prescritos assume um particular destaque (Hart, 1997). Morrel (1993) afirma que a taxas de adesão à terapêutica são significativamente baixas entre as pessoas idosas. A análise deste comportamento é de extrema importância já que as suas

consequências são mais nocivas devido à prevalência de doenças crônicas junto desta população (Hart, 1997).

E quais as causas que podemos apontar para a ocorrência deste comportamento de não adesão?

Os efeitos da não - adesão à terapêutica são diversificados e dependem segundo Park (1994) das características do tratamento, das características do doente, das características do ambiente social que rodeia o indivíduo e das características do sistema prestador de cuidados de saúde.

Um dos factores apontados é a tão falada polimedicação dos idosos, frequente graças à multiplicidade de patologias que gera inúmeras oportunidades para a ocorrência de erros de dosagem e de interacção de medicamentos. Este problema é ainda agravado pelo comportamento de auto-medicação que podem passar despercebidos aos profissionais de saúde (Hart, 1997). Ainda neste contexto, destaca-se que, devido ao facto de considerarem muitos dos seus sintomas e das suas queixas como uma etapa inerente ao processo de envelhecimento, muitas pessoas idosas optam por ignorar a sintomatologia ou pela auto-medicação, sem recurso às respostas de saúde formais (Stoller, Forster & Portugal, 1993, In Hart, 1997). Neste contexto, Hart (1997) reforça a importância do esclarecimento da pessoa idosa acerca do significado dos seus sintomas e das respostas terapêuticas que lhe são acessíveis e que permitem evitar sofrimento desnecessário.

Atkin et al. (1994, In Hart, 1997) remetem os comportamentos de não adesão à terapêutica para as limitações na acuidade sensorial e na destreza manual.

Também factores cognitivos podem condicionar a adesão a terapêutica. Morrow, Leirer & Scheikh (1988, In Hart, 1997) concluíram que os níveis de adesão são mais fracos quando os idosos têm pouco conhecimento acerca da natureza da sua condição e dos objectivos e efeitos das medidas terapêuticas. Os mesmos autores, no que são secundados por Morrell

(1993), remetem a não-adesão à terapêutica para possíveis compromissos mnésicos da pessoa idosa.

Mas Park (1994) e Morrow, Leirer & Scheikh (1988, In Hart, 1997) concluem que o factor determinante para a não adesão à terapêutica são os problemas de comunicação que podem interpor-se entre os profissionais de saúde e os seus utentes idosos. Hall, MacLennan, & Lye (1996) sugerem que as alterações sentidas pelas pessoas idosas na esfera física podem conduzir à atribuição do rótulo de incapacidade por diversos agentes sociais, nomeadamente agentes prestadores de cuidados. Tal é susceptível de concorrer para a elaboração e desenvolvimento do papel de doente e/ou dependente, o que, por sua vez, pode conduzir a pessoa idosa à negligência das suas capacidades. O resultado deste ciclo é o auto-reconhecimento da doença e/ou incapacidade, o que se verifica na nossa amostra.

## Percepções de Saúde nas Pessoas Idosas

Desde os anos 50 que a temática das percepções de saúde tem sido uma das variáveis mais vezes utilizadas na investigação no âmbito da saúde e da gerontologia. Embora seja uma variável revestida de alguma complexidade, é inegável a sua utilidade na construção de estratégias preventivas que mantenham e melhorem a saúde e a qualidade de vida das pessoas idosas (Leinonen, Heikkinen & Jylhä, 1999), nomeadamente graças à sua estabilidade temporal (Fylkesnes & Førde, 1991).

O conceito de percepção de saúde implica uma avaliação global da saúde do indivíduo elaborada pelo próprio e sumariza a forma como diferentes aspectos da sua saúde – física e mental – se encontram combinados no seu quadro de referências perceptuais (Bjorner et al, 1996, Liang, 1986, In Svedberg et al., 2001). Assim, de acordo com Jylhä, Guralnik, Ferrucci, Jokela & Heikkinen (1998) e Benyamini, Idler, Leventhal & Leventhal (2000), esta variável reveste-se de particular importância já que funciona como mediador de aspectos biológicos - saúde física e aspectos funcionais - e psicológicos do indivíduo.

Estas relações remetem para a definição holística de saúde e para noção de *self* relacionado com a saúde que compreende não só a saúde e a doença em geral mas também aspectos relativos ao funcionamento psicológico do indivíduo. Este *self* relacionado com a saúde inclui referências ao declínio no funcionamento psicológico e na saúde e às suas consequências, bem como cognições positivas e expectativas de desempenho nestes contextos, receio de doença e intenções de adoptar comportamentos promotores de saúde (Westerhof, Katzko, Ditman-Kohli & Hayslip, 2001).

Contudo, de acordo com Liang (1986) a percepção de saúde constitui-se como a percepção e avaliação que o indivíduo elabora relativamente à sua saúde física. Este autor refere que

esta operacionalização da saúde física com recurso a termos psicológicos não deve ser confundida com a saúde mental e que a saúde física encerra em si componentes psicológicas, sociais e, obviamente, físicas. Assim, sugere que a saúde física seja operacionalizada com recurso e estas dimensões.

De acordo com a definição física, a saúde é definida pela ausência de doença, categoria esta que é determinada pela presença de sintomas e sinais evidentes na observação, exatidão ou por intermédio de recursos laboratoriais. Shanas & Madox (1976, In Liang, 1986) referem que esta dimensão não é de todo isenta de subjectividade já que se encontra exposta a características do doente, do médico, do contexto organizacional e da conjectura social.

A definição social de saúde física remete para o papel e para o estatuto que o indivíduo ocupa na sociedade em que se insere (Parsons, 1951, In Liang, 1986), sendo operacionalizada com recurso às capacidades funcionais do indivíduo, i.e., à sua mobilidade, capacidade de auto-cuidado, ao desempenho de papéis e à incapacidade.

Por fim, Liang enuncia a dimensão psicológica da saúde física que, como já enunciamos anteriormente, se constitui como a percepção de saúde.

Relativamente à sustentação da percepção de saúde, verifica-se que sujeitos jovens aludem aos seus comportamentos de saúde e ao estado genérico de bem estar enquanto que as pessoas idosas se fundamentam nos seus problemas e nas suas capacidades funcionais para elaborar a sua percepção de saúde (Krause & Jay, 1994, Strain, 1993, In Borawski, Kinney & Kahana, 1996).

Verifica-se ainda que percepções de saúde negativas neste grupo etário se encontram associadas a maior recurso de serviços de saúde (Fylkesnes, Johnsen & Førde, 1992; Fylkesnes, 1993; Heikkinen, 1989, In Leinonen et al., 1998; Segovia, Bartlett & Edwards, 1989; Long & Marshall, 1999) e à presença de incapacidades (Idler & Kasl, 1995; Lindberg, Svärdsudd & Tibblin, 1994, In Leinonen et al., 1999). Em concordância com

estes dados, Bath (1999) refere que percepções de saúde negativas não se encontram associadas apenas a um maior recurso a serviços de saúde mas também a um maior consumo de medicamentos.

A percepção de saúde é ainda um poderoso predictor da futura morbilidade e mortalidade do indivíduo mesmo quando se procede ao controlo índices físicos, psicossociais e socio-demográficos (Kaplan & Camacho, 1983; Idler & Angel, 1990; Appels, Bosma, Grabauskaas, Gostauatas & Sturmans, 1996; Mossey & Shapiro, 1982; In Eriksson; Undén & Elofsson, 2001; Inchingolo, 1997; Idler & Benyamini, 1997; Benyamini & Idler, 1999; Benyamini, Leventhal & Leventhal, 1999). Concretamente em relação à associação ente mortalidade e percepção de saúde Benyamini, Leventhal & Leventhal (1999) verificaram que esta prevalece de forma mais evidente quando o indivíduo se fundamenta em índices associados à fadiga/energia, à actividade física e às limitações no funcionamento para elaborar a sua percepção de saúde.

De facto, alguns estudos identificaram uma relação consistente entre a percepção de saúde e indicadores objectivos de doença e de funcionalidade (Shulz, Mittelmark, Kronmal, Hirsch, German & Bookwala, 1994), i.e., constata-se uma elevada concordância entre a percepção de saúde e o efectivo estado de saúde das pessoas idosas (Lichtenstein & Thomas, 1987).

No sentido de explicitar a relação entre a morbilidade e a percepção de saúde, Idler & Benyamini (1997) enunciam quatro hipóteses explicativas que Wolinsky & Tierney (1999) denominaram de *Hipótese Esponja*, *Hipótese Trajectória*, *Hipótese Intermediário* e *Hipótese Recurso*.

A *Hipótese Esponja* sugere que a percepção de saúde é uma medida do estado de saúde extremamente sensível e abrangente, capaz de detectar indicadores que passariam despercebidos a outras medidas de saúde. Neste contexto, Idler & Kasl (1991, In Idler &

Benyamini, 1997) referem que as percepções de saúde reflectem a história familiar, i.e., para além destas complexas avaliações que as pessoas idosas realizam acerca do seu estado de saúde, a percepção de saúde espelha a expectativa pessoal de longevidade que é erigida sobre o conhecimento que o indivíduo tem da sua saúde, da vulnerabilidade familiar a doenças específicas e dos padrões de longevidade.

A *Hipótese Trajectória* assume que a percepção de saúde não se limita a ser uma aferição do estado actual de saúde mas é uma avaliação dinâmica com cambiantes positivos e negativos em simultâneo, i.e., se por um lado o indivíduo pode proceder a uma avaliação das suas perdas pode também proceder a uma comparação com anteriores estados de saúde em que se encontrava fragilizado resultando daí uma avaliação mais positiva. Assim, a percepção de saúde seria um indicador de perdas na saúde e no funcionamento do indivíduo.

Neste contexto, Wolinsky & Tierney (1998) oferecem ainda uma hipótese alternativa, afirmando que as percepções de saúde negativas e o declínio nas condições de saúde têm efeitos independentes e complementares sobre a morbilidade.

A *Hipótese Intermediário* situa a percepção de saúde no centro da dinâmica que se estabelece entre os comportamentos de saúde e os resultados que daí advêm. Neste contexto, percepções de saúde negativas podem conduzir a uma menor implicação em práticas preventivas e a menor aderência a indicações terapêuticas, comportamentos estes que, p.e., podem facilitar o progresso de uma eventual doença.

Por fim, a *Hipótese Recurso* identifica a percepção de saúde como um reflexo da disponibilidade de agentes de suporte interno e externo que, por sua vez, são susceptíveis de influenciar a saúde.

Idler & Benyamini (1997) referem que a adequação de recursos, como as redes sociais, a educação, as condições habitacionais e os rendimentos, exercem efeitos directos sobre a percepção de saúde.

As mesmas autoras, aludem aos recursos internos do indivíduo como determinantes da sua percepção de saúde. Afirmam que percepções de saúde negativas podem estimular o sistema neurológico que por sua vez irá comprometer o sistema imunitário, deixando o indivíduo mais vulnerável a doenças ou baixando as suas hipóteses de recuperação.

Neste contexto, as autoras incluíram também a depressão e a ausência de perspectivas de futuro.

Relativamente à depressão Benyamini, Leventhal & Leventhal (1999) afirmam que a presença de sintomatologia depressiva aliada a ansiedade e stress desempenham também um papel central no processo de representação do *self* como doente. Num estudo epidemiológico realizado junto de 800 pessoas idosas residentes em contexto residencial de origem, Mulsant, Ganguli & Seaberg (1997) verificaram uma forte associação entre a presença e número de sintomas depressivos e fracas percepções de saúde. Três ordens de factores sustentam esta associação. Em primeiro lugar, a presença de doença aumenta o risco de depressão donde se pode antever a relação entre a percepção de saúde e condições objectivas de saúde (Blazer, 1993, In Pinguart, 2001). Em segundo lugar, sintomas físicos associados à depressão como a falta de energia e de apetite podem estar na origem de fracas percepções de saúde entre as pessoas com depressão (Blazer, 1993, In Pinguart, 2001). Por último, e na sequência do referido por Benyamini et al. (1999), a depressão contribui para a elaboração de uma representação negativa do *self* (Andersen & Skidmore, 1995, In Pinguart, 2001).

Por seu turno, Melanson & Down-Wamboldt (1997) identificaram a relação causal entre a percepção de saúde e os sentimentos acerca do futuro.

Verifica-se em grande parte da investigação direccionada para as percepções de saúde das pessoas idosas o facto destes, em comparação com indivíduos mais jovens, apresentarem percepções de saúde mais positivas.

Peck (1968, In Idler, 1993), socorrendo-se da *Teoria do Desenvolvimento Psicossocial* elaborada por Erickson, afirma que tal se fica a dever ao facto de as pessoas mais idosas valorizarem mais as fontes de gratificação de natureza social e psicológica em detrimento da sua saúde física.

Liang (1986) e Idler (1993) referem que estas percepções positivas podem ser resultado de um processo de comparação social. Podemos atribuir este aspecto à elaboração de expectativas pouco ambiciosas face ao envelhecimento e às condições vivênciais nesta etapa do ciclo de vida por parte das pessoas idosas e ainda à assimilação da fragilidade no campo da saúde como parte integrante do envelhecimento normativo (Williamson et al., 1964, In Borawski et al., 1996).

Estas auto-percepções relativamente positivas permitem identificar o efeito positivo que, em certos contextos, os estereótipos etários negativos podem ter sobre as pessoas idosas, i.e., os estereótipos podem promover a satisfação de vida entre aquelas pessoas idosas que se percebem numa posição vantajosa em relação às condições antecipadas ou em relação a outros/alguns elementos da população idosa (Kearl, 1981; Levkoff, Cleary & Wetle, 1987, Suls, Marco & Tobin, 1991, In Baron-Epel & Kaplan, 2001). Este processo adaptativo, fundamentado em comparações com elevados graus de morbilidade e de disfuncionalidade presentes e/ou esperados entre os pares da mesma faixa etária, de acordo com Idler (1993) permite às pessoas idosas desvalorizarem a importância de eventuais problemas de saúde e/ou do seu estado de saúde.

Idler (1993) refere ainda que as percepções de saúde positivas constatadas entre as pessoas idosas podem não apenas ser fruto de comparações com outros mas resultam também de

comparações com anteriores estados de saúde em que o indivíduo se encontrava mais fragilizado e que conseguiu ultrapassar. Tal afirmação encontra-se em concordância com o expresso numa das hipóteses oferecidas por Idler & Benyamini (1997) para explicar a relação entre percepção de saúde e morbidade, a *Hipótese Trajectória*.

Borawski et al. (1996) salientam este optimismo das pessoas idosas, assente na incongruência verificada entre as condições objectivas de saúde e as percepções de saúde. Os autores remetem as diferenças verificadas para o facto de as definições de saúde elaboradas pelas pessoas idosas incluírem não só critérios medicamente definidos mas também factores afectos ao contexto social e crenças proactivas.

Chipperfield (1993) verificou também esta incongruência e destaca que esta não deverá ser atribuída a distorções da realidade mas sim à diferente sensibilidade às medidas de percepção de saúde.

Leventhal (1984, In Idler, 1993) afirma ainda que as pessoas idosas têm menos respostas afectivas à doença – raiva, medo ou vergonha – do que indivíduos mais jovens, o que, de acordo com a autora supracitada, se constitui também como uma estratégia adaptativa que resulta na capacidade de diminuir o significado da doença.

Contudo, a assunção de que as pessoas idosas reportam percepções de saúde mais positivas não é consensual e alguns estudos apontam para piores percepções de saúde entre as pessoas mais idosas e para o aumento das diferenças interindividuais (Bjorner et al., 1996, Roberts, 1999, Únden & Elofsson, 1998, In Svedberg et al., 2001; Earles, Connor, Smith & Park, 1997). O pessimismo patente nas percepções de saúde das pessoas idosas poderá ser atribuído ao efeito cumulativo de variados agentes potenciadores de stress que conduzem à centração do indivíduo sobre a sua sintomatologia física (Leventhal, 1984, Verwoerd, 1981, In Borawski, Kinney & Kahana, 1996).

Salientamos a variância nas percepções de saúde que poderá ser atribuída à exposição a um maior leque de factores ambientais que conclui na já referida maior heterogeneidade da população idosa (Harris et al., 1992, In Svedberg et al., 2001). Estes factores, por sua vez, condicionam a exposição do indivíduo a experiências únicas como as relações sociais, o estatuto socio-económico, as experiências laborais, as actividades de lazer ou o exercício físico, que se constituem como bons predictores das percepções de saúde.

Passemos então a abordar os aspectos que se constituem como elementos determinantes na elaboração das percepções de saúde. Assim, Schulz et al. (1994) identificam alguns factores que funcionam como bons predictores da percepção de saúde entre as pessoas idosas.

A primeira categoria destacada, inclui os indicadores de saúde acessíveis aos indivíduos, nomeadamente o número de medicamentos administrados, as capacidades funcionais e as doenças conhecidas. Os referidos autores, no que são secundados por Kaplan, Barell & Lusky (1988, In Fylkesnes & Førde, 1991), assumem que a toma de medicamentos é o factor que mais influencia a elaboração da percepção de saúde já que a administração diária de medicamentos relembra o indivíduo que a sua saúde está de alguma forma comprometida, mesmo que a sintomatologia seja pouco relevante ou não exista. Relativamente às pessoas idosas que não têm qualquer doença diagnosticada, o aparecimento de condições sub-clínicas associa-se a fracas percepções de saúde uma vez que os sintomas se evidenciariam com maior facilidade (Schulz et al., 1994).

Schulz et al. (1994) apontam ainda factores psicossociais como a presença de sintomas depressivos, a satisfação de vida e as habilitações literárias como bons predictores da qualidade das percepções de saúde das pessoas idosas.

Em concordância com estes dados, Idler (1993) e Milligan et al. (1989) referem também a ausência de problemas de saúde severos e Gorrionogoita-Hurbe, Ibanez-Perez & Olaskoaga-

Arrate (1992) a qualidade e/ou quantidade de afecções de saúde que afectam a vida familiar, a quantidade de sintomas e a quantidade de medicamentos consumidos com elementos determinantes na percepção da saúde pelas pessoas idosas.

Johnson & Wolinsky (1993) oferecem-nos um modelo que pretende equacionar o estado de saúde das pessoas idosas e as diversas variáveis que o espelham. Este modelo teórico assenta no impacto que a doença, as limitações físicas e as limitações funcionais produzem nas pessoas idosas, mais concretamente nas suas percepções de saúde, obedecendo assim a uma tendência de descentração da dimensão física, privilegiando uma dimensão mais psicológica. A relação entre estas variáveis teria uma natureza sequencial e cumulativa.

Assim, a doença, situar-se-ia no cerne do processo causal, originando sequelas físicas e funcionais e originando uma determinada saúde percebida.

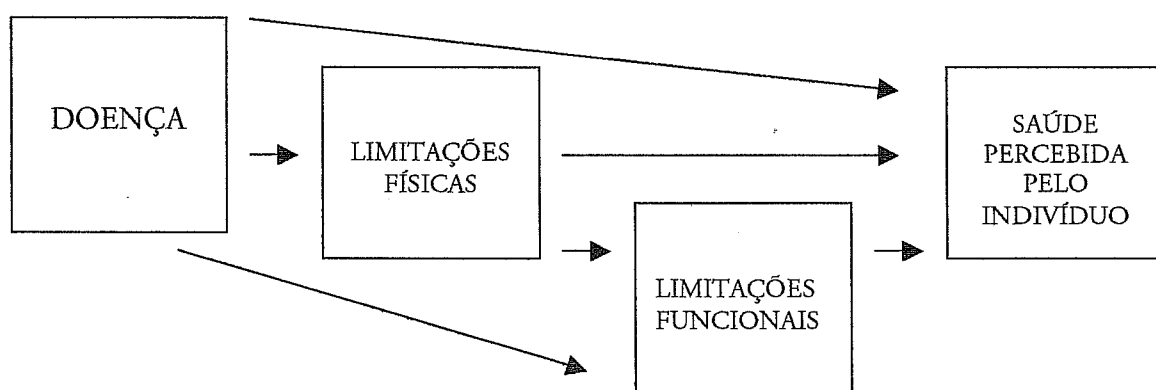


Figura 4 – Modelo Conceptual de Doença, Limitações Físicas, Limitações Funcionais e Saúde Percebida (Johnson & Wolinsky, 1993)

Também Benyamini et al. (1999) reconhecem que o conhecimento da existência da doença é um factor determinante para a percepção de saúde. Estes autores afirmam ainda que uma manifestação somática assimilada à doença recorda ao indivíduo problemas de saúde ocorridos no passado e, simultaneamente, cria a expectativa de novas ocorrências no futuro.

Fylkesnes & Førde (1991, 1992) reforçam a importância da existência de sintomatologia na definição da percepção de saúde do indivíduo em detrimento do conhecimento da existência de uma condição crónica. Mechanic (1980, In Fylkesnes & Førde, 1992) refere que a presença de sintomatologia é um reflexo não só de condição física fragilizada ou de doença do indivíduo mas espelha também sua a dinâmica psicológica, a exposição a agentes indutores de stress ou decorre de aprendizagens prévias.

Um outro factor apontado como um bom predictor da percepção de saúde da pessoa idosa é a presença de dor (Reyes-Gibby, Aday & Cleeland, 2002). Estes autores referem que as pessoas idosas se encontram em maior risco de sentir dor, nomeadamente porque têm mais riscos de sofrer de doenças que provocam dor como é o caso do cancro e da artrite, e que esta se encontra associada a fracas percepções de saúde, mesmo quando se procede ao controlo de variáveis socio-demográficas, da existência de doenças crónicas, de depressão, de limitações funcionais e condições de acesso aos cuidados de saúde.

Vassend & Skrondal (1999) associaram ainda a percepção de saúde, no caso as fracas percepções de saúde, a características da personalidade do indivíduo, nomeadamente a presença de traços de neuroticismo e de angústia, que os autores denominam de *negative affect* e que traduziremos por afecto negativo. A presença de afecto negativo encontra-se assim associada a medidas subjectivas de saúde que reflectem a percepção de saúde do indivíduo e a interpretação de sintomatologia e sensações físicas e emocionais (Costa & McCrae, 1985<sup>a</sup>, 1987, In Vassend & Skrondal, 1999; Watson & Pennebaker, 1989).

Relativamente à interpretação de sintomatologia, Salovey & Birnbaum (1989) afirmam que, na presença de afecto negativo, os indivíduos tendem a referir mais sintomas. Tal pode ser atribuído a duas ordens de factores. Por um lado, o afecto negativo promove a concentração do indivíduo sobre estímulos internos donde os sintomas se tornam mais notórios e salientes. Por outro lado, o afecto negativo facilita a evocação de memórias relativas a

acontecimentos relacionados com doença que possuem uma valência negativa (Salovey & Birnbaum, 1989).

Salovey, Detweiler, Steward & Bedell (2001) referem que o afecto – seja ele de natureza positiva ou negativa – determina a qualidade das percepções e crenças de saúde e ainda o bem-estar físico.

Também outras variáveis que se mobilizam como predictores do estado de saúde do indivíduo, como o coping e o suporte social, estão significativamente associadas ao afecto negativo (Clark & Watson, 1991, In Vassend & Skrondal, 1999).

A reduzida exposição ao stress (Farmer & Ferraro, 1997, In Leinonen et al. 2001 a,b), melhor saúde funcional, estatuto socio-económico, suporte social e satisfação de vida (Goldstein et al., 1984; Minkler & Laghauseer, 1988; Markides & Lee, 1993, In Leinonen et al., 2001 a,b; Ratner, Johnson & Jeffery, 1998), adopção de comportamentos promotores de saúde (Hirdes & Forbes, 1993; Fletcher & Hirdes, 1996, Atchley, 1999, In Leinonen et al., 2001 a,b), o grau de autonomia e de actividade (Partridge, Johnston & Morris, 1996; Lindgren; Svärdsudd & Tibblin, 1994) e variáveis sociais, nomeadamente factores económicos e da dinâmica familiar (Fernandez-Merino, Verez-Vivero & Gude-Sampedro, 1996; Ratner et al., 1998), são também referidos como bons predictores da percepção da saúde.

Para além de funcionarem como predictores da percepção de saúde, algumas das variáveis enunciadas destacam-se como factores associados à manutenção de percepções de saúde positivas.

Neste contexto, Hirdes & Forbes (1993) destacam o estatuto socio-económico, as relações sociais, a satisfação de vida e os comportamentos relacionados com a saúde.

Relativamente ao estatuto socio-económico, os autores destacam os rendimentos e a educação. Afirmam que melhores percepções de saúde são paralelas a mais rendimentos e a níveis mais elevados de educação, já que rendimentos mais elevados se encontram associados a um acesso mais facilitado a cuidados de saúde diferenciados. Por outro lado, um percurso de vida pautado pelos baixos rendimentos - e pelas circunstâncias daí decorrentes - poderá ter determinado as práticas de saúde do indivíduo (Marmot, Kogevinas & Elston, 1987, In Hirdes & Forbes, 1993). Os baixos rendimentos são associados por Hirdes, Brown, Forbes, Vigoda & Crawford (1986) não só à implicação em comportamentos de saúde mas também à presença de sintomatologia ansiosa e depressiva e a menores índices de satisfação de vida.

Salienta-se ainda que quando se verificam mudanças negativas no rendimento do indivíduo, a percepção de saúde evolui no mesmo sentido (Hirdes et al., 1986). Este dado é tanto mais importante se nos recordarmos que com a reforma, a pessoa idosa poderá experimentar decréscimo nos seus rendimentos (Abeles, 1992).

No que concerne às habilitações literárias, verifica-se que estas desempenham um importante papel na avaliação que o indivíduo faz dos riscos para a sua saúde (Hirdes & Forbes, 1993).

No âmbito das relações sociais, os resultados de Hirdes & Forbes (1993) apontam para melhores percepções de saúde entre os indivíduos que eram membros de organizações associativas, não revelando, contudo, quaisquer associações entre percepções de saúde e a conjugalidade, as relações com a família e a filiação religiosa. Estes resultados reforçam a importância das relações voluntárias nesta etapa do ciclo de vida em particular da amizade. As amizades nas pessoas idosas assumem-se como um factor de grande importância, já que

são fonte de auto - confirmação, valorização do eu, auto-percepção, intimidade, aceitação e protecção contra o mundo. Contribuem também para reduzir o impacto da eventual deterioração física, da perda de pares, das dificuldades económicas, da perda de estatuto social e outros acontecimentos que são fontes indutoras de stress no idoso (Aiken, 1989; Paúl, 1997).

Não podemos contudo deixar de referir que outros estudos (Berkman & Syme, 1979, Orth-Gomér & Johnson, 1987, Seeman et al., 1987, In Forbes & Hirdes, 1993) referem que o estatuto conjugal, as relações familiares e a filiação religiosa são determinantes para a manutenção de boas percepções de saúde entre as pessoas idosas. Também Hobfoll (1989; In Tower et al., 1995) e Carstensen (1991; In Carstensen et al., 1995), salientam o papel determinante que o casamento assume entre as pessoas idosas na manutenção da sua saúde e da sua percepção de saúde já que funciona como um recurso moderador de situações indutoras de stress.

A importância da satisfação de vida - conceito emergente na psicologia mas que continua a ser um conceito de difícil operacionalização e que Paúl (1996) define como a avaliação do conjunto das condições de vida de cada um, reflectindo a comparação entre as aspirações e os feitos e o progresso conseguido em direcção aos objectivos de vida, relacionando-se também com o balanço obtido entre o sistema individual e o sistema societário – na manutenção de percepções de saúde positivas é também referida por Hirdes & Forbes (1993). De acordo com os autores a satisfação de vida assumiria a forma de uma atitude para com a sua existência enquanto que a percepção de saúde seria, simultaneamente, reflexo dessa atitude e da própria saúde. Assim, a associação verificada existe porque os indivíduos se fundamentam na referida atitude para avaliar a sua satisfação de vida e a sua percepção de saúde, resultando daí uma associação entre os valores das duas variáveis.

Hirdes & Forbes (1993) destacam ainda o papel dos comportamentos promotores de saúde na manutenção de boa percepção de saúde, nomeadamente com o consumo de álcool e tabaco. Fletcher & Hirdes (1996) destacaram como factores que potenciam a manutenção de boas percepções de saúde, a ausência de hábitos tabágicos, a manutenção de um peso corporal adequado e a actividade física.

## Metodologia

### Desenho

O objectivo deste estudo é averiguar quais os factores que se encontram associados a boas percepções de saúde entre as pessoas idosas.

Assim, o desenho de estudo é observacional-descritivo, de natureza transversal.

As variáveis principais em questão são a percepção de saúde, factores sócio-demográficos (a idade, o sexo, o estado civil, as habilitações literárias), condições objectivas de saúde (funcionamento e autonomia funcional, dor, recurso a serviços de saúde, consumo de medicamentos, presença de doenças crónicas), factores psicossociais (percepção de suporte social) e a depressão, i.e., algumas das variáveis que a literatura aponta como relevantes na elaboração das percepções de saúde das pessoas idosas.

Propomos as seguintes questões de investigação:

- Qual a importância dos factores sócio-demográficos (a idade, o sexo, o estado civil, as habilitações literárias) na percepção de saúde das pessoas idosas?
- Qual a importância das condições objectivas de saúde (funcionamento e autonomia funcional, dor, recurso a serviços de saúde, consumo de medicamentos, presença de doenças crónicas) na percepção de saúde das pessoas idosas?
- Qual a importância da depressão na percepção de saúde das pessoas idosas?

## Participantes

Este estudo foi dirigido a 272 sujeitos com idade situada entre os 65 e os 84 anos, residentes no contexto residencial de origem (domicílio), em Lisboa. A escolha do meio urbano, em particular da cidade de Lisboa, prende-se com o facto de se verificar uma tendência para a "urbanização" do idoso português, i.e., para o aumento importante do número de idosos que se fixaram nos distritos litorais devido ao desenvolvimento sócio-económico dos mesmos e aos movimentos migratórios (Carrilho, 1993).

Para além deste factor, a população da cidade de Lisboa está hoje envelhecida, acompanhando a recomposição estrutural e volumétrica que algumas cidades europeias mais antigas estão também a sofrer (Machado, 1994).

E de que forma pode esta transformação demográfica ser explicada? De acordo com Matias Ferreira (1987, In Machado, 1994) no século XX Lisboa conheceu três grandes transformações no seu território urbano e na sua composição populacional. É precisamente o terceiro destes movimentos, a formação da malha urbana-metropolitana - que decorreu entre 1960 e 1980 - que vai concorrer para um envelhecimento da estrutura etária da Cidade.

Este desenvolvimento da concentração suburbana proporcionou movimentos migratórios para a área metropolitana emergente e para o declínio da fecundidade no seio da cidade de Lisboa, resultando na distribuição etária que podemos observar na Figura 5.

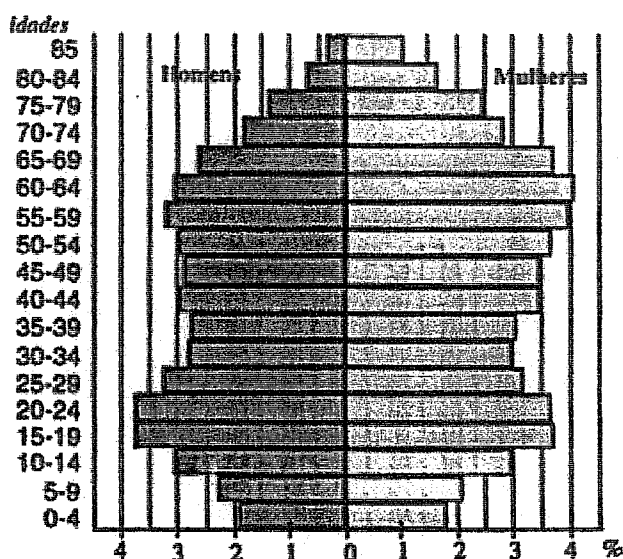


Figura 5 – Pirâmide Etária da cidade de Lisboa em 1991. Fonte: Machado (1994).

Sumariamente, e de acordo com Machado (1994), estas alterações culminaram no decréscimo relativos dos Jovens e dos Activos e no incremento da representatividade das pessoas idosas.

Este aumento do peso das pessoas idosas processa-se a ritmo diferenciado dentro da própria cidade de Lisboa. De acordo com o autor supracitado, o envelhecimento demográfico faz-se sentir com mais veemência na zona mais central da Cidade (onde se destacam as Freguesias de Mártires e Castelo), estendendo-se já até às freguesias do Campo Grande e de S. João de Brito. Por outro lado, nas Freguesias mais periféricas, nomeadamente Charneca e Ameixoeira, o envelhecimento demográfico não é ainda muito notório.

A amostra recolhida é de natureza não probabilística, de conveniência.

Foi critério de exclusão da amostra a existência de défice cognitivo avaliado através o Mini Mental State Examination (MMSE).

## Caracterização Sócio-Demográfica dos Participantes

Apresentamos, em primeiro lugar, a caracterização dos participantes relativamente à variável idade. Neste contexto, e socorrendo-nos das novas classificações que acrescentam uma quarta idade às idades da vida, balizando o seu limite inferior nos 75 anos de idade, propomos dois grupos etários: dos 65 aos 74 anos – idoso jovens – e dos 75 de idade em diante – grandes idosos. Por razões metodológicas, o limite etário superior dos nossos participantes é de 84 anos de idade.

	Frequências	Percentagens
65-74 anos	200	73,5
75-84 anos	72	26,5

Quadro 2 – Distribuição dos Participantes de acordo com a idade

Quanto à distribuição dos participantes quanto ao género verificamos que o sexo feminino se encontra representado em maior número, tendência essa que se verifica também na população idosa portuguesa.

	Frequências	Percentagens
Sexo Masculino	127	46,7
Sexo Feminino	145	53,3
Total	272	100,0

Quadro 3 – Distribuição dos Participantes de acordo com o género.

Relativamente à variável estado civil, encontramos a seguinte distribuição:

	Variável	Frequência
Solteiro	21	7,7
Casado	157	57,7
Viúvo	94	34,6
Total	272	100,0

Quadro 4 – Distribuição dos Participantes de acordo com o estado civil

Considerando a população idosa residente em Portugal, e de acordo com dados do INE (2001), a distribuição dos nossos participantes por estado civil não se afasta muito da realidade já que, no nosso país, as pessoas idosas entre os 65 e os 84 anos solteiras constituem 6,7% da população, as casadas 58,7% e as viúvas 27,5%.

No que concerne às habilitações literárias, a distribuição é a seguinte:

	Frequências	Percentagens
S/escolaridade	86	31,6
1º Ciclo Incom.	17	6,3
1 Ciclo Com.	100	36,8
2º Ciclo	21	7,7
3º Ciclo	28	10,3
Superior	20	7,4
Total	272	100,0

Quadro 5 – Distribuição dos Participantes de acordo com a idade

No conjunto de participantes que colaboraram neste trabalho de investigação, se observam-se, no genérico, baixos níveis de instrução, sendo que 37,9% não concluíram sequer o 1º Ciclo de Ensino Básico. A título de referência, citemos o Inquérito ao Emprego de 2001 (In INE, 2002) onde se verifica que mais de metade da população com 65 e mais anos (55,1%) não tinha qualquer nível de instrução.

Destaca-se, contudo, que a maioria relativa dos sujeitos concluíram o 1º Ciclo do Ensino Básico (36,8%).

### Material

Para a realização deste estudo, e de acordo com as características dos nossos participantes e com os objectivos a que nos propomos, utilizámos os seguintes instrumentos (Anexo 1):

- Uma entrevista de caracterização socio-demográfica que abordará as temáticas da idade (entre 65-74 e 75-84, i.e., idosos e grandes idosos), o sexo, o estado civil, as habilitações literárias.
- Uma entrevista destinada a aferir alguns indicadores de saúde como o recurso a serviços de saúde, o consumo de medicamentos e presença de doenças crónicas. Relativamente ao recurso a serviços de saúde e ao consumo de medicamentos, elaborámos um conjunto de questões sustentados naquelas elaboradas por Fernandez-Ballesteros, Zamarrón, & Maciá, (1996), Pícala, Boalt, Reed e Aliberti (1996) e Segovia, Bartlet e Edwards (1989).

As questões criadas reportam para:

- consumo de medicamentos (“*Quantos medicamentos toma por dia ?*” sendo que a resposta poderá variar entre “nenhum”, “entre 1 a 3” e “mais de 3”);

- consultas médicas (“*Nos últimos 6 meses quantas vezes foi ao médico ?*”, podendo a resposta variar entre “nenhuma”, “entre 1 a 3 vezes” e “mais de 3 vezes”);
- internamentos hospitalares (“*No último ano quantas vezes teve que ficar internado no hospital ?*” podendo a resposta variar entre “nenhum”, “1 vez”, “entre 2 e 3 vezes” e “mais de 3 vezes”);
- ocorrência de doenças crónicas (“*Tem alguma destas doenças crónicas?*” sendo que são enunciadas a *artrite/reumatismo, doenças cardíacas/ do coração, pressão arterial elevada, cancro/tumor e diabetes*. De acordo com Barreto (1994), são estas as condições com maior prevalência no seio da população idosa portuguesa. Neste contexto, esclarecemos os inquiridos que por doença crónica entendemos uma condição que se encontra instalada há, pelo menos, três meses.

Realça-se que, na meta-análise realizada por Pinquart (2001), 12 estudos inquiriam os sujeitos relativamente ao consumo de medicamentos, 15 relativamente às idas ao médico e 6 ao número de hospitalizações.

Os dados obtidos através destas questões serão complementados, no que remete para a saúde funcional, com algumas das questões das sub-escalas do SF-36 relativas ao funcionamento físico, ao papel físico, à dor física, à saúde geral e à vitalidade

- Para o despiste de défices cognitivos utilizaremos o MMSE. A versão original deste teste foi elaborada por Folstein, Folstein & McHugh (1975). A versão utilizada neste trabalho será a adaptação elaborada por Guerreiro, Silva, Botelho, Castro-Caldas & Garcia (1994) para o Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz do Hospital de Santa Maria. A versão original do teste foi

traduzida e foram ainda introduzidas algumas alterações impostas pelas características linguísticas e culturais da população portuguesa.

As dimensões solicitadas são a orientação, a memória (de fixação e de evocação), a atenção e concentração, a habilidade construtiva e a linguagem.

A resposta é dada de acordo com as perguntas ou tarefas solicitadas sendo a sua cotação efectuada a partir da resposta certa ou errada. O seu resultado é avaliado de um modo global, resultando daí um valor que determina a existência ou não de défice cognitivo. Assim, um resultado abaixo de 24 remete para a probabilidade de existência de défice cognitivo e um resultado abaixo de 17 indica a clara existência de défice cognitivo.

- Recorreremos ainda ao Medical Outcomes Study SF-36. A versão por nós utilizada foi a IQOLA SF-36 Versão Portuguesa 1.0, cedida, a nosso pedido, pelo Health Assessment Lab.

A primeira questão desta escala (*“Em geral diria que a sua saúde é: óptima ... fraca”*) é precisamente a questão que, de acordo com a literatura por nós consultada, mais facilmente permite aferir a percepção de saúde e, de acordo com uma meta-análise realizada por Pinquart (2001) é, a mais utilizada neste contexto surgindo em 158 estudos. Fayers (2002) salienta as capacidades do SF-36 e, especificamente desta questão, na avaliação da percepção de saúde.

Realçamos ainda que esta escala foi utilizada junto da população idosa sendo considerada bastante útil e fiável (Lyons, Perry & Littlepage, 1994). Revelou ainda elevados valores de consistência interna, obtendo um  $\alpha$  de Cronbach  $\geq$  a 0,8 para cada parâmetro.

Simultaneamente, esta escala permite-nos, através das suas oito sub-escalas, aceder ao funcionamento físico (avalia a performance de actividades físicas quotidianas), ao papel físico (aferindo o grau que resultados individuais têm na realização de actividades físicas), à dor física (avaliando a intensidade e frequência da dor e as suas implicações nas actividades quotidianas), à saúde geral (para além da já referida percepção de saúde, permite aceder ao actual e anterior estado de saúde e à resistência à doença), à vitalidade (reflecte a percepção de energia ou fadiga), ao funcionamento social (remetendo para a capacidade de desenvolver e manter relações sociais), à vertente emocional (avalia a extensão da interferência dos problemas emocionais na vivência quotidiano do indivíduo) e à saúde mental (níveis emocional, cognitivo e intelectual).

Embora esta escala possa ser auto-administrada, com recurso a computadores, por telefone ou administrada pessoalmente pelo entrevistador, utilizámos esta última via, devido ao facto de antevermos que alguns dos idosos não possuem habilitações literárias suficientes para o preenchimento desta escala ou de, eventualmente, sentirem algumas limitações preceptivas. Desta forma foi o próprio investigador a proceder à leitura das questões e ao preenchimento dos instrumentos de modo a homogeneizar o procedimento.

As respostas são dadas:

- numa escala tipo Likert com seis pontos (no item 9 variando entre “sempre” e “nunca”), com cinco pontos (no item 11, variando entre “absolutamente verdade” e “absolutamente falso”) e com três pontos (no item 3, variando entre “sim muito” e “não nada”);
- sob a forma de resposta dicotómica, i.e., “sim” e “não” (nos itens 4 e 5);

- sob a forma de resposta ordinal em que o participante assinala uma resposta em número que corresponderá à avaliação do seu estado (nos itens 1, 2, 6, 7, 8, e 10, existe 5 alternativas de resposta em que 1 corresponde à avaliação mais favorável e 5 à avaliação mais fraca).
  
- Na sequência do SF-36 pretendemos introduzimos ainda uma questão que remete para a avaliação que o participante faz da sua saúde quando comparada com a de outros indivíduos da sua idade (*“Comparando com outras pessoas da sua idade, diria que a sua saúde é”*, sendo que a resposta será dada numa escala ordinal de 5 pontos em que 1 corresponde a “ótima” e 5 corresponde a “fraca”). Esta formulação é sugerida por Baron-Epel & Kaplan (2001). Esta questão, que pretende elicitir uma comparação social, foi já utilizada em 15 estudos (Pinquart, 2001).
  
- Escala de Depressão Geriátrica / Geriatric Depression Scale (GDS) de Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer (1983) com adaptação à população portuguesa por Barreto (1991, In Paúl, 1993). Esta escala foi utilizada, neste contexto, em 5 estudos (Pinquart, 2001).

Esta escala cobre os sintomas psicológicos da depressão mais frequentes neste grupo etário não havendo referências a sintomatologia física.

A escala é constituída por 30 itens de nível de medida dicotómico (sim vs. não). A correlação entre os itens é de 0.68 (variando entre 0.47 e 0.83). A validade e consistência interna apresenta uma média de 0.56 para cada item, uma correlação inter-item de 0.36, um  $\alpha$  de Cronbach de 0.94 e uma fiabilidade, considerando o método das duas metades, de 0.94 (Paúl, 1993).

Mais se refere que a validade discriminante da GDS foi verificada por Zgourides, Spofford & Doppelt (1989, In Paúl, 1993) obtendo-se uma concordância entre os dados obtidos a partir desta escala e o diagnóstico realizado, fundamentado nos critérios do DSM-III, por técnicos experientes.

A classificação desta escala baseia-se num critério de atribuição e soma de pontos consoante as respostas obtidas. Atribui-se um ponto por cada resposta concordante com o seguinte quadro:

1	Não	11	Sim	21	Não
2	Sim	12	Sim	22	Sim
3	Sim	13	Sim	23	Sim
4	Sim	14	Sim	24	Sim
5	Não	15	Não	25	Sim
6	Sim	16	Sim	26	Sim
7	Não	17	Sim	27	Não
8	Sim	18	Sim	28	Sim
9	Não	19	Não	29	Não
10	Sim	20	Sim	30	Não

Quadro 6 – Cotação dos itens da Escala de Depressão Geriátrica

A soma dos elementos da escala varia entre zero (0) e trinta (30) e a sua classificação é feita da seguinte forma:

- ♦ De 0 a 9 pontos            Ausência de Depressão
- ♦ De 10 a 19 pontos        Depressão moderada
- ♦ De 20 a 30 pontos        Depressão grave

## Procedimento

Apesar de todos os instrumentos por nós utilizados terem já sido utilizados por várias vezes junto da população idosa, realizámos, num primeiro momento, um pré-teste junto de quatro pessoas idosas para verificar se existira alguma dificuldade de compreensão das questões colocadas. Posto que tal não se verificou, iniciámos a nossa recolha.

Os participantes foram abordados em locais públicos, tendo-lhes sido solicitada a resposta ao nosso questionário.

A aplicação dos diferentes instrumentos foi precedida de uma breve explicação relativa aos nossos objectivos e aos cuidados relativos ao anonimato e confidencialidade. De modo a homogeneizar o procedimento, a leitura das questões e o preenchimento dos Instrumentos foram realizados pelos entrevistadores.

O tempo médio de passagem dos conjunto dos instrumentos foi 20 minutos.

## Apresentação e Análise dos Resultados

Apresentaremos, em primeiro lugar, os dados referentes às questões que remetem para os Indicadores Objectivos de Saúde, nomeadamente o consumo de medicamentos o recurso a serviços de saúde (número de consultas e número de hospitalizações nos últimos 6 meses) e presença de doenças crónicas, bem como em relação à depressão.

Atendamos então ao consumo de medicamentos.

	Frequência	Percentagem
Nenhum	20	7,4
Entre 1 e 3	103	37,9
Mais de 3	149	54,8
Total	272	100

Quadro 7 – Distribuição dos Participantes de acordo com o número de medicamentos consumidos

Como podemos verificar, a maioria das pessoas idosas que constitui o nosso grupo de participantes afirma consumir diariamente pelo menos três medicamentos.

Relativamente ao recurso aos serviços de saúde, particularmente às consultas médicas nos últimos 6 meses, verificámos a seguinte distribuição.

	Frequência	Percentagem
Nenhuma	19	7
Entre 1 e 3	134	49,3
Mais de 3	119	43,7
Total	272	100

Quadro 8 – Distribuição dos Participantes de acordo com o número de consultas médicas nos últimos 6 meses

Ainda no contexto dos Indicadores Objectivos de Saúde, solicitamos aos participantes informações relativas ao número de hospitalizações nos 6 meses prévios a serem inquiridos.

	Frequência	Percentagem
Nenhuma	158	58,1
1 vez	69	25,4
Entre 2 e 3 vezes	45	16,5
Mais de 3 vezes	0	0
Total	272	100

Quadro 9 – Distribuição dos Participantes de acordo com o número hospitalizações nos últimos 6 meses

Apresentamos, seguidamente, a distribuição dos participantes em função da presença e natureza de doenças crónicas.

	Frequência	Percentagem
Nenhuma	26	9,6
Reumatismo	42	15,4
Doenças Cardíacas	42	15,4
Pressão Arterial Elevada	21	7,7
Cancro/Tumor	14	5,1

Diabetes	20	7,4
Reumatismo + Doenças Cardíacas	9	3,3
Reumatismo + Pressão Arterial Elevada	31	11,4
Reumatismo + Cancro/Tumor	7	2,6
Reumatismo + Diabetes	13	4,8
D. Cardíacas + Pressão Art. Elevada	12	4,4
Doenças Cardíacas + Cancro	1	0,4
Doenças Cardíacas + Diabetes	3	1,1
Pressão Arterial Elevada + Cancro	2	0,7
Pressão Arterial Elevada + Diabetes	6	2,2
Reuma. + D. Cardíacas + Pr. Art. ↑	5	1,8
Reuma. + Pr. Art. ° + Diabetes	4	1,5
Reuma. + D. Cardíacas + Diabetes	3	1,1
Reuma. + Cancro + Diabetes	1	0,4
Reuma. + D. Cardíacas + Cancro	1	0,4
D. Cardíacas + Pr. Art. ↑ + Cancro	1	0,4
D. Cardíacas + Pr. Art. ↑ + Diabetes	7	2,6
Reuma. + Pr. Art. ↑ + Diabetes + Cancro + D. Cardíacas	1	0,4
Total	272	100

Quadro 10 – Distribuição dos Participantes de acordo com as doenças crónicas relatadas

Como verificamos pela observação do Quadro 10, apenas 9,6% dos participantes afirmam não sofrer de qualquer condição crónica de saúde. Contudo, 39,33% dos sujeitos têm mais do que uma doença crónica associada e destes 20,5% sofrem de três doenças crónicas.

A patologia mais frequente são as doenças do foro reumático que atingem 48,37% das pessoas idosas inquiridas.

Passemos agora à análise dos dados resultantes da Geriatric Depression Scale (GDS).

	Frequência	Percentagem
Ausência	118	43,4
Moderada	105	38,6
Grave	49	18,0
Total	272	100

Quadro 11 – Distribuição dos Participantes relativamente à depressão

Seguidamente, pretende-se averiguar se existe relação a percepção de saúde (avaliada pelo primeiro item do MOS SF-36) e os dados dos recolhidos por intermédio da entrevista de caracterização demográfica, os indicadores objectivos de saúde, depressão e ainda os resultados obtidos pelos participantes nas escalas de funcionamento físico, papel físico, dor física, vitalidade, vertente emocional e saúde mental do MOS SF-36.

Os dados fornecidos pelo foram organizados e trabalhados com recurso ao programa estatístico SPSS 11.0.

Em primeiro lugar, e relativamente à variável Percepção de Saúde, apresentamos algumas medidas descritivas.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
PDS	272	1	5	2,39705882	1,091932251

Quadro 12 - Mínimo, Máximo, Média e Desvio Padrão da Variável Percepção de Saúde.

Analizamos ainda a forma como esta variável se distribui em termos de possibilidade de resposta.

Percepção da Saúde	N	1	2	3	4	5
		=	=	=	=	=
		Fraca	Razoável	Boa	Muito Boa	Óptima
Total	272	22,4	34,9	26,8	11,4	4,4

Quadro 13 - Percentagem de respostas relativas à percepção de saúde (“Fraca”, “Razoável”, “Boa”, “Muito Boa” e “Óptima”).

Considerando a distribuição dos dados recolhidos, recorreremos, relativamente aos indicadores sócio-demográficos, aos Indicadores Objectivos de Doença, à Depressão e à Comparação Social, às Provas de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Em primeiro lugar, apresentamos a distribuição das respostas relativas à percepção de saúde de acordo com as características demográficas dos participantes.

Características Demográficas	N	1 = Fraca	2 = Razoável	3 = Boa	4 = Muito Boa	5 = Ótima
<b>Idade</b>						
	200	18,5	35,0	29,5	11,5	5,5
65-74	72	33,3	34,7	19,4	11,1	1,4
75-84						
<b>Género</b>						
	127	18,9	32,3	29,9	14,2	4,7
Masculino	145	25,5	37,4	24,1	8,9	4,1
Feminino						
<b>Estado Civil</b>						
	21	9,6	38,0	19,0	28,6	4,8
Solteiro(a)	157	16,6	32,5	33,1	12,7	5,1
Casado(a)	94	35,1	38,3	18,0	5,3	3,2
Viuvo(a)						
<b>Habilitações Literárias</b>						
Sem escolaridade	86	37,2	34,9	18,6	9,3	0,0
1º Ciclo	17	23,5	35,3	11,8	11,8	17,6
incompleto						
1º Ciclo	100	21,0	40,0	29,0	8,0	2,0
Completo						
2º Ciclo	21	9,5	33,3	33,3	19,1	4,8
3º Ciclo	28	3,6	28,6	46,4	10,7	10,7
Superior	20	5,0	20,0	30,0	30,0	15,0

Quadro 14 – Percentagem de respostas relativas à percepção de saúde (“Fraca”, “Razoável”, “Boa”, “Muito Boa” e “Ótima”) de acordo com as características demográficas dos participantes

Analisemos, em seguida, a relação entre a percepção de saúde e a idade dos sujeitos.

<i>Idade</i>	<i>Média das Ordens</i>		<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>Prob.</i>
	<i>65-74 Anos</i>	<i>75-84 Anos</i>			
<i>Percepção de Saúde</i>	129,35	156,37	5769,500	-2,598	,009*

\* Significativo para  $p \leq 0.01$ , Prova de Mann-Witney

Quadro 15 - Comparação da Percepção de Saúde em função da idade dos sujeitos respondentes

Relativamente à idade verificámos que esta variável exerce influência sobre a percepção de saúde ( $U=5769,500$ ;  $p=0,009$ ), sendo que os participantes com idades entre os 65 e os 74 anos têm uma pior percepção de saúde ( $M=129,35$ ) do que os participantes com idades entre os 75 e os 84 anos ( $M=156,37$ ).

Passemos a analisar as variáveis género, estado civil e habilitações literárias.

<i>Género</i>	<i>Média das Ordens</i>		<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>Prob.</i>
	<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>			
<i>Percepção de Saúde</i>	144,92	126,89	7987,000	-1,960	,050

\* Significativo para  $p \leq 0.05$  Prova de Mann-Witney

Quadro 16 - Comparação da Percepção de Saúde em função do género dos sujeitos respondentes

<i>Estado Civil</i>	<i>Média das Ordens</i>			<i>X<sup>2</sup></i>	<i>Prob.</i>
	<i>Solteiro</i>	<i>Casado</i>	<i>Viuvo</i>		
<i>Percepção de Saúde</i>	163,93	149,25	109,07	19,575	,0001

\* Significativo para  $p \leq 0.01$ , Prova de Kruskal-Wallis

Quadro 17 - Comparação da Percepção de Saúde em função do estado civil dos sujeitos respondentes

<i>Hab. Literárias</i>	<i>Média das Ordens</i>						<i>X<sup>2</sup></i>	<i>Prob.</i>
	<i>S/esc.</i>	<i>- 1º Ciclo</i>	<i>1º Ciclo</i>	<i>2º Ciclo</i>	<i>3º Ciclo</i>	<i>Sup.</i>		
<i>Percepção de Saúde</i>	108,26	144,32	131,01	162,98	176,66	194,73	34,993	,0001*

\* Significativo para  $p \leq 0.01$ , Prova de Kruskal-Wallis

Quadro 18 - Comparação da Percepção de Saúde em função das habilitações literárias dos sujeitos respondentes

Como podemos verificar pela análise dos Quadros acima expostos, as variáveis idade, género, estado civil e habilitações literárias parecem exercer influência sobre a percepção de saúde das pessoas idosas.

Referiremos em seguida os resultados relativos aos indicadores objectivos de saúde, apresentando, em primeiro lugar, a distribuição das respostas relativas à percepção de saúde pelos indicadores seleccionados.

<b>Indicadores Objectivos de Saúde</b>	<b>N</b>	<b>1 = Fraca</b>	<b>2 = Razoável</b>	<b>3 = Boa</b>	<b>4 = Muito Boa</b>	<b>5 = Óptima</b>
<b>Número de Medicamentos</b>						
Nenhum	20	5	5	20	35	35
Entre 1 e 3	103	5,8	36,9	36,9	16,5	3,9
Mais de 3	149	36,9	37,6	20,1	4,7	0,7
<b>Número de Consultas</b>						
Nenhuma	19	0	5,3	26,3	36,8	31,6
Entre 1 e 3	134	11,9	34,4	38,0	12,7	3,0
Mais de 3	119	38,7	40,3	13,4	5,9	1,7
<b>Número de Hospitalizações</b>						

Nenhuma	158	8,2	29,7	38,0	17,1	7,0
1 vez	69	23,2	58,0	13,0	5,8	0
Entre 2 e 3 vezes	45	73,3	17,8	6,7	0	2,2
Mais de 3 vezes	0	0	0	0	0	0
<b>Doenças Crónicas</b>						
Nenhuma	26	7,6	23,1	23,1	19,2	27,0
Reumatismo	42	11,9	33,3	31,0	21,4	2,4
Doenças Cardíacas	42	2,4	47,6	14,3	2,4	0
Pressão Arterial	21	9,6	19,0	42,8	19,0	9,6
<b>Elevada</b>						
Cancro/Tumor	14	57,1	35,8	7,1	0	0
Diabetes	20	5	45	30	15	5
Reumatismo + Doenças Cardíacas	9	22,2	55,6	11,1	11,1	0
Reumatismo + Pressão Arterial Elevada	31	6,4	35,5	48,4	9,7	0
Reumatismo + Cancro/Tumor	7	42,8	14,3	28,6	14,3	0
Reumatismo + Diabetes	13	23,0	38,5	38,5	0	0
D. Cardíacas + Pressão Art. Elevada	12	25	41,7	8,3	16,7	8,3
Doenças Cardíacas + Cancro	1	100	0	0	0	0
Doenças Cardíacas + Diabetes	3	33,3	66,7	0	0	0
Pressão Arterial Elevada + Cancro	2	50	0	0	50	0
Pressão Arterial Elevada + Diabetes	6	16,7	33,3	33,3	16,7	0
Reuma. + D. Cardíacas + Pr. Art. ↑	5	40	40	20	0	0
Reuma. + Pr. Art. ↑ + Diabetes	4	0	25	75	0	0
Reuma. + D. Cardíacas + Diabetes	1	100	0	0	0	0
Reuma. + Cancro + Diabetes	7	57,1	28,6	14,3	0	0

Reuma. + D. Cardíacas + Cancro	3	66,7	33,3	0	0	0
D. Cardíacas + Pr. Art. ↑ + Cancro	1	100	0	0	0	0
D. Cardíacas + Pr. Art. ↑ + Diabetes	1	100	0	0	0	0
Reuma. + Pr. Art. ↑ + Diabetes + Cancro + D. Cardíacas	1	100	0	0	0	0

Quadro 19 – Percentagem de respostas relativas à percepção de saúde (“Fraca”, “Razoável”, “Boa”, “Muito Boa” e “Óptima”) de acordo com os indicadores objectivos de saúde dos participantes

Analisemos, em seguida, a relação entre a percepção de saúde e o consumo de medicamentos relatado pelos sujeitos.

<i>Medicamentos</i>	<i>Média das Ordens</i>			<i>X<sup>2</sup></i>	<i>Prob.</i>
	<i>Nenhum</i>	<i>Entre 1 e 3</i>	<i>Mais de 3</i>		
<i>Percepção de Saúde</i>	232,73	164,01	104,57	72,497	,0001*

\* Significativo para  $p \leq 0.01$ , Prova de Kruskal-Wallis

Quadro 20 - Comparação da Percepção de Saúde em função do número de medicamentos que os sujeitos respondentes afirmam tomar.

Verificámos que o número de medicamentos utilizado exerce influência sobre a percepção de saúde dos participantes, constatando-se que a percepção de saúde é tanto mais baixa quanto mais medicamentos os sujeitos tomam

<i>Medicamentos</i>	<i>Média das Ordens</i>			<i>X<sup>2</sup></i>	<i>Prob.</i>
	<i>Nenhuma</i>	<i>Entre 1 e 3</i>	<i>Mais de 3</i>		
<i>Percepção de Saúde</i>	230,95	153,61	102,15	60,979	,0001

\* Significativo para  $p \leq 0.01$ , Prova de Kruskal-Wallis

Quadro 21 - Comparação da Percepção de Saúde em função do número de consultas dos sujeitos respondentes.

À semelhança do item anterior, também no contexto do número de consultas médicas a percepção de saúde é tanto mais baixa quanto mais vezes o sujeito respondente afirma recorrer a consultas médicas ( $H=60,979$ ;  $p=0.0001$ ).

<i>Hospitalizações</i>	<i>Média das Ordens</i>				<i>X<sup>2</sup></i>	<i>Prob.</i>
	<i>Nenhuma</i>	<i>1 Vez</i>	<i>2 a 3 vezes</i>	<i>+ de 3 vezes</i>		
<i>Percepção de Saúde</i>	169,71	109,75	60,90	0	83,983	,0001

\* Significativo para  $p \leq 0.01$ , Prova de Kruskal-Wallis

Quadro 22 - Comparação da Percepção de Saúde em função do número de hospitalizações dos sujeitos respondentes.

À semelhança dos dois itens referidos anteriormente, a percepção de saúde é tanto mais baixa quanto maior é o número de hospitalizações.

Passemos a analisar os dados referente às doenças crónicas.

	<i>Doença Crónica</i>	<i>N</i>	<i>Média das Ordens</i>
<i>Percepção de Saúde</i>	Nenhuma	26	191,33
	Reumatismo	42	159,15
	Doenças Cardíacas	42	97,11
	Pressão Arterial Elevada	21	178,93
	Cancro/Tumor	14	71,11
	Diabetes	20	159,20
	Reumatismo + Doenças Cardíacas	9	116,83
	Reumatismo + Pressão Arterial Elevada	31	158,40
	Reumatismo + Cancro/Tumor	7	119,50
	Reumatismo + Diabetes	13	124,00
	D. Cardíacas + Pressão Art. Elevada	12	132,88
	Doenças Cardíacas + Cancro	1	31,50
	Doenças Cardíacas + Diabetes	3	83,83
	Pressão Arterial Elevada + Cancro	2	138,25
	Pressão Arterial Elevada + Diabetes	6	147,25
	Reuma. + D. Cardíacas + Pr. Art. ↑	5	95,30
	Reuma. + Pr. Art. ↑ + Diabetes	4	172,63
	Reuma. + D. Cardíacas + Diabetes	3	31,50
	Reuma. + Cancro + Diabetes	1	77,07
	Reuma. + D. Cardíacas + Cancro	1	57,67
	D. Cardíacas + Pr. Art. ↑ + Cancro	1	31,50
	D. Cardíacas + Pr. Art. ↑ + Diabetes	7	31,50
	Reuma. + Pr. Art. ↑ + Diabetes + Cancro + D. Cardíacas	1	31,50
Total	272		

Quadro 23 – Média das Ordens em função das doenças crónica dos sujeitos respondentes

		<i>Doença Crónica</i>	
		<i>X<sup>2</sup></i>	<i>Prob.</i>
<i>Percepção de Saúde</i>	<i>de</i>	72,756	,0001

\* Significativo para  $p \leq 0.01$ , Prova de Kruskal-Wallis

Quadro 24 - Comparação da Percepção de Saúde em função das doenças crónicas dos sujeitos respondentes.

Verifica-se ainda que a presença de doenças crónicas influencia a percepção de saúde, constatando-se que as percepções de saúde mais fracas se encontram entre os participantes com doenças cardíacas associadas a patologias cancerígenas, ao quadro onde pontuam doenças do foro reumático associadas a patologias cardíacas e diabetes, ao quadro caracterizado por patologias cardíacas, pressão arterial elevada e diabetes, ao quadro caracterizado por patologias cardíacas, pressão arterial elevada e cancro e ainda em que pontuam doenças reumáticas associadas pressão arterial elevada, patologias cardíacas e diabetes ( $M=31,50$ ).

Vamos proceder em seguida à análise dos dados relativos à depressão, começando por apresentar a distribuição das respostas relativas à percepção de saúde considerando este indicador.

Depressão	N	1 = Frac	2 = Razoável	3 = Boa	4 = Muito Boa	5 = Ótima
Ausência	118	3,4	19,5	47,5	20,3	9,3
Moderada	105	25,8	53,3	14,3	6,6	0
Grave	49	63,3	32,7	2,0	0	0

Quadro 25 – Percentagem de respostas relativas à percepção de saúde (“Frac”, “Razoável”, “Boa”, “Muito Boa” e “Ótima”) de acordo com a depressão dos participantes



		<i>Média das Ordens</i>				
<i>Depressão</i>		Ausência	Moderada	Grave	<i>X<sup>2</sup></i>	<i>Prob.</i>
<i>Percepção de Saúde</i>	<i>de</i>	189,01	110,74	65,23	112,441	0,0001*

\* Significativo para  $p \leq 0.01$ , Prova de Kruskal-Wallis

Quadro 26 - Comparação da Percepção de Saúde em função do grau de depressão dos sujeitos respondentes.

Também em relação à depressão se verifica que a depressão grave se encontra associada a uma fraca percepção de saúde ( $M=65,23$ ) quando comparada com a depressão moderada ( $M=110,74$ ) e a ausência de depressão ( $M=189,01$ ). Constatam-se ainda a existência de influência desta variável sobre a percepção de saúde ( $H=112,441$ ;  $p=0.0001$ ).

Passemos agora a analisar os resultados obtidos por intermédio do MOS SF-36.

Neste contexto, considerando o nível de mensuração das variáveis em questão optámos pelo procedimento de regressão por *optimal scaling*.

Verificámos neste contexto, como está patente na Quadro 22, que os itens do MOS SF-36 eram responsáveis por 0,616 da variância na percepção de saúde.

Coefficiente de Correlação Múltipla	$R^2$	$R^2$ Ajustado
,805	,649	,616

Variável Dependente: Percepção de Saúde

Predictores: FUNÇFÍSI DESMPFÍF PROBLEMO FUNCSOCI SAUDMENT VITAL DOR MUDANÇA

Quadro 27 – Sumário do Modelo de *optimal scaling*

Realizada a ANOVA para as variáveis em questão verificamos a existência de significância para  $p \leq 0.01$ .

	Soma dos Quadrados	g.l.	Média dos Quadrados	F	Sig.
Regression	176,44	23	7,672	19,911	,0001
Residual	95,55	248	,385		
Total	272,000	271			

Variável Dependente: Percepção de Saúde

Predictores: FUNÇFÍSI DESMPFÍS PROBLEMO FUNC SOCI SAUDMENT VITAL DOR MUDANÇA

Quadro 28 – ANOVA para as variáveis percepção de saúde e funcionamento físico, desempenho físico, problemas emocionais, funcionamento social, saúde mental, vitalidade, dor e mudança.

Pela análise dos Coeficientes, verificamos que, das oito variáveis em questão, apenas duas não se revelaram significativas para a elaboração da percepção de saúde.

	Coeficientes Standardizados		g.l.	F	Sig.
	Beta	Erro Padrão			
FUNÇFÍSI	-,150	,053	4	8,075	,000*
DESMPFÍS	,085	,055	2	2,355	,097
PROBLEMO	-,082	,045	2	3,270	,040**
FUNC SOCI	-,413	,059	4	49,000	,000*
SAUDMENT	-,118	,049	2	5,828	,003*
VITAL	-,109	,044	3	6,003	,001*
DOR	-,215	,058	2	13,803	,000*
MUDANÇA	-,100	,038	4	6,890	,000*

Variável Dependente: Percepção de Saúde

Predictores: FUNÇFÍSI DESMPFÍS PROBLEMO FUNC SOCI SAUDMENT VITAL DOR MUDANÇA

\* Significativo para  $p \leq 0.01$ ;

\*\* Significativo para  $p \leq 0.05$

Quadro 29 – Coeficientes para as variáveis percepção de saúde e funcionamento físico, desempenho físico, problemas emocionais, funcionamento social, saúde mental, vitalidade, dor e mudança.

Por fim, passaremos a analisar os dados referentes à questão “*Comparando com outras pessoas da sua idade, diria que a sua saúde é...*” que introduz a possibilidade de comparação social, i.e., remete para a avaliação que o participante faz da sua saúde quando comparada com a de outros indivíduos da sua idade.

Comparação	N	1 = Frac	2 = Razoável	3 = Boa	4 = Muito Boa	5 = Ótima
Ótima	20	0	5	10	45	40
Muito Boa	38	2,6	18,4	36,8	36,8	5,4
Boa	56	1,8	25,0	62,5	8,9	1,8
Razoável	102	14,7	61,8	20,6	2,9	0
Frac	56	80,4	17,9	0	0	1,7

Quadro 30 – Percentagem de respostas relativas à percepção de saúde (“Frac”, “Razoável”, “Boa”, “Muito Boa” e “Ótima”) de acordo com a Comparação Social realizada pelos participantes

Comparação Social	Média das Ordens					X <sup>2</sup>	Prob.
	Ótima	Muito boa	Boa	Razoável	Frac		
Percepção de Saúde	219,5	151,2	98,2	50,8	41,1	155,15	0,0001*

\* Significativo para  $p \leq 0.01$ , Prova de Kruskal-Wallis

Quadro 31 - Comparação da Percepção de Saúde em função da Comparação Social efectuada pelos sujeitos respondentes.

Neste contexto, verificámos que a percepção de saúde e a comparação social por nós elicitada evoluem no mesmo sentido, i.e., quanto pior o indivíduo se posiciona face à saúde dos outros sujeitos da sua idade pior é também a sua percepção de saúde.

## Discussão dos Resultados

Propusemos neste trabalho, uma abordagem à percepção de saúde, uma das variáveis mais vezes utilizadas na investigação no âmbito da Saúde e da Gerontologia. Como já foi referido, esta variável permite aceder à avaliação global da saúde elaborada pelo próprio indivíduo e sumariza a forma como diferentes aspectos da sua saúde – física e mental – se encontram combinados no seu quadro de referências perceptuais (Bjorner et al, 1996, Liang, 1986, In Svedberg et al., 2001). Desta forma, foi nosso objectivo identificar os factores que determinariam essa percepção de saúde, socorrendo-nos, para tal, de indicadores sócio-demográficos, indicadores objectivos de saúde, depressão e as dimensões de funcionamento físico, desempenho físico, dor, vitalidade, funcionamento social, problemas emocionais e saúde mental, acessíveis através do MOS SF-36.

Reportemo-nos, em primeiro lugar, às características demográficas dos participantes, iniciando a nossa discussão pela *Idade*.

Neste contexto, verificámos que piores percepções de saúde se encontram entre os indivíduos pertencentes ao grupo dos jovens idosos (entre os 65 e os 74 anos de idade) apesar de o grupo dos grandes idosos, com idade acima dos 75 anos e que no nosso caso contou com indivíduos entre os 75 e os 84 anos, é identificado em alguns contextos com estando em situação de dependência funcional (e.g. Valente Rosa, 1993). A mesma tendência de resultados foi já relatada por Jonhson & Wollinsky (1993) e ainda Leibson, Garrard, Nitz, Waller, Indritz, Jackson, Relnick, & Luepke (1999).

A explicação para estes resultados pode assentar no facto de pessoas idosas mais velhas terem expectativas relativas à sua saúde e ao seu desempenho pouco ambiciosas, donde decorrem

melhores percepções de saúde. Adiante exploraremos com mais pormenor estas expectativas elaboradas pelas pessoas que podem condicionar a sua percepção de saúde.

Quando nos referimos às diferenças atribuíveis ao *Género* no contexto da saúde, importa salientar que existem pronunciadas diferenças na saúde e no próprio envelhecimento entre homens e mulheres. Estas diferenças são reflexo de diferentes experiências nos contextos biológico e social e da transição e da adaptação a que estes obrigam (Dennerstein, Feldman, Murdaugh, Rossouw & Tennstedt, 1997).

Estas diferenças reflectem-se sobre diversas formas. Leventhal & Crouch (1997) referem que entre as pessoas idosas, nomeadamente no grupo dos grandes idosos, os homens têm maiores índices de mortalidade e maior número de doenças severas. Contudo, são as mulheres que referem maiores preocupações com a sua saúde; maiores incapacidades e fazem maior uso dos serviços de saúde. As autoras chegam mesmo a afirmar que este padrão tem vindo a ser reproduzido na literatura médica ao longo dos séculos.

Este padrão é ainda secundado por Pennebaker (1982) e Verbrugge (1985), referidos por Borawsky et al. (1996).

Reportando-nos à literatura que associa o género à percepção de saúde, verificamos a existência de uma evolução na metodologia empregue e nos resultados obtidos. Num primeiro momento, não eram reveladas quaisquer diferenças atribuíveis ao género (Ferraro, 1980, Fillenbaum, 1979, In Jylhä, Guralnik, Ferruci, Jokela, & Heikkinen, 1998) ou existiam diferenças nos valores médios de percepção de saúde (Björner et al., 1996, Murray et al., 1982); Under & Elofson, 1998, In Sverdberg et al., 2001), favoráveis às pessoas idosas do sexo masculino (Moum, 1992, Murray et al., 1982, In Jylhä et al., 1998). Actualmente, realizados os necessários ajustes relativos a indicadores de natureza médica,

não se verificam diferenças nas percepções de saúde ou estas são favoráveis às mulheres (Anson et al., 1993, In Jilhä et al., 1998; Idler, 1993; Johnson & Wolinsky, 1993).

Para justificar as melhores percepções de saúde das mulheres Idler (1993) adianta que, em parte, tal fica a dever-se ao facto de as mulheres idosas incorporarem nas suas auto-avaliações as suas maiores hipóteses de sobrevivência, atestadas por uma esperança de vida mais longa. Salienta-se que esta hipótese não foi ainda confirmada.

Ainda no contexto das diferenças na percepção de saúde atribuíveis ao género Benyamini et al. (2000) referem que a forma como homens e mulheres processam a informação que resulta na percepção de saúde por si elaborada é diferente. As mulheres idosas fundamentam as suas avaliações em factores que ultrapassam o domínio da saúde física, socorrendo-se de índices contextuais. Tal é evidente no domínio do stress emocional. Os mesmo autores afirmam ainda que um dos factores que distancia homens e mulheres idosos ao nível das percepções de saúde é que as mulheres fundamentam as suas fracas percepções de saúde em doenças que ainda que crónicas e perturbadoras do funcionamento não são potencialmente ameaçadoras para a saúde – p.e., doenças de natureza musculo-esquelética – enquanto que os seus congéneres do sexo masculino tendem a desvalorizar estas condições menos severas, sustentando as suas avaliações em doenças mais sérias.

Curiosamente, os nossos resultados indicam uma melhor percepção de saúde entre os participantes do sexo masculino. Radley (1994, In Paúl & Fonseca, 2001), afirma que a saúde, a par da doença, são construtos sociais, e que as mulheres têm uma maior capacidade de assimilação do papel de doente, o que pode explicar os nossos resultados.

No contexto do *Estado Civil*, Schone & Weinick (1998) referem que as pessoas idosas casadas se encontram favorecidas em relação à morbilidade e mortalidade quando comparadas com os seus congéneres que não partilham o seu estado civil, sustentando-se

em duas ordens de factores: selecção e protecção. Estes autores, referido-se ao factor selecção, afirmam que as pessoas idosas têm maior propensão para casar. Referindo-se à protecção, o casamento proporciona benefícios nos contextos da saúde, psicológico e físico (nomeadamente suporte emocional e social e factores económicos). O casamento encontra-se associado a benefícios no contexto da saúde de pessoas idosas porque aumenta as hipóteses de envolvimento em comportamentos promotores de saúde – nomeadamente ao nível da actividade física, hábitos nutricionais e hábitos tabágicos.

De acordo com Schone & Weinick (1998) os benefícios do casamento sobre as pessoas idosas seriam ainda mais relevantes entre os homens. Tal é justificado pelo pressuposto de que as mulheres tendem a valorizar a saúde mais dos que os homens (Verbrugg, 1995, Kristiansen, 1990, In Schone & Weinick, 1998), donde as mulheres seriam os principais promotores de comportamentos saudáveis dos seus maridos.

Também Hobfoll (1989; In Tower et al., 1995) e Carstensen (1991; In Carstensen et al., 1995), salientam o papel determinante que o casamento assume entre as pessoas idosas na manutenção da sua saúde e da sua percepção de saúde já que funciona como um recurso moderador de situações indutoras de stress. Salientamos ainda Paúl & Fonseca (1999) que num estudo longitudinal verificaram a existência de uma correlação entre a mortalidade e o estado civil, favorável às pessoas casadas.

Assim sendo, seria de esperar que as pessoas idosas casadas revelassem melhores percepções de saúde do que as pessoas idosas pertencentes a outros estados civis, o que não se verificou no nosso trabalho onde foram as pessoas idosas solteiras que revelaram melhores percepções de saúde.

Curiosamente, a literatura produzida sobre pessoas idosas solteiras é extremamente escassa. Numa das poucas referências acessíveis Veja & Bueno (1996) sugerem que tal fica a dever-se ao facto de ser, em termos estatísticos, reduzido o número de pessoas idosas que nunca

casaram. Os mesmos autores consideram que as pessoas idosas solteiras têm uma melhor saúde física e mental que os divorciados e viúvos da sua idade. Revelam-se ainda extremamente competentes e autónomas (Gubrium, 1975, In Aiken, 1989), são relativamente isoladas mas não sós e estão, na generalidade satisfeitos com as suas actividades (Gubrium, 1976, In Rice, 1998). Ainda no âmbito dos contactos sociais, Keith (1986, In Rice, 1998) verificou que poucas pessoas idosas solteiras se revelam isolados já que fazem maiores investimentos relacionais que não a família, nomeadamente junto de amigos.

Veio a verificar-se então que, embora inferior às percepções de saúde das pessoas idosas solteiras, as pessoas idosas casadas tinham percepções de saúde mais positivas do que as pessoas idosas viúvas. Reportando-nos às pessoas viúvas, Pringerson, Maciejewski, & Rosenheck (2000) afirmam que estas se encontram expostas a diversas modificações no contexto da saúde, nomeadamente ao nível do sistemas imunitário, bem como a depressão, adesão a comportamentos de risco para a saúde (uso/abuso de substâncias como álcool e tabaco), maior risco suicidário e maior mortalidade. É aceite que a viuvez se encontra associada a maior vulnerabilidade a sintomas depressivos e a episódios de depressão grave (Bruce, Kim, Leaf, & Jacobs, 1990, Lund, Dimond & Caserta, 1985, In Pringerson et al., 2000) o que se verifica também entre os nosso participantes. Realçamos, neste contexto, que a presença de depressão é, por sua vez, um poderoso predictor de fracas percepções de saúde (e.g. Mulsant, Ganguli & Seaberg, 1997).

Reportando-nos às *Habilitações Literárias*, esta variável foi, neste contexto, utilizada como um indicador do ESE dos participantes, assumindo que a níveis de educação mais altos corresponde um estatuto social relativo mais elevado. Socorremo-nos desta estratégia sustentados em Liberatos, Link, & Kelsey (1988) e Preston & Tauban (1994, In Grundy &

Holt, 2000). Entre os nossos participantes, constatámos que quanto mais altas eram as habilitações literárias dos participantes melhores eram as suas percepções de saúde.

Importa, neste momento e de acordo com Grundy & Holt (2000), lembrar que as relações entre ESE e saúde assentam em três pressupostos. Em primeiro lugar, sustentam-se no argumento materialistas, i.e., pessoas com mais recursos acedem com maior facilidade a melhores contextos residenciais, alimentação e cuidados de saúde.

O segundo vector remete para os factores psicossociais, nomeadamente o empowerment, a posição na hierarquia social e a integração social, bem como para a exposição ao stress que pode advir de um estatuto pouco diferenciado e de baixa autonomia.

Por último, salientam-se os mecanismos de natureza comportamental. Os autores argumentam que a adesão de comportamentos de risco para a saúde assim como a utilização correcta dos serviços de saúde é determinada pelo acesso à informação e pelas competências sociais. Neste contexto, salientamos que o acesso à informação, nomeadamente a informação relativa à saúde, se reveste de uma fundamental importância entre as pessoas idosas. Baker, Gazmararian, Sudano & Petterson (2000) sublinham a importância deste factor sustentados no facto de neste grupo etário se registar, como já afirmámos anteriormente, uma elevada prevalência de doenças crónicas, reforçando assim a necessidade de as pessoas idosas acederem e compreenderem a informação relativa à saúde e também à doença. Hirdes & Forbes (1992) reforçam que a educação se encontra associada às práticas de saúde do indivíduo e Grundy & Glaser (2000) identificaram uma relação entre habilitações literárias mais baixas e maior incidência de incapacidades.

Grundy & Slogget (2003) verificaram ainda a associação entre indicadores sócio-económicos e percepções de saúde. Ratner, Johnson & Jeffery (1998) afirmam também que diferentes níveis de educação produzem diferenças ao nível da saúde e da percepção de saúde

elaborada. Johnson & Wolinsky (1993) referiram também que a níveis mais elevados de educação correspondiam avaliações de saúde mais positivas.

Schulz et al. (1994) hipotetizam que as melhores percepções de saúde verificadas entre pessoas com mais habilitações literárias se ficam a dever ao facto de, perante uma determinada condição de saúde, esta ser percebida como menos ameaçadora uma vez que o indivíduo dispõe de mais recursos que lhe permitem lidar melhor e conhecer melhor essa condição.

Passemos agora a abordar os indicadores objectivos de saúde, salientando, em primeiro lugar, o *Consumo de Medicamentos*. As pessoas idosas, nomeadamente porque estão expostas a maior probabilidade de aparecimento de doenças, consomem, quando comparadas com sujeitos de outras faixas etárias, uma maior quantidade de medicamentos (Fernández-Ballesteros, 1992).

Os nossos resultados, em que um maior número de medicamentos consumidos corresponde uma pior percepção de saúde, à semelhança dos de Kaplan, Barell & Lusky (1988, In Fylkesnes & Førde, 1991), Schulz et al. (1994) e Bath (1999) revelam que a toma de medicamentos influencia a elaboração da percepção de saúde já que a administração diária de medicamentos relembra o indivíduo que a sua saúde está de alguma forma comprometida, mesmo que a sintomatologia seja pouco relevante ou não exista.

Um outro indicador de saúde objectiva a que recorremos foi o *Número de Consultas Médicas* nos últimos seis meses. Neste trabalho, à semelhança de Fylkesnes, Johnsen & Førde (1992), e de Blaxter (1985) e Miliupalo et al. (1997) referidos por Bath (1995), e Wolinsky & Johnson (1991, 1992, In Johnson & Wolinsky, 1993) verificámos percepções de saúde mais fracas entre indivíduos que mais vezes afirmam ter recorrido a consultas médicas.

Verifica-se o mesmo padrão em relação ao *Número de Hospitalizações*. A associação entre fracas percepções de saúde e maior número de hospitalizações foi também reportada por Weinberger, Darnell, Tierney, Martz, Hiner, Baker, & Neill (1986).

O comportamento de procura de cuidados médicos pode, de acordo com Dracup et al. (1995, In Duarte, 2002) ser explicado com recurso ao Modelo de Crenças de Saúde (Rosenstock, 1996, In Ogden 1999) que, entre outras variáveis, destaca o grau de vulnerabilidade percebida pelo indivíduo.

Leventhal & Crouch (1997) afirmam que a procura de cuidados médicos pode constituir-se como uma estratégia compensatória à maior vulnerabilidade percebida, nomeadamente entre as pessoas idosas que detêm percepções de saúde mais fracas. As autoras afirmam que o recurso aos cuidados médicos, à semelhança da procura de fontes de assistência no seio da família, é um meio rápido e eficiente de promover a auto-regulação no contexto da saúde.

Quanto às *Doenças Crónicas*, Blanchard (1982, In Ribeiro, 1998) caracteriza-as como condições que exigem da parte do doente um esforço na sua gestão, uma vez que se encontram associadas a uma dimensão temporal distinta, acompanhando, frequentemente, o indivíduo numa parte substancial da sua vida. Ter uma doença crónica implica, assim, uma reorganização, mais ou menos significativa, de diversos aspectos da vivência do indivíduo, nomeadamente nos contextos comportamental, cognitivo, emocional e social. Tal como afirma Ribeiro (1998) “*Para além da situação biológica de ter uma doença (...) há a experiência psicossocial de ter uma doença que corre paralelamente e independentemente da situação biológica, com as concomitantes representações individuais*” (pp. 187).

Belgrave (1990, In Wilkins, 2001) abordou a experiência de ter uma doença crónica especificamente junto de pessoas idosa, experiência essa que, de acordo com o autor, raramente é trabalhada. Salientou que, junto dessa faixa etária, a experiência de ter uma

doença crónica, implicaria três níveis de abstracção distintos. O primeiro nível é o mais concreto uma vez que o indivíduo se socorre de indicadores associados à doença e à forma como é percebida, nomeadamente em relação à evidência de sintomatologia associada, para sustentar a sua experiência de ser doente crónico. O segundo nível, aponta para o impacto da doença sobre o estilo de vida e das actividades. O terceiro nível, mais complexo, remete para a relevância da doença crónica na auto-estima do indivíduo.

Desta forma, e de acordo com Cott, Gignac, & Bradley (1999), à existência de uma condição crónica – eventualmente acompanhada de incapacidade(s) – não está necessariamente associada uma fraca percepção de saúde. As mesmas autoras, reconhecendo que a presença de doenças crónicas condiciona a elaboração da percepção de saúde, aventam a possibilidade de, na dinâmica da elaboração da percepção de saúde, o indivíduo fazer uma distinção entre a avaliação subjectiva e o diagnóstico médico de doença ou incapacidade. Sustentam, neste contexto, que as percepções de saúde optimistas entre pessoas com doença crónica estão relacionadas com alguns recursos de natureza psicológica, nomeadamente auto-estima e com a gestão da condição crónica.

Contudo, verificámos neste trabalho, que os nossos participantes que relataram não sofrer de qualquer doença apresentavam melhores índices de percepção de saúde.

A associação entre presença de doenças crónicas e percepções de saúde mais fracas foi também referida por Johnson & Wolisky (1993) e Benyamini et al. (1999, 2000a). Johnson & Wolisky (1993) colocam mesmo a existência de doença crónica no início de um ciclo de causalidade que culmina em fracas percepções de saúde.

Segundo o conjunto de autores supra citados, o conhecimento da existência de uma doença é em si mesmo um factor determinante para a elaboração de fracas percepções de saúde. De acordo com Benyamini et al. (1999), a avaliação que o indivíduo faz da sua saúde sustentada no conhecimento da existência de uma doença crónica pode ser agravada se,

quando o indivíduo é solicitado a realizar esta avaliação, sentir manifestações somáticas. É sugerida, neste contexto, a Hipótese da Simetria (Leventhal, Leventhal, & Contrada, 1998, In Benyamini et al., 1999) que propõe que as pessoas fazem uma ligação entre a sintomatologia concreta e um “rótulo” abstracto de doença.

Destacamos a forma particular como a sintomatologia pode ser interpretada pelas pessoas idosas. Leventhal e Crouch (1997) afirmam que estas têm dificuldade em distinguir sintomatologia específica referenciada a uma doença de manifestações atribuídas ao envelhecimento normal. Tal fica a dever-se, de acordo com as autoras, a duas ordens de factores: por um lado, a sintomatologia aparece lenta e insidiosamente e, por outro lado, vai juntar-se a um conjunto de manifestações somáticas complexas.

Neste âmbito salienta-se o factor *Dor*, que no nosso trabalho, se mostrou determinante na percepção de saúde e que tem sido identificado como um predictor de fracas percepções de saúde (Reyes-Gibby, Aday, & Cleeland, 2002). A dor, elemento que se encontra associado a grande parte das doenças crónicas de que as pessoas idosas sofrem, condiciona a qualidade de vida, influenciando, nomeadamente, o desempenho de actividades e a vida relacional (Almedzar, 1995, Wang et al., 1999, Given et al., 2000, In Reyes-Gibby et al., 2002).

Benyamini et al. (1999), na sequência da já enunciada Hipótese da Simetria, sugerem que a falta de energia e o cansaço serão associados a manifestações de doença ou serão interpretados como indicadores de baixa resistência à doença, resultando assim numa fraca percepção de saúde. Esta hipótese permite assim uma primeira abordagem aos resultados obtidos na dimensão *Vitalidade*, acessível por intermédio do MOS SF-36.

De acordo com Rakowsky (1984, In Benyamini et al., 2000a) as pessoas idosas procedem a uma avaliação dos seus níveis de saúde e doença. Desta forma, a presença de depressão e fadiga seriam elementos críticos para que o indivíduo se percepcione como doente. Por seu

turno, a presença de felicidade e energia seriam elementos necessários a uma avaliação de saudável.

Benyamini et al. (2000a) afirmam que a vitalidade ou os sentimentos de energia podem incrementar melhores de saúde mais positivas e que podem desempenhar um papel protector potenciando que a pessoa se mantenham activa e que controle a sua saúde. Estas hipóteses sustentam os nossos resultados em que pior vitalidade se encontra associada a piores percepções de saúde.

Os resultados obtidos aproximam-se de outros estudos que identificaram uma relação consistente entre a percepção de saúde e indicadores objectivos de doença e de funcionalidade (e.g. Shulz, Mittelman, Kronmal, Hirsch, German & Bookwala, 1994), i.e., constata-se uma elevada concordância entre a percepção de saúde e o efectivo estado de saúde das pessoas idosas (Lichtenstein & Thomas, 1987).

Apesar do sentido dos nossos resultados, importa referir que diversas são as investigações que apontam para uma orientação distinta, ou seja, que as pessoas idosas são mais optimistas quando fazem avaliações sobre a sua saúde. Tal significa que, apesar das eventuais limitações concomitantes a variados problemas de saúde a que são mais vulneráveis, as pessoas idosas sobrestimam a sua saúde, o que se reflecte em percepções de saúde positivas (e.g. Cockerham, Sharp, & Wilcox, 1983, Ferraro, 1980, Fillenbaum, 1979, Maddox & Douglas, 1973, Shanas et al., 1969, Stoller, 1984, Idler, 1992, In Borawsky et al., 1996).

Outras dimensões acessíveis por intermédio do MOS SF-36 são a *Função Física* e o *Desempenho Físico*. Os nossos resultados apontam para que exista uma relação entre a percepção de saúde e a função física o que não se verifica em relação ao desempenho físico. No âmbito do desempenho físico, na avaliação que a pessoa idosa faz da sua saúde estão já

envolvidas considerações de natureza social já que se sustentam nas suas próprias expectativas de desempenho que, por sua vez, foram erigidas em estereótipos em que a pessoa idosa já se encontra em declínio funcional. Daqui resulta que, quando comparadas com pessoas mais jovens com função física idêntica, as pessoas idosas tendam a reportar menos dificuldades relativas ao desempenho (Daltroy, Larson, Eaton, Phillips & Liang, 1999).

Tal pode ser sustentado pela Teoria do Grupo de Referência (e.g. Tornstam, 1975, Rakoesky & Cryan, 1990, In Reinonen et al., 1997) de acordo com a qual as pessoas idosas diminuem a importância deste factor na avaliação da sua saúde, ajustando a sua base de comparação proposta pelos estereótipos que remetem as pessoas idosas para maiores condicionamentos.

Outra justificação para os nossos resultados é oferecida por Johnson & Wolinsky (1993). As limitações físicas encontram-se na origem dos problemas de adaptação a que cada indivíduo se adequa de forma particular. De acordo com os autores supracitados, nas diferentes formas de adaptação residiriam diferentes formas de relação entre a função física e o desempenho físico. Paralelamente, existem diferenças conceptuais entre a função física e o desempenho físico, nomeadamente porque a perda de uma função é facilmente assimilada a doença e remete para constrangimentos ao nível da autonomia, limitando, naturalmente, a qualidade de vida das pessoas idosas (Mañas, 2000). De acordo com Benyamini et al. (2000a) as limitações na função física são ainda susceptíveis de antecipar dificuldades de coping com futuros problemas de saúde.

É neste argumento proposto por Mañas (2000) que pode residir a explicação para os nossos resultados em que fracas percepções de saúde são relatadas entre os participantes que revelam maiores constrangimentos ao nível da função física.

Passemos agora a analisar a *Saúde Mental*. No nosso trabalho, podemos verificar a existência de uma associação entre a saúde mental e a percepção de saúde. Esta associação foi também relatada por Grau, West, & Gregory (1998). De acordo com as autoras, é esperado que, mesmo tendo uma boa saúde física, pessoas que experimentem dificuldades ao nível da saúde mental poderão expressar essas dificuldades através de relatos de fracas percepções de saúde.

Neste contexto, parece-nos oportuno iniciar as nossas referências à *Depressão*. Também em relação à depressão se verifica que a depressão grave se encontra associada a uma fraca percepção de saúde quando comparada com a depressão moderada e a ausência de depressão. Constata-se assim a existência de influência desta variável sobre a percepção de saúde. Mulsant, Ganguli & Seaberg (1997) verificaram também uma associação entre a presença e número de sintomas depressivos e fracas percepções de saúde. Três ordens de factores sustentam esta associação. Em primeiro lugar, a presença de doença aumenta o risco de depressão donde se pode antever a relação entre a percepção de saúde e condições objectivas de saúde (Blazer, 1993, In Pinguart, 2001). Em segundo lugar, sintomas físicos associados à depressão como a falta de energia e de apetite podem estar na origem de fracas percepções de saúde entre as pessoas com depressão (Blazer, 1993, In Pinguart, 2001). Por último, e na sequência do referido por Benyamini et al. (1999), a depressão contribui para a elaboração de uma representação negativa do self (Andersen & Skidmore, 1995, In Pinguart, 2001).

Leibson et al. (1999) referem que a influência da depressão sobre a percepção de saúde, transforma a primeira num poderoso indicador em termos clínicos, podendo explicar a falta de concordância, por vezes verificada, entre percepção de saúde e condições objectivas de saúde (fracas percepções de saúde combinadas com condições objectivas de saúde boas).

Os mesmos autores, sustentando-se em Barsky et al. (1986) e Connely et al. (1989), apontam os efeitos perniciosos desta discordância entre percepção de saúde e indicadores objectivos de saúde, destacando os diagnósticos imprecisos, o aumento das despesas com a saúde, a crença de que os comportamentos de procura de cuidados de saúde são desapropriados e a crença de que os serviços de saúde não podem corresponder às solicitações da parte dos sujeitos que os procuram.

Verificámos, no contexto dos *Problemas Emocionais*, uma relação menos evidente com a percepção de saúde. Tal pode ser justificado pelo facto de, embora as pessoas idosa sejam capazes de reconhecer a existência de problemas emocionais (Lasowsky, 1986, in Currin, Hayslip, Schneider & Kooken, 1998), a grande maioria dessas pessoas não os conceptualiza como uma necessidade importante (Hayslip, Ritter, Oltman & McConnel, 1980, in Currin et al., 1998). Simultaneamente, pode encontrar-se associada uma culpabilidade pelos problemas que possam surgir neste contexto e que não é tão evidente no contexto das problemáticas de natureza estritamente física (Ray et al., 1992, in Currin et al., 1998) e também na assimilação dos problemas ao curso do envelhecimento normal, sendo pois desvalorizados e não se justificando, portanto, o seu relato ao prestador de cuidados (Shapiro, 1986, in Currin et al., 1998).

No âmbito do *Funcionamento Social*, os nossos resultados apontam para percepções de saúde mais fracas entre pessoas idosas que relatam dificuldades neste contexto. Tal é contraditório com a hipótese que nos é oferecida por Brody (1985, In van Tilburg, 1998) e Miller & McFall (1991, In van Tilburg, 1998) que referem que a fragilidade no âmbito da saúde pode traduzir-se em ganhos no suporte instrumental, já que se verifica uma mobilização de recursos para suprir as eventuais necessidades colocadas pelas pessoas idosas.

Contudo, importa realçar que este é um domínio extremamente valorizado pelas pessoas idosas. Quer a relação com familiares quer a relação com amigos são extremamente importantes para a pessoa idosa. Em ambos os casos a qualidade do envolvimento é mais importante que a frequência de contacto (O'Connor, 1995). São as próprias pessoas idosas que determinam as suas relações sociais não funcionando apenas como actores passivos, condicionados e constringidos por acontecimentos e pressões externas. Lang (2001) refere que as pessoas idosas regulam a qualidade, estrutura e função dos seus laços sociais e, desta forma, potenciam os seus recursos sociais.

Relativamente à dimensão percepção de *Mudança na Saúde*, relembramos que a percepção de saúde não se limita a ser uma aferição do estado actual de saúde mas é uma avaliação dinâmica com cambiantes positivos e negativos em simultâneo, i.e., se por um lado o indivíduo pode proceder a uma avaliação das suas perdas pode também proceder a uma comparação com anteriores estados de saúde em que se encontrava fragilizado resultando daí uma avaliação mais positiva (Idler & Benyamini, 1997; Wolinsky & Tierney, 1999). Nos nossos resultados, verificamos que, quando solicitados a comparar a sua saúde com o que acontecia à um ano atrás, as pessoas idosa com piores percepções de saúde são precisamente aquelas que se afirmam como mais fragilizadas nessa comparação, sendo que, eventualmente, se socorrem de indicadores relativos a perdas para realizar essa avaliação.

Realça-se que também verificámos a influência da *Comparação* com outros indivíduos da mesma idade sobre a percepção de saúde, sendo que quanto mais desfavorecidos os participantes se encontravam na comparação social mais fraca era a sua percepção de saúde.

De acordo com a Teoria da Comparação Social (Festinger, 1954, In Reinonen et al., 1997), as pessoas tendem a comparar-se com outros semelhantes a si. Suls et al. (1991, In

Reinonen et al, 1997) refere que as pessoas idosas se comparam, como já referimos anteriormente, com um estereótipo construído sobre uma imagem de um idoso frágil. Uma vez que poucos idosos. Uma vez que poucas pessoas idosas correspondem a esse estereótipo, as pessoas idosas percebem-se numa situação vantajosa e, desta forma, quando solicitadas a pronunciar-se, referem uma boa percepção de saúde.

Assente nesta perspectiva de comparação, Kears (1981) oferece uma óptica alternativa acerca do impacto dos estereótipos etários negativos sobre as pessoas idosas, referindo-se ao Efeito da Vantagem Relativa: os estereótipos podem promover a satisfação de vida entre aquelas pessoas idosas que se percebem numa posição mais favorável em relação aos outros/a alguns elementos da população idosa.

Assim, Harris et al. (1980, in Aiken, 1995) afirmam que as pessoas idosas mostram uma tendência para se perceberem em melhor situação que os seus congéneres, nomeadamente nos contextos da aparência física e das oportunidades que lhes são acessíveis.

Schulz & Fritz (1987) sugerem que as auto-avaliações relativamente positivas referidas pelas pessoas idosas são possíveis porque estas constroem expectativas baixas face ao envelhecimento e às condições de vida nesta etapa da vida.

A identificação dos elementos que sustentam a percepção de saúde é de fundamental importância já que esta variável é, nomeadamente, um forte predictor de mortalidade. Contudo, como tivemos oportunidade de deixar transparecer através dos nossos resultados, os elementos que sustentam a percepção de saúde são inúmeros e muitas vezes podem não ser imediatamente acessíveis aos técnicos que mais de perto trabalham com pessoas idosas.

Estes dados, ainda que circunscritos à realidade própria do grupo específico de sujeitos estudados, permitem-nos uma reflexão sobre a saúde das pessoas idosas. No contexto da

saúde, a enorme heterogeneidade da população idosa assume grande pertinência já que a saúde de um indivíduo, qualquer que seja a faixa etária a que pertença, é o resultado de uma complexa interação entre factores biológicos, psicológicos e sociais, exigindo das intervenções dos profissionais de saúde uma abordagem holística que considere esta multiplicidade de factores contextuais, num esforço contínuo para colmatar falhas existentes nos Sistemas de Saúde, nomeadamente a ausência de cuidados de saúde estruturados que permitam corresponder às solicitações e preocupações expressas pelas pessoas idosas e que serão cada vez mais numerosas e complexas devida à crescente pressão a que o contexto demográfico obriga.

## Bibliografia

- Abeles, R.P. (1992). Social Stratification and Aging: Contemporaneous and Cumulative Effects. In Schaie, K., Blazer, D. & House, J. (Eds.). *Aging, Health Behaviours and Health Outcomes* (33 -37). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Aiken, L. (1989). *Later Life*. New Jersey: Erlbaum Associates.
- Aiken, L. (1995). *Aging - An Introduction to Gerontology*. CA: Sage Publications.
- Baker, D.W., Gazmararian, J.A., Sudano, J., & Patterson, M. (2000). The Association Between Age and Health Literacy Among Elderly Persons. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55B, 368-374.
- Baron-Epel, O. & Kaplan, G. (2001). General Subjective Health Status or Age Related Subjective Health Status: Does it Make a Difference? *Social Science & Medicine*, 53, 1373-1381.
- Barreto, A. (2000). Portugal e a Europa: Quatro Décadas. In Barreto, A., Valadas Preto, C., Valente Rosa, M.J., Costa Lobo, M., & Chiras, P. (Eds.). *A Situação Social em Portugal 1960-1999 Vol. II* (37-76). Lisboa: ISCTE, Imprensa de Ciências Sociais.
- Barreto, J (1994). A Saúde do Idoso e os Desafios das Próximas Décadas. In *Actas do Congresso "Envelhecer: os desafios do século XXI"* (pp. 43 - 48). Porto
- Barreto, J. (1988). Aspectos psicológicos do envelhecimento. *Psicologia*, 6, 159 - 170.

- Bath, P.A. (1999). Self-Rated Health as a Risk Factor for Prescribed Drug Use and Future Health and Social Use in Older People. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 54, 565-570.
- Benyamini, Y. & Idler, E. (1999). Community Studies Reporting Association Between Self-Rated Health and Mortality. *Research on Aging*, 21, 392-401.
- Benyamini, Y., Idler, E.L., Leventhal, E.A., & Leventhal, W. (2000). Positive Affect and Function as Influences on Self-Assessments of Health : Expanding our View Beyond Illness and Disability. *Journal of Gerontology : Social Sciences*, 55, 107-116.
- Benyamini, Y., Leventhal, E.A., & Leventhal, W. (1999). Self-Assessments of Health. What Do People Know That Predicts Their Mortality ? *Research on Aging*, 21, 477-500.
- Benyamini, Y., Leventhal, E.A., & Leventhal, W. (2000). Gender Differences in Processing Information for Making Self-Assessments of Health. *Psychosomatic Medicine*, 62, 354-364.
- Birren, J. E., Cunningham, W. R. & Yamamoto, K. (1983). Psychology of adult development and aging. *Annual Reviews of Psychology*, 34, 543 - 575.
- Bookwala, J. & Schulz, R. (1996). Spousal similarity in subjective well-being: the cardiovascular health study. *Psychology and Aging*, 11, 582-590.
- Borawski, E.A., Kinney, J.M., & Kahana, E. (1996). The Meaning of Older Adults' Health Appraisals: Congruence with Health Status and Determinant of Mortality. *Journal of Gerontology : Social Sciences*, 51, 157-170.
- Bowling, A. & Grundy, E. (1998). The Association Between Social Networks and Mortality in Later Life. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8, 353-361.

- Bromley, D.B. (1966). *Psicologia do Envelhecimento Humano*. Lisboa: Editora Ulisseia.
- Carr, D., House, J.S., Kessler, R.C., Nesse, R.M., Sonnega, J., & Wortman, C. (2000). Marital Quality and Psychological Adjustment to Widowhood Among Older Adults: A Longitudinal Analysis. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55B, 197-207.
- Carrilho, M. J. (1993). O processo do envelhecimento em Portugal: que perspectivas?...INE - *Estudos Demográficos*, 31, 75-98.
- Carstensen, L. (1987). Age relate changes in social activities. In Carstensen, L. & Edelman, B.(Eds.) *Handbook of Clinical Gerontology* (222-237). New York: Pergamon.
- Castro - Caldas, A. (1988). Modificações da comunicação verbal com o envelhecimento. *Psicologia*, 6, 171-174
- Chipperfield, J.G. (1993). Incongruence Between Health Perceptions and Health Problems. Implications for Survival Among Seniors. *Journal for Aging and Health*, 5, 475-496.
- Choi, N.G & Wodarski, J.S. (1999). The Relatio Between social Support and health Status of Elderly People: Does Social Support Slow Down Physical and Functional Deterioration? *Social Work Research*, 20, 52-36.
- Coelho, M. (1989). Envelhecimento Humano. *Colóquio de Ciências*, 4, 81- 82.
- Cott, C. A., Gignac, M.A.M., & Bradley, E. M. (1999). Determinants of Self-Rated Health for Canadians with Chronic Disease and Disability. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 731-736.

- Daltroy, L.H., Larson, M.G., Eaton, H.M., Phillips, C.B., & Liang, M.H. (1999). Discrepancies Between Self-Reported and Observed Physical Function in the Elderly: The Influence of Response Shift and Other Factors. *Social Science & Medicine*, 48, 1549-1561.
- Dennerstein, L., Feldman, S., Murdaugh, C., Rossouw, J., & Tennstedt, S. (1997). *Gender & Health Issues In Aging. Paper Presented to the 1997 World Congress of Gerontology – Aging Beyond 2000: One World One Future*. Available [on line]: <http://www.cas.flinders.edu.au/iag/proceeding/proc0013.htm>.
- Duarte, S. (2002). *Saberes de Saúde e Doença: Porque é que as Pessoas vão ao Médico?* Coimbra: Quarteto.
- Earles, J.L., Connor, L.T., Smith, A.D. & Park, D.C. (1997). Interrelations of Age, Self-Reported Health, Speed and Memory. *Psychology and Aging*, 12, 675-683.
- Falleti, M. (1984). Human factors, research and functional environment for the aged. Altman, I., Lawton, M. P. & Wohlwill (Eds.) *Elderly people and the environment - Human behavior and the environment* (191 - 237). New York: Plenum Press.
- Fayers, P.M. (2002). Understanding self-rated health. *The Lancet*, 359, 187-188.
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta Editora
- Fernandes, L. (2000). *Depressão em Idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Fernandez Merino, M.C., Verez Vivero, L., & Gude Sampedro, F. (1996). Chronic morbidity and self-perception of health in the elderly of a rural community. *Aten Primaria*, 17,108-112.
- Fernandez-Ballesteros, R. (1992). *Mitos y realidades sobre la Vejez y la Salud*. Barcelona: Fundación Caja de Madrid.

- Fernandez-Ballesteros, R. (2000). Introducción. In Fernandez-Ballesteros, R. (Ed.) *Gerontología Social* (39-54). Madrid: Psicología Pirámide.
- Fernandez-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D. & Maciá, A. (1996) *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Fletcher, P.C. & Hirdes, J. P. (1996). A Longitudinal Studies of Physical Activity and Self-Rated Health in Canadians Over 55 Years of Age. *Journal of Aging and Physical Activity*, 4, 136-150.
- Fylkesnes, K. & Førde, O.H. (1991). The Tromsø Study: Predictors of Self-Evaluated Health - Has Society Adopted the Expanded Health Concept? *Social Science and Medicine*, 32, 141-146.
- Fylkesnes, K. & Førde, O.H. (1992). Determinants and Dimensions Involved in Self-Evaluation of Health. *Social Science and Medicine*, 35, 271-279.
- Fylkesnes, K. (1993). determinants of Health Care Utilization - Visits and Referrals. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 21, 40-50.
- Fylkesnes, K., Johnsen, R. & Førde, O.H. (1992). The Trønsø study : Factors Affecting Patient-Initiated and Provider-Initiated Use of Health Care Services. *Sociology of Health & Illness*, 14, 275-292.
- Grau, L., West, B., & Gregory, P. (1998). "How do you feel?" Self-Reported Health as an Indicator of Current Physical and Mental Health Services Use. *Journal of Psychological Nursing*, 36, 24-30.
- Grundy, E. & Holt, G. (2000). Adult Life experiences and health in early Old Age in Great Britain. *Social Science & Medicine*, 51, 1061-1074.

- Grundy, E. & Holt, G. (2001). The Socioeconomic Status of Older Adults : How Should we Measure it in Studies of health Inequalities? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 895-904.
- Grundy, E. & Sloggett, A. (2003). Health Inequalities in Older Population: The Role of Persons Capital, Social Resources and Social-Economic Circumstances. *Social Science and Medicine*, 56, 935-947.
- Guerreiro, M., Silva, A.P., Botelho, M.A., Leitão, O., Castro-Caldas, A. & Garcia, C. (1994). Adaptação à População Portuguesa do "Mini Mental State Examination" (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 3 (supl.1), 9-10.
- Hall, M., MacKlennan, N., & Lye, M. (1996). *Cuidados Médicos ao Doente Idoso*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hart, S. (1997). Old Age and Health Behavior. In Baum, A., Newman, S., Weinman, J., West, R. & McManus, C. (Eds.) *Cambridge Handbook of psychology, Health and Medicine* (143-146). Cambridge: University Press.
- Hirdes, J.P. & Forbes, W.F. (1992). The Importance of Social Relationships, Socioeconomic Status and Health Practices with Respect to Mortality among Healthy Ontario Males. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 175-182.
- Hirdes, J.P. & Forbes, W.F. (1993). Factors Associated with the Maintenance of Good Self-Rated Health. *Journal of Aging and Health*, 5, 101-122.
- Hirdes, J.P., Brown, K.S., Forbes, W.F., Vigoda, D.S. & Crawford, L. (1986). The Association Between Self-reported Income and Perceived Health Based on The Ontario Longitudinal Study of Aging. *Canadian Journal on Aging*, 5, 189-204.

- House, J. S., Kessler, R. C., Herzog, A. R., Mero, R. P., Kinney, A.M. & Breslow, M.J. (1992). Social Stratification, Age and Health. In Shaie, Blazer & House (Eds.). *Aging, health Behaviors and Health Outcomes* (1-32). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Idler, E.L. (1993). Age Differences in Self-Assessments of Health: Age Changes, Cohort Differences, or Survivorship? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 48, 289-300.
- Idler, E.L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour*, 38, 21-37.
- Inchingolo, G.M. (1997). Self-perception of health and survival. A 10-year follow-up among Italians aged over sixty. *Minerva Medicine*, 88, 15-23.
- Instituto Nacional de Estatística (2001). Recenseamento Geral da População e Habitação. Available [on line]: <http://www.inw.pt/prodserv/quadros/mostra-quadros.asp>.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. Available [on line]: <http://www.ine.pt/prodserv/estudos/pdf/Envelhecimento.pdf>.
- Johnson, R.J. & Wolinsky, F.D. (1993). The structure of Health Status Among Older Adults. Disease, Disability, Functional Limitation, and perceived Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 105-121.
- Jylhä, M., Guralnik, J.M., Ferrucci, L., Jokela, J., Heikkinen, E. (1998). Is Self-Rated Health Comparable Across Culture and Genders? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 53B, 144-152.
- Kaplan, G. (1992). Health and Aging In the Alameda County Study. In Shaie, Blazer & House (Eds.). *Aging, Health Behaviors and Health Outcomes* (69-88). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Kearl, M.C. (1981). An Inquiry into the Positive Personal and Social Effects of Old Age Stereotypes among the Elderly. *International Journal of Aging and Human Development*, 14, 277 - 290.
- Keller, C. & Fleury, J. (2000). *Health Promotion for the Elderly*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kertzer, D.I. & Plaslett, P. (1995). *Aging in the Past: Demography, Society and Old Age*. Berkeley: University of California Press.
- Lachman, M. & Burack, O. (1993). Planing and control processes across the life span: an overview. *International Journal of Behavioral Development*, 16, 131-143.
- Lang, F.R. (2000). Endings and Continuity of Social Relationships: Maximizing Benefits Within Personal Networks when Feeling near to Death. *Journal of Social and Personal Relationships*, 17, 155-182.
- Lang, F.R. (2001). Regulation of Social Relationships in 'Later Adulthood. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 56, 321-326.
- Lansford, J.E., Sherman, A.M., & Antunnucci, T.C. (1998). Satisfaction with social networks: an examination of socioemotional selectivity theory across cohorts. *Psychology and Aging*, 13, 544-552.
- Leibson, C.L., Garrard, J., Nitz, N., Waller, L., Indritz, M., Jackson, J., Relnick, S.J., & Luepke, J. (1999). The Role of Depression in the Association Between Self-Rated Physical Health and Clinically Defined Illness. *The Gerontologist*, 39, 291-298.

- Leinonen, R., Heikkinen, E. & Jilhä, M. (1998). Self-rated Health and Self-Assessed Change in Health in Elderly men and women - A Five-Year Longitudinal Study. *Social Science and Medicine*, 46, 591-597.
- Leinonen, R., Heikkinen, E. & Jilhä, M. (2001a). A Pattern of Long-Term Predictors of Health Ratings among Older People. *Aging Clinical and Experimental Research*, 13, 454-464.
- Leinonen, R., Heikkinen, E. & Jilhä, M. (2001b). Predictors of Decline in Self-Assessment of Health Among Older people - a 5 Year Longitudinal Study. *Social Science and Medicine*, 52, 1329-1341.
- Leinonen, R., Heikkinen, E. & Jylhä, M. (1999). A Path Analysis Model of Self-Rated Health Among Older People. *Aging Clinical and Experimental Research*, 11, 209-220.
- Levenson, R. W., Carstensen, L. L. & Gottman, J. M. (1994). Depressive symptom experiences among older women: a comparison of alternative measurement approaches. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 56 - 68.
- Leventhal, E. A. & Crouch, M. (1997). Are There Differences in Perceptions of Illness Across The Life Span? In Petrie, K.J. & Weinman, J.A. (Eds.) *Perception of Health and Illness*. (77-102). Amsterdam: OPA.
- Liang, J. (1986). Self-Reported Physical Health Among Aged Adults. *Journal of Gerontology*, 41, 248-260.
- Lichtenstein, R., & Thomas, J.W. (1987). A comparison of self-reported measures of perceived health and functional health in an elderly population. *Journal of Community Health*.12, 213-30.

- Lieberman, M. A. (1993). A reexamination of adult life crises: spousal loss in mid and late life. In Pollock, G. H. & Greespen, S. I. (Eds) *The course of life - Late adulthood*. Washington: U. S. Government Printing Office
- Lindgren, A.M., Svardsudd, K., & Tibblin, G. (1994). Factors Related to Perceived Health Among the Elderly People: the Albertina Project. *Age & Ageing*, 23, 328-333.
- Long, M.J. & Marshall, B.S. (1999). The Relation Between Self-Assessed Health status, Mortality, Service Use, and Cost in a Managed Care Setting. *Health Care Manage Review*, 24, 20-27.
- Machado, P. (1994). A (c)idade maior - para uma sociologia da velhice na cidade de Lisboa. *Sociologia - Problemas e Práticas*, 15, 21-52.
- Mañas, L.R. (2000). Envejecimiento y Enfermedad: Manifestaciones y Consecuencias. In Fernandez-Ballesteros, R. (Ed.) *Gerontologia Social* (153-166). Madrid: Psicología Pirámide.
- Martire, L.M., Schulz, R., Mittelman, M.B., & Newsom, J.T. (1998). Stability and change in older adults' social contact and social support: the Cardiovascular Health Study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 54, 302-311.
- Mastekaasa, A. (1995). Age variations in the suicide rates and self reported subjective well-being of married and never married persons. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 5, 21 - 39
- Matos Oliveira, M. (1991). A Saúde e a Incapacidade Funcional dos Idosos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 45-54.
- Melanson, P.M: & Downe-Wamboldt, B. (1987). Identification of older adults' perceptions of their health, feelings toward their future and factors affecting these feelings. *Journal of Advanced Nursing*, 12, 29-34.

- Milligan, W.L., Prescott, L., Powell, D.A. & Furshtgott, E. (1989). Attitudes towards Aging and Physical Health. *Experimental Aging Research*, 15, 33-41.
- Ministério da Saúde/Direcção Geral da Saúde (1997). *A Saúde os Portugueses - 1997*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Minkler, M. (1985). Social support and health of the elderly. In Minkler, M. (Ed.). *Social Support And Health*. (199-216). Orlando: Academic Press.
- Morrel, R. W. (1993). Aging and Medication Compliance. *Aging and Medication Adherence*, 1, 187.
- Mulsant, B.H., Ganguli, M. & Seaberg, E.C. (1997). The Relationship Between Self-rated Health and Depressive Symptoms in an Epidemiological Sample of Community-Dwelling Older Adults. *Journal of The American Geriatric Society*, 45, 954-958.
- O'Connor, B.P. (1995). Family and Friend Relationships among Older and Younger Adults. Interaction Motivation, Mood and Quality. *International Journal of Aging and Human Development*, 40, 9-29.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pacheco, D. & Almeida, N. (1987). Assistência Psiquiátrica aos lares de idosos do Caramulo. *Anais Português da Saúde Mental*, 3, 147 -164.
- Park, D. C. (1994). Self-regulation and control in rheumatic diseases. *International Review of Health Psychology*, 3, 189-217.
- Partridge, C., Johnston, M., & Morris, L. (1996). Disability and Health: Perceptions of a Sample of Elderly People. *Physiotherapy Research International*, 1, 17-29.

- Paúl, M. C. (1992). Satisfação de vida em idosos. *Psychologica*, 8, 61 - 80.
- Paúl, M. C. (1993). A depressão em idosos: um estudo exploratório. *Análise Psicológica*, 11, 609 - 617.
- Paúl, M. C. (1996). *Psicologia dos idosos: o envelhecimento em meios urbanos*. Porto: SHO.
- Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Paúl, M.C. & Fonseca, A. (1999). A Saúde e a Qualidade de Vida dos Idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3, 345-362.
- Paúl, M.C. & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pinquart, M. (2001). Correlates of Subjective Health in Older Adults: A Meta-Analysis. *Psychology and Aging*, 16, 414-426.
- Pires, L. (1994). Idosos: modos de vida e condições de vulnerabilidade. In *Actas do congresso "Envelhecer: os desafios do século XXI"* (pp. 57 - 99). Porto.
- Pringerson, H.G., Maciejewsky, P.K., & Rosenheck, R.A. (2000). Preliminary Explorations of the Harmful Interactive Effects of Widowhood and Marital Harmony on Health, Health Service Use, and Health Care Cost. *The Gerontologist*, 40, 349-357.
- Quaresma, M. L. & Bernardo, M. H. (1996). Cuidados a idosos - Formação de apoio às famílias. In *População Idosa, Análise e Perspectivas: A Problemática dos Cuidados Intrafamiliares*. Lisboa: Direcção Geral da Acção Social.
- Quaresma, M. L. (1994). O papel da família e da comunidade local. In *Actas do congresso "Envelhecer: os desafios do século XXI"* (pp. 70 - 75). Porto.

- Quatrochi-Tubin, S. & Jason, L. A. (1983). The influence of introversion - extraversion on activity choice and satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 4, 17- 22.
- Ratner, P.A., Johnson, J.L., & Jeffery, B. (1998). Examining Emotional, Physical, Social and Spiritual Health as Determinants of Self-Rated Health Status. *American Journal of Health Promotion*, 12, 275-282.
- Reyes-Gibby, C., Aday, L. & Cleeland, C. (2002). Impact of pain on Self-Rated Health in the Community-Dwelling Older Adults. *Pain*, 95, 75-82.
- Ribeiro, J.L.P. (1996). Saúde e Desenvolvimento. *Análise Psicológica*, 14, 177-190.
- Ribeiro, J.L.P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Rice, F.P. (1998). *Human Development* (3rd Ed.) Prentice Hall.
- Rubinstein, R. L. & Parmalee, P. A. (1992). Attachment to place and the representation of the life course by the elderly. In Altman, I. & Lowe, S. (Eds.) *Place attachment - Human behavior and environment* (139 - 163). New York: Plenum Press.
- Ryff, C. D. (1989). Beyond Ponce de Leon and the life satisfaction: new directions In quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.
- Salovey, P. & Birnbaum, D. (1989). Influence of Mood in Health-relevant Cognitions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 539-551.
- Salovey, P., Detweiler, J.B., Steward, W.T., & Bedell, B.T. (2001). Affect and Health-Relevant Cognition. In Forgas, J.P. (Ed.) *Affect and Social Cognition* (344-368). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Sandler, A. (1984). Problems of development and adaptation In an elderly patient. In Solnit, A., Neubauer, P. & Eissler, R. (Eds) *Psychoanalytic Study of the Child - Vol. 39* (471-489). New Haven: Yale University Press.
- Santos, A. C. & Trindade, I. (1997). Intervenção Psicológica em programas de Saúde para Idosos. In Ribeiro, J.L.P (Ed.) *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (385-397). Lisboa: ISPA.
- Sarafino, E. (1990). *Health Psychology*. New York: John Wiley and Sons.
- Schone, B.S: & Weinick, R.M. (1998). Health-Related Behaviors and the Benefits of marriage for Elderly Persons. *The Gerontologist*, 38, 618-627.
- Schooler, K. (1976). Environmental change and the elderly. In Altman, I. & Wohlwill, J. (Eds.) *Human Behaviour and Environment. Vol. 1*. New York: Plenum Press.
- Schulz, R., Mittelmark, M., Kronmal, R., Polak, J.F., Hirsch, C.H., German, P. & Bookwala, J. (1994). Predictors of Perceived Health status in Elderly Men and Women. *Journal of Aging and Health*, 6, 419-447.
- Segalen, M. (1999). A revolução industrial: do proprietário ao burguês. In Burgière, A., Klapisch-Zuber, C., Segalen, M. & Zonabend, F.(Eds.). *História da Família (Vol.4)* (5-36). Lisboa: Terramar.
- Segovia, J., Bartlett, R.F. & Edwards, A. C. (1989). An Empirical Analysis of the Dimensions of Health status Measures. *Social Sciences and Medicine*, 29, 761-768.
- Svedberg, P., Lichtenstein, P. & Pedersen, N.L. (2001). Age and Sex Differences in genetic and environmental factors for self-Rated Health: A Twin Study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 56, 171-178.

- Tower, R. B. & Kasl, S. V. (1995). Depressive symptoms across older spouses and the moderating effect of marital closeness. *Psychology and Aging*, 10, 625 - 638.
- Valente Rosa, M. J. (1993). O Desafio Social do Envelhecimento Demográfico. *Análise Social*, 122, 679-689.
- Valente Rosa, M. J. (1996). *O Envelhecimento da População Portuguesa*. Lisboa: Cadernos do Público.
- Valente Rosa, M. J. (1999). *Reformados e Tempos Livres*. Lisboa: Colibri/Inatel.
- Valente Rosa, M. J. & Chitas, P. (2000). Unidade e Pluralidades da Demografia Portuguesa: Perfis e Dinâmicas Concelhias, 1960-1991. In Barreto, A., Valadas Preto, C., Valente Rosa, M.J., Costa Lobo, M., & Chitas, P. (Eds.). *A Situação Social em Portugal 1960-1999 Vol. II* (453-574). Lisboa: ISCTE, Imprensa de Ciências Sociais.
- van Tilburg, T. (1998). Losing and gaining in old age: changes in personal network size and social support in a four-year longitudinal study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 53, 313-323.
- Vassend, O. & Skrandal, A. (1999). The Role of Negative Affectivity in Self- Assessment of Health. *Journal of Health Psychology*, 4, 465-482.
- Vega, J.L. & Bueno, D. (1996). *Desarrollo Adulto & Envejecimiento*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Watson, D., & Pennebaker, J.W. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychol Rev.* 96, 234-54.
- Weinberger, M., Darnell, J.C., Tierney, W.M., Martz, B.L., Hiner, S.L., Barker, J., Neill, P.J. (1986). Self-Rated Health as a Predictor of Hospital Admission and Nursing Home

Placement in Elderly Public Housing Tenants. *American Journal of Public Health*, 76, 457-459.

- Westerhof, G.J., Katzko, M.W., Dittman-Kohli, F. & Hayslip, B. (2001). Life contexts and health-related selves in old age. Perspectives from the United States, India and Congo/Zaire. *Journal of Aging Studies*, 15, 105-126.

- Wilkins, S. (2001). Aging, Chronic Illness and Self-Concept: A Study of Women with Osteoporosis. *Journal of Women & Aging*, 13, 73-92.

- Wolinsky, F.D. & Tierney, W.M. (1998). Self-rated Health and Adverse Health Outcomes : An Exploratory and Refinement of The Trajectory Hypothesis. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 53, 336-340.

Anexo 1

Idade : \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_

### 1. Orientação

- Em que ano estamos \_\_\_\_\_
- Em que mês estamos \_\_\_\_\_
- Em que dia do mês estamos \_\_\_\_\_
- Em que dia da semana estamos \_\_\_\_\_
- Em que estação do ano estamos \_\_\_\_\_
- Em que país estamos \_\_\_\_\_
- Em que distrito vive \_\_\_\_\_
- Em que terra vive \_\_\_\_\_
- Em que casa estamos \_\_\_\_\_
- Em que andar estamos \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

### 2. Retenção

Vou dizer três palavras, queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor.

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

### 3. Atenção e Cálculo

Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado, voltar a tirar 3 e repete até eu mandar para.

27 \_\_\_ 24 \_\_\_ 21 \_\_\_ 18 \_\_\_ 15 \_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

### 4. Evocação

Por favor, repita-me as três palavras que lhe pedi que repetisse anteriormente.

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

### 5: Linguagem

a) Como se chama isto:

Relógio \_\_\_\_\_

Lápis \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

b) Repita a frase que lhe vou dizer:

“O RATO ROEU A ROLHA” Nota: \_\_\_\_\_

c) Quando lhe der esta folha de papel, pegue nela e dobre-a com a mão direita e ponha-a na mesa.

- Pega coma mão direita \_\_\_\_\_
- Dobre ao meio \_\_\_\_\_
- Coloca onde deve \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

d) Leia este cartão e faça o que lá diz.

- Fechou os olhos \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

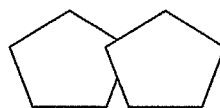
e) Escreva uma frase inteira aqui.

Nota: \_\_\_\_\_

### 6. Habilidade Construtiva

Copie este desenho

Desenho



Cópia

Nota: \_\_\_\_\_

Quantos medicamentos toma por dia ?

nenhum \_\_\_\_\_

entre 1 a 3 \_\_\_\_\_

mais de 3 \_\_\_\_\_

Nos últimos 6 meses quantas vezes foi ao médico ?

nenhuma \_\_\_\_\_

entre 1 a 3 vezes \_\_\_\_\_

mais de 3 vezes \_\_\_\_\_

No último ano quantas vezes teve que ficar internado no hospital ?

nenhuma \_\_\_\_\_

1 vez \_\_\_\_\_

entre 2 e 3 vezes \_\_\_\_\_

mais de 3 vezes \_\_\_\_\_

Tem alguma destas doenças crónicas?

artrite/reumatismo \_\_\_\_\_

doenças cardíacas/ do coração \_\_\_\_\_

pressão arterial elevada \_\_\_\_\_

cancro/tumor \_\_\_\_\_

diabetes \_\_\_\_\_

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar actividades habituais.

Peço-lhe que oiça com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, pode fazer um comentário a seguir à pergunta.

Em geral, diria que a saúde é?

Ótima 1

Muito boa 2

Boa 3

Razoável 4

Fraca 5

Comparando como que acontecia há um ano, como descreveria o seu estado de saúde actual?

Muito melhor 1

Com algumas melhoras 2

Aproximadamente igual 3

Um pouco pior 4

Muito pior 5

As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

Actividades Diárias	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar as compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
e. Subir <b>um</b> lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinarse, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar <b>vários</b> quarteirões	1	2	3
i. Andar <b>um</b> quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, teve no seu trabalho ou actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

	Sim	Não
a. Diminui o <b>tempo gasto</b> a trabalhar ou noutras actividade	1	2
b. Fez <b>menos</b> do que queria	1	2
c. Sentiu-se limitado/a no <b>tipo</b> de trabalho ou outras actividades	1	2
d. Teve <b>dificuldade</b> em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)

	Sim	Não
a. Diminui o <b>tempo gasto</b> a trabalhar ou noutras actividade	1	2
b. Fez <b>menos</b> do que queria	1	2
c. Não executou o trabalho ou outras actividade <b>tão cuidadosamente</b> como era costume	1	2

6. Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde ou problemas emocionais interferiram como o seu relacionamento social normal com a sua família, amigos, vizinhos e outras pessoas?

Absolutamente nada	1
Pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Imenso	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	1
Muito fracas	2
Ligeiras	3
Moderadas	4
Fortes	5
Muito fortes	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	1
Pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Imenso	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas. Para cada pergunta, indique a afirmação que melhor descreva a forma como se sentiu. Quanto tempo, nas últimas 4 semanas...

	Sempre	A maior parte do Tempo	Bastante Tempo	Algum Tempo	Pouco Tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
h. se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	1
A maior parte do Tempo	2
Algum Tempo	3
Pouco Tempo	4
Nunca	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

Comparando com outras pessoas da sua idade, diria que a sua saúde é...

Óptima	1
Muito boa	2
Boa	3
Razoável	4
Fraca	5

	Sim	Não
1. Está basicamente satisfeito com a sua vida?	0	1
2. Abandonou muitas actividades e coisas que lhe interessavam?	1	0
3. Sente que a sua vida é vazia?	1	0
4. Sente-se aborrecido com frequência?	1	0
5. Vê o futuro com optimismo?	0	1
6. Sente-se perturbado com pensamentos que não lhe saem da cabeça?	1	0
7. Está geralmente de bom humor?	0	1
8. Tem medo que algo de mau lhe aconteça?	1	0
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	0	1
10. Sente-se indefeso com frequência?	1	0
11. Sente-se irrequieto e agitado?	1	0
12. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas diferentes?	1	0
13. Preocupa-se frequentemente com o seu futuro?	1	0
14. Acha que tem mais dificuldades de memória do que a maioria das pessoas?	1	0
15. Acha que, no momento, viver é algo de maravilhoso?	0	1
16. Sente-se desanimado e triste com frequência?	1	0
17. Sente-se inútil?	1	0
18. Preocupa-se muito com o passado?	1	0
19. Considera a sua vida excitante?	0	1
20. É difícil para si iniciar novos projectos?	1	0
21. Sente-se cheio de energia?	0	1
22. Sente que não há esperança para a sua situação?	1	0
23. Acredita que a maioria das pessoas está numa situação melhor que a sua?	1	0
24. Frequentemente irrita-se com pequenas coisas?	1	0
25. Tem frequentemente vontade de chorar?	1	0
26. Tem dificuldade em concentrar-se?	1	0
27. Gosta de se levantar pela manhã?	0	1
28. Evita encontros sociais?	1	0
29. Toma decisões com facilidade?	0	1
30. Sente que a sua mente está tão clara como antigamente	0	1

Anexo 2

	hospital	doercción	depressã	sf1	sf2	sf3	sf4
211	3,000000	5,000000	3,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
212	1,000000	3,000000	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000
213	1,000000	3,000000	2,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
214	3,000000	3,000000	2,000000	3,000000	3,000000	1,000000	2,000000
215	1,000000	10,000000	1,000000	5,000000	4,000000	1,000000	1,000000
216	1,000000	2,000000	1,000000	5,000000	4,000000	1,000000	1,000000
217	1,000000	4,000000	1,000000	3,000000	2,000000	4,000000	3,000000
218	2,000000	6,000000	3,000000	3,000000	3,000000	1,000000	2,000000
219	1,000000	8,000000	2,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
220	1,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
221	1,000000	1,000000	1,000000	5,000000	3,000000	1,000000	1,000000
222	2,000000	13,000000	2,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
223	3,000000	5,000000	3,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
224	1,000000	1,000000	1,000000	3,000000	2,000000	1,000000	3,000000
225	1,000000	6,000000	3,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
226	1,000000	6,000000	2,000000	1,000000	3,000000	2,000000	2,000000
227	1,000000	24,000000	2,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
228	3,000000	21,000000	2,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
229	1,000000	9,000000	1,000000	5,000000	5,000000	1,000000	1,000000
230	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	1,000000	2,000000
231	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	1,000000	2,000000
232	1,000000	8,000000	2,000000	4,000000	4,000000	1,000000	1,000000
233	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000	3,000000	1,000000	2,000000
234	1,000000	21,000000	2,000000	4,000000	2,000000	2,000000	1,000000
235	3,000000	10,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000
236	3,000000	21,000000	2,000000	3,000000	4,000000	2,000000	2,000000
237	2,000000	5,000000	2,000000	4,000000	4,000000	1,000000	1,000000
238	2,000000	8,000000	2,000000	4,000000	3,000000	2,000000	2,000000
239	2,000000	5,000000	3,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
240	1,000000	4,000000	1,000000	4,000000	3,000000	2,000000	3,000000
241	3,000000	6,000000	3,000000	5,000000	5,000000	1,000000	1,000000
242	1,000000	17,000000	2,000000	5,000000	5,000000	1,000000	1,000000
243	1,000000	6,000000	2,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
244	1,000000	8,000000	3,000000	5,000000	4,000000	1,000000	2,000000
245	3,000000	23,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000
246	2,000000	11,000000	1,000000	2,000000	3,000000	1,000000	2,000000
247	2,000000	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
248	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
249	3,000000	13,000000	2,000000	5,000000	5,000000	1,000000	1,000000
250	1,000000	1,000000	2,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
251	2,000000	10,000000	2,000000	4,000000	4,000000	1,000000	1,000000
252	2,000000	19,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000	3,000000

28-03-2003 11:20:00

37/49

	sf5	sf6	sf7	sf8	sf9	sf10	sf11
211	2,000000	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
212	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000
213	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000
214	3,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000
215	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000
216	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000
217	3,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000
218	3,000000	2,000000	3,000000	1,000000	3,000000	3,000000	3,000000
219	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
220	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000
221	3,000000	1,000000	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000	2,000000
222	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
223	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000
224	3,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000
225	3,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000
226	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000
227	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000
228	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000	2,000000	1,000000	1,000000
229	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	1,000000	2,000000
230	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
231	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
232	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000
233	3,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000
234	3,000000	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000
235	2,000000	2,000000	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000
236	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000
237	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
238	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
239	3,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000
240	3,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000
241	2,000000	1,000000	3,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000
242	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	2,000000
243	3,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000
244	2,000000	1,000000	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000	3,000000
245	3,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	2,000000
246	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
247	3,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000
248	3,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000
249	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000	3,000000
250	2,000000	1,000000	3,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
251	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000	2,000000
252	3,000000	3,000000	3,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000

38/49

	sf19	sf20	sf21	sf22	sf23	sf24	sf25
1	1,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	5,000,000
2	2,000,000	3,000,000	3,000,000	4,000,000	4,000,000	3,000,000	3,000,000
3	2,000,000	2,000,000	2,000,000	1,000,000	1,000,000	5,000,000	6,000,000
4	2,000,000	2,000,000	2,000,000	2,000,000	2,000,000	4,000,000	5,000,000
5	2,000,000	3,000,000	3,000,000	3,000,000	3,000,000	5,000,000	5,000,000
6	1,000,000	4,000,000	4,000,000	3,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000
7	3,000,000	3,000,000	4,000,000	5,000,000	5,000,000	4,000,000	4,000,000
8	2,000,000	3,000,000	3,000,000	3,000,000	3,000,000	3,000,000	5,000,000
9	1,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	5,000,000	3,000,000	5,000,000
10	2,000,000	2,000,000	4,000,000	3,000,000	1,000,000	6,000,000	6,000,000
11	1,000,000	3,000,000	4,000,000	3,000,000	5,000,000	4,000,000	5,000,000
12	2,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	5,000,000	3,000,000	3,000,000
13	2,000,000	2,000,000	4,000,000	4,000,000	3,000,000	3,000,000	4,000,000
14	2,000,000	2,000,000	5,000,000	3,000,000	3,000,000	3,000,000	4,000,000
15	2,000,000	2,000,000	2,000,000	2,000,000	4,000,000	5,000,000	5,000,000
16	1,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	3,000,000	3,000,000	4,000,000
17	2,000,000	2,000,000	4,000,000	4,000,000	5,000,000	3,000,000	4,000,000
18	2,000,000	1,000,000	2,000,000	2,000,000	2,000,000	5,000,000	5,000,000
19	1,000,000	1,000,000	2,000,000	1,000,000	1,000,000	5,000,000	6,000,000
20	1,000,000	3,000,000	4,000,000	3,000,000	5,000,000	3,000,000	5,000,000
21	2,000,000	3,000,000	4,000,000	3,000,000	3,000,000	5,000,000	5,000,000
22	2,000,000	3,000,000	2,000,000	2,000,000	3,000,000	4,000,000	5,000,000
23	1,000,000	2,000,000	3,000,000	3,000,000	5,000,000	4,000,000	4,000,000
24	2,000,000	2,000,000	3,000,000	2,000,000	5,000,000	5,000,000	6,000,000
25	1,000,000	3,000,000	4,000,000	3,000,000	5,000,000	4,000,000	5,000,000
26	2,000,000	3,000,000	3,000,000	3,000,000	5,000,000	4,000,000	2,000,000
27	1,000,000	1,000,000	2,000,000	2,000,000	4,000,000	3,000,000	4,000,000
28	1,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	5,000,000	6,000,000	4,000,000
29	2,000,000	2,000,000	3,000,000	4,000,000	3,000,000	3,000,000	4,000,000
30	1,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	3,000,000
31	2,000,000	3,000,000	5,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	5,000,000
32	1,000,000	1,000,000	2,000,000	2,000,000	5,000,000	4,000,000	4,000,000
33	1,000,000	3,000,000	2,000,000	2,000,000	3,000,000	4,000,000	5,000,000
34	1,000,000	5,000,000	6,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000
35	2,000,000	2,000,000	2,000,000	2,000,000	3,000,000	4,000,000	5,000,000
36	2,000,000	2,000,000	2,000,000	2,000,000	3,000,000	6,000,000	5,000,000
37	2,000,000	2,000,000	2,000,000	2,000,000	3,000,000	4,000,000	5,000,000
38	2,000,000	3,000,000	4,000,000	3,000,000	5,000,000	3,000,000	4,000,000
39	2,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	5,000,000	3,000,000	3,000,000
40	1,000,000	3,000,000	3,000,000	3,000,000	3,000,000	4,000,000	5,000,000
41	2,000,000	3,000,000	4,000,000	3,000,000	4,000,000	3,000,000	4,000,000
42	2,000,000	3,000,000	4,000,000	2,000,000	4,000,000	5,000,000	5,000,000

	sf26	sf27	sf28	sf29	sf30	sf31	sf32
1	5,000,000	6,000,000	5,000,000	4,000,000	4,000,000	5,000,000	2,000,000
2	4,000,000	4,000,000	3,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	3,000,000
3	4,000,000	1,000,000	5,000,000	5,000,000	1,000,000	5,000,000	5,000,000
4	4,000,000	3,000,000	5,000,000	4,000,000	3,000,000	4,000,000	4,000,000
5	4,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	3,000,000
6	3,000,000	5,000,000	4,000,000	4,000,000	3,000,000	3,000,000	3,000,000
7	3,000,000	3,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000
8	4,000,000	5,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	3,000,000
9	4,000,000	5,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000
10	1,000,000	1,000,000	6,000,000	6,000,000	1,000,000	5,000,000	4,000,000
11	3,000,000	4,000,000	5,000,000	5,000,000	2,000,000	4,000,000	2,000,000
12	4,000,000	5,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	5,000,000	3,000,000
13	3,000,000	3,000,000	4,000,000	3,000,000	4,000,000	3,000,000	3,000,000
14	3,000,000	3,000,000	4,000,000	3,000,000	4,000,000	3,000,000	3,000,000
15	3,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	3,000,000	4,000,000	4,000,000
16	4,000,000	5,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	4,000,000	2,000,000
17	3,000,000	3,000,000	4,000,000	3,000,000	4,000,000	3,000,000	3,000,000
18	4,000,000	3,000,000	5,000,000	4,000,000	3,000,000	4,000,000	5,000,000
19	1,000,000	1,000,000	5,000,000	6,000,000	1,000,000	4,000,000	5,000,000
20	3,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	3,000,000	5,000,000	3,000,000
21	2,000,000	4,000,000	5,000,000	5,000,000	2,000,000	4,000,000	3,000,000
22	4,000,000	3,000,000	5,000,000	4,000,000	3,000,000	4,000,000	4,000,000
23	5,000,000	5,000,000	4,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	3,000,000
24	4,000,000	5,000,000	6,000,000	5,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000
25	4,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	3,000,000
26	4,000,000	5,000,000	2,000,000	2,000,000	5,000,000	2,000,000	4,000,000
27	2,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000
28	5,000,000	5,000,000	2,000,000	3,000,000	4,000,000	3,000,000	4,000,000
29	3,000,000	2,000,000	4,000,000	4,000,000	2,000,000	4,000,000	4,000,000
30	4,000,000	5,000,000	3,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	3,000,000
31	4,000,000	5,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	5,000,000	3,000,000
32	3,000,000	5,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000
33	3,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	3,000,000	4,000,000	4,000,000
34	3,000,000	5,000,000	5,000,000	6,000,000	3,000,000	5,000,000	2,000,000
35	4,000,000	2,000,000	3,000,000	4,000,000	3,000,000	4,000,000	4,000,000
36	1,000,000	3,000,000	5,000,000	4,000,000	1,000,000	4,000,000	4,000,000
37	4,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	3,000,000	4,000,000	4,000,000
38	4,000,000	5,000,000	4,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	3,000,000
39	4,000,000	5,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	5,000,000	2,000,000
40	4,000,000	3,000,000	5,000,000	4,000,000	3,000,000	4,000,000	4,000,000
41	3,000,000	5,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	3,000,000
42	3,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	2,000,000	4,000,000	3,000,000

anos	idade	sexo	estcivil	habit	medicam	médico
1	72,00	1,000000	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000
2	66,00	1,000000	2,000000	6,000000	1,000000	1,000000
3	72,00	1,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000
4	79,00	2,000000	1,000000	4,000000	2,000000	2,000000
5	82,00	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000
6	77,00	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000
7	79,00	2,000000	1,000000	1,000000	3,000000	3,000000
8	69,00	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000	1,000000
9	74,00	1,000000	2,000000	4,000000	3,000000	3,000000
10	76,00	1,000000	1,000000	3,000000	3,000000	3,000000
11	82,00	2,000000	2,000000	1,000000	3,000000	2,000000
12	79,00	2,000000	2,000000	5,000000	2,000000	2,000000
13	81,00	2,000000	3,000000	6,000000	3,000000	3,000000
14	81,00	2,000000	3,000000	6,000000	2,000000	2,000000
15	80,00	2,000000	2,000000	5,000000	3,000000	3,000000
16	79,00	2,000000	3,000000	1,000000	3,000000	2,000000
17	72,00	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000
18	72,00	1,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000
19	84,00	2,000000	3,000000	1,000000	3,000000	3,000000
20	84,00	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	2,000000
21	79,00	1,000000	2,000000	5,000000	1,000000	1,000000
22	69,00	1,000000	2,000000	4,000000	2,000000	2,000000
23	71,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000
24	80,00	2,000000	3,000000	1,000000	2,000000	3,000000
25	73,00	1,000000	3,000000	6,000000	3,000000	3,000000
26	66,00	1,000000	2,000000	4,000000	2,000000	2,000000
27	65,00	1,000000	2,000000	5,000000	1,000000	1,000000
28	81,00	2,000000	3,000000	1,000000	3,000000	3,000000
29	71,00	1,000000	2,000000	6,000000	2,000000	2,000000
30	75,00	2,000000	1,000000	3,000000	2,000000	2,000000
31	75,00	2,000000	1,000000	4,000000	3,000000	2,000000
32	84,00	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000	3,000000
33	76,00	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000	2,000000
34	72,00	1,000000	2,000000	3,000000	1,000000	1,000000
35	69,00	1,000000	2,000000	4,000000	3,000000	3,000000
36	83,00	2,000000	3,000000	1,000000	3,000000	3,000000
37	70,00	1,000000	1,000000	3,000000	2,000000	1,000000
38	73,00	1,000000	1,000000	5,000000	3,000000	3,000000
39	72,00	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000
40	66,00	1,000000	2,000000	4,000000	3,000000	2,000000
41	69,00	1,000000	1,000000	3,000000	3,000000	2,000000
42	73,00	1,000000	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000

	hospital	doençrón	depressã	sf1	sf2	sf3	sf4
1	1,000000	8,000000	1,000000	5,000000	5,000000	1,000000	1,000000
2	1,000000	1,000000	3,000000	3,000000	3,000000	1,000000	2,000000
3	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000
4	2,000000	8,000000	2,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
5	1,000000	21,000000	2,000000	3,000000	4,000000	1,000000	3,000000
6	1,000000	15,000000	2,000000	4,000000	2,000000	1,000000	1,000000
7	1,000000	8,000000	1,000000	4,000000	4,000000	1,000000	1,000000
8	1,000000	1,000000	1,000000	5,000000	3,000000	1,000000	2,000000
9	1,000000	15,000000	2,000000	5,000000	4,000000	1,000000	1,000000
10	3,000000	12,000000	3,000000	3,000000	4,000000	1,000000	2,000000
11	2,000000	2,000000	2,000000	4,000000	4,000000	1,000000	1,000000
12	1,000000	9,000000	2,000000	5,000000	5,000000	1,000000	2,000000
13	2,000000	3,000000	1,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
14	1,000000	11,000000	1,000000	5,000000	4,000000	1,000000	2,000000
15	2,000000	17,000000	2,000000	4,000000	3,000000	1,000000	3,000000
16	3,000000	9,000000	2,000000	5,000000	5,000000	1,000000	1,000000
17	1,000000	2,000000	1,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
18	2,000000	11,000000	2,000000	3,000000	2,000000	1,000000	3,000000
19	3,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	1,000000	2,000000
20	1,000000	9,000000	2,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
21	1,000000	1,000000	1,000000	4,000000	4,000000	3,000000	1,000000
22	1,000000	6,000000	1,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
23	1,000000	8,000000	2,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
24	2,000000	17,000000	2,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
25	2,000000	5,000000	1,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
26	1,000000	6,000000	1,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
27	1,000000	1,000000	1,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
28	2,000000	3,000000	2,000000	5,000000	4,000000	1,000000	2,000000
29	1,000000	5,000000	1,000000	3,000000	4,000000	1,000000	3,000000
30	2,000000	8,000000	1,000000	5,000000	4,000000	1,000000	1,000000
31	1,000000	10,000000	1,000000	5,000000	4,000000	1,000000	1,000000
32	3,000000	3,000000	2,000000	3,000000	3,000000	1,000000	2,000000
33	1,000000	10,000000	1,000000	3,000000	2,000000	1,000000	3,000000
34	1,000000	1,000000	1,000000	5,000000	5,000000	1,000000	1,000000
35	3,000000	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
36	2,000000	7,000000	2,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
37	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	1,000000	3,000000
38	2,000000	3,000000	2,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
39	1,000000	11,000000	2,000000	5,000000	5,000000	1,000000	2,000000
40	1,000000	6,000000	2,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
41	1,000000	10,000000	2,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
42	1,000000	4,000000	1,000000	3,000000	3,000000	1,000000	2,000000



	sf33	sf34	sf35	sf36	comparaç	pds
1	2,000000	5,000000	1,000000	5,000000	2,000000	4,000000
2	2,000000	3,000000	3,000000	4,000000	2,000000	3,000000
3	5,000000	1,000000	3,000000	1,000000	4,000000	3,000000
4	4,000000	4,000000	3,000000	4,000000	5,000000	2,000000
5	4,000000	3,000000	5,000000	2,000000	4,000000	3,000000
6	2,000000	3,000000	5,000000	2,000000	4,000000	4,000000
7	4,000000	5,000000	2,000000	4,000000	1,000000	5,000000
8	4,000000	4,000000	2,000000	4,000000	5,000000	2,000000
9	3,000000	4,000000	2,000000	4,000000	5,000000	2,000000
10	5,000000	1,000000	2,000000	1,000000	5,000000	1,000000
11	2,000000	3,000000	2,000000	4,000000	3,000000	1,000000
12	2,000000	4,000000	2,000000	5,000000	3,000000	3,000000
13	4,000000	4,000000	2,000000	4,000000	3,000000	4,000000
14	4,000000	4,000000	2,000000	4,000000	1,000000	5,000000
15	4,000000	4,000000	3,000000	4,000000	4,000000	3,000000
16	2,000000	4,000000	2,000000	4,000000	2,000000	5,000000
17	4,000000	4,000000	2,000000	4,000000	5,000000	1,000000
18	5,000000	4,000000	3,000000	4,000000	5,000000	1,000000
19	5,000000	1,000000	3,000000	1,000000	3,000000	4,000000
20	2,000000	2,000000	2,000000	4,000000	3,000000	4,000000
21	4,000000	2,000000	2,000000	4,000000	1,000000	5,000000
22	4,000000	4,000000	3,000000	4,000000	2,000000	4,000000
23	4,000000	4,000000	3,000000	4,000000	4,000000	1,000000
24	3,000000	4,000000	2,000000	4,000000	4,000000	2,000000
25	2,000000	4,000000	2,000000	4,000000	4,000000	2,000000
26	3,000000	4,000000	3,000000	4,000000	3,000000	3,000000
27	4,000000	4,000000	4,000000	3,000000	1,000000	5,000000
28	2,000000	4,000000	2,000000	4,000000	5,000000	1,000000
29	4,000000	2,000000	3,000000	3,000000	5,000000	1,000000
30	2,000000	4,000000	2,000000	4,000000	3,000000	2,000000
31	2,000000	3,000000	2,000000	4,000000	4,000000	2,000000
32	3,000000	4,000000	3,000000	3,000000	5,000000	2,000000
33	4,000000	5,000000	3,000000	4,000000	4,000000	3,000000
34	2,000000	4,000000	2,000000	4,000000	2,000000	5,000000
35	5,000000	4,000000	3,000000	4,000000	5,000000	1,000000
36	4,000000	2,000000	2,000000	4,000000	4,000000	3,000000
37	4,000000	3,000000	3,000000	4,000000	4,000000	2,000000
38	2,000000	4,000000	2,000000	4,000000	4,000000	2,000000
39	2,000000	4,000000	1,000000	5,000000	4,000000	2,000000
40	4,000000	3,000000	3,000000	4,000000	4,000000	2,000000
41	4,000000	5,000000	2,000000	4,000000	5,000000	1,000000
42	4,000000	2,000000	2,000000	4,000000	1,000000	4,000000

	anos	idade	sexo	estcivil	habilit	medicam	médico
43	67,00	1,000000	2,000000	2,000000	4,000000	2,000000	1,000000
44	74,00	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000
45	68,00	1,000000	1,000000	1,000000	3,000000	3,000000	3,000000
46	70,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000
47	84,00	2,000000	1,000000	3,000000	1,000000	3,000000	2,000000
48	67,00	1,000000	1,000000	2,000000	6,000000	1,000000	1,000000
49	67,00	1,000000	2,000000	2,000000	4,000000	2,000000	2,000000
50	79,00	2,000000	2,000000	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000
51	81,00	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000
52	65,00	1,000000	2,000000	1,000000	5,000000	2,000000	2,000000
53	68,00	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000	2,000000	3,000000
54	70,00	1,000000	1,000000	2,000000	5,000000	2,000000	2,000000
55	81,00	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000
56	71,00	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	2,000000	3,000000
57	82,00	2,000000	2,000000	3,000000	1,000000	2,000000	2,000000
58	77,00	2,000000	1,000000	3,000000	1,000000	3,000000	3,000000
59	72,00	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
60	76,00	2,000000	1,000000	2,000000	3,000000	2,000000	1,000000
61	82,00	2,000000	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	2,000000
62	75,00	2,000000	1,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000
63	82,00	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000	1,000000	2,000000
64	70,00	1,000000	1,000000	2,000000	5,000000	3,000000	2,000000
65	68,00	1,000000	2,000000	1,000000	4,000000	2,000000	2,000000
66	69,00	1,000000	2,000000	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000
67	81,00	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000
68	72,00	1,000000	2,000000	3,000000	4,000000	2,000000	2,000000
69	71,00	1,000000	2,000000	2,000000	6,000000	3,000000	2,000000
70	66,00	1,000000	1,000000	2,000000	5,000000	1,000000	1,000000
71	72,00	1,000000	1,000000	3,000000	3,000000	3,000000	2,000000
72	66,00	1,000000	1,000000	1,000000	5,000000	1,000000	1,000000
73	66,00	1,000000	1,000000	2,000000	5,000000	2,000000	2,000000
74	70,00	1,000000	1,000000	2,000000	3,000000	2,000000	1,000000
75	67,00	1,000000	2,000000	2,000000	1,000000	2,000000	3,000000
76	67,00	1,000000	1,000000	2,000000	5,000000	2,000000	3,000000
77	68,00	1,000000	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000
78	68,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000
79	66,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000
80	69,00	1,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000	3,000000
81	65,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000
82	66,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000
83	66,00	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000
84	67,00	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000

	hospital	doençón	depressã	sf1	sf2	sf3	sf4
43	1,000000	4,000000	1,000000	4,000000	3,000000	1,000000	1,000000
44	3,000000	5,000000	2,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
45	2,000000	10,000000	1,000000	3,000000	2,000000	1,000000	3,000000
46	1,000000	6,000000	1,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
47	2,000000	7,000000	2,000000	3,000000	3,000000	1,000000	1,000000
48	1,000000	1,000000	1,000000	4,000000	4,000000	1,000000	1,000000
49	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000	1,000000	2,000000
50	2,000000	11,000000	1,000000	2,000000	3,000000	1,000000	1,000000
51	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	2,000000	1,000000	1,000000
52	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
53	1,000000	8,000000	1,000000	5,000000	5,000000	1,000000	1,000000
54	2,000000	3,000000	1,000000	3,000000	3,000000	1,000000	2,000000
55	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000	3,000000	1,000000	1,000000
56	2,000000	13,000000	1,000000	4,000000	4,000000	1,000000	1,000000
57	1,000000	8,000000	1,000000	2,000000	3,000000	1,000000	2,000000
58	3,000000	9,000000	2,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
59	2,000000	6,000000	1,000000	2,000000	3,000000	1,000000	2,000000
60	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000	1,000000	2,000000
61	2,000000	3,000000	1,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
62	1,000000	10,000000	2,000000	5,000000	4,000000	1,000000	1,000000
63	1,000000	19,000000	1,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
64	1,000000	17,000000	2,000000	3,000000	3,000000	1,000000	2,000000
65	1,000000	10,000000	1,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
66	3,000000	5,000000	1,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
67	3,000000	7,000000	1,000000	3,000000	3,000000	1,000000	2,000000
68	1,000000	4,000000	1,000000	5,000000	5,000000	1,000000	1,000000
69	1,000000	9,000000	2,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
70	1,000000	1,000000	1,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
71	1,000000	3,000000	3,000000	5,000000	3,000000	1,000000	1,000000
72	1,000000	2,000000	1,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
73	1,000000	4,000000	1,000000	4,000000	4,000000	1,000000	3,000000
74	1,000000	2,000000	3,000000	4,000000	4,000000	1,000000	3,000000
75	2,000000	3,000000	3,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
76	1,000000	15,000000	2,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
77	2,000000	5,000000	3,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
78	1,000000	3,000000	2,000000	2,000000	3,000000	1,000000	3,000000
79	1,000000	1,000000	1,000000	5,000000	5,000000	1,000000	1,000000
80	3,000000	6,000000	3,000000	5,000000	5,000000	1,000000	1,000000
81	1,000000	4,000000	1,000000	4,000000	3,000000	2,000000	3,000000
82	1,000000	4,000000	1,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
83	1,000000	1,000000	3,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
84	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	4,000000	3,000000	1,000000

	sf5	sf6	sf7	sf8	sf9	sf10	sf11
43	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000
44	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
45	3,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000
46	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000	2,000000
47	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
48	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000
49	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000
50	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000
51	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000	1,000000	2,000000
52	3,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000
53	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	2,000000
54	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000
55	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000
56	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000
57	3,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000
58	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
59	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
60	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000
61	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
62	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000
63	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
64	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
65	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	2,000000	2,000000	2,000000
66	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000	2,000000
67	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	1,000000	2,000000
68	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000
69	3,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
70	3,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
71	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000
72	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	1,000000	2,000000
73	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000
74	3,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000
75	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
76	3,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
77	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
78	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000
79	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000
80	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000
81	3,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000
82	2,000000	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000
83	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	1,000000	2,000000
84	3,000000	2,000000	1,000000	3,000000	2,000000	1,000000	3,000000





	anos	idade	sexo	estcivil	habilit	medicam	médico
85	69,00	1,000000	1,000000	2,000000	6,000000	2,000000	2,000000
86	65,00	1,000000	1,000000	2,000000	4,000000	2,000000	3,000000
87	67,00	1,000000	2,000000	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000
88	67,00	1,000000	1,000000	3,000000	6,000000	3,000000	2,000000
89	65,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000
90	67,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000
91	71,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000	2,000000
92	66,00	1,000000	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	2,000000
93	66,00	1,000000	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	2,000000
94	65,00	1,000000	1,000000	2,000000	6,000000	1,000000	2,000000
95	66,00	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	2,000000	3,000000
96	69,00	1,000000	1,000000	2,000000	5,000000	3,000000	3,000000
97	73,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000
98	81,00	2,000000	1,000000	3,000000	1,000000	2,000000	2,000000
99	65,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000	2,000000
100	68,00	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000
101	69,00	1,000000	1,000000	2,000000	5,000000	2,000000	3,000000
102	78,00	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000
103	70,00	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
104	73,00	1,000000	1,000000	3,000000	1,000000	3,000000	3,000000
105	77,00	2,000000	2,000000	3,000000	1,000000	3,000000	3,000000
106	78,00	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000
107	70,00	1,000000	2,000000	3,000000	6,000000	3,000000	2,000000
108	65,00	1,000000	1,000000	2,000000	5,000000	2,000000	3,000000
109	68,00	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000
110	82,00	2,000000	2,000000	3,000000	1,000000	3,000000	3,000000
111	73,00	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000	2,000000
112	70,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000
113	68,00	1,000000	1,000000	2,000000	6,000000	2,000000	2,000000
114	65,00	1,000000	1,000000	2,000000	5,000000	2,000000	2,000000
115	67,00	1,000000	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	2,000000
116	66,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000
117	78,00	2,000000	2,000000	3,000000	1,000000	3,000000	3,000000
118	66,00	1,000000	1,000000	2,000000	4,000000	2,000000	3,000000
119	70,00	1,000000	1,000000	3,000000	1,000000	3,000000	3,000000
120	68,00	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000
121	77,00	2,000000	2,000000	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000
122	79,00	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000
123	65,00	1,000000	1,000000	2,000000	3,000000	1,000000	1,000000
124	80,00	2,000000	2,000000	3,000000	1,000000	3,000000	3,000000
125	67,00	1,000000	1,000000	2,000000	4,000000	2,000000	3,000000
126	69,00	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000

28-03-2003 11:19:59

15/49

	hospital	doençrón	depressã	sf1	sf2	sf3	sf4
85	1,000000	8,000000	1,000000	5,000000	5,000000	1,000000	2,000000
86	1,000000	6,000000	1,000000	3,000000	4,000000	2,000000	2,000000
87	1,000000	3,000000	2,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
88	1,000000	2,000000	1,000000	5,000000	5,000000	1,000000	1,000000
89	1,000000	1,000000	2,000000	4,000000	3,000000	1,000000	3,000000
90	2,000000	10,000000	2,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
91	2,000000	5,000000	1,000000	4,000000	4,000000	1,000000	1,000000
92	1,000000	8,000000	1,000000	5,000000	5,000000	1,000000	1,000000
93	1,000000	8,000000	1,000000	5,000000	4,000000	1,000000	2,000000
94	1,000000	1,000000	1,000000	5,000000	5,000000	1,000000	1,000000
95	2,000000	1,000000	1,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
96	3,000000	3,000000	2,000000	4,000000	5,000000	1,000000	2,000000
97	3,000000	3,000000	3,000000	1,000000	4,000000	1,000000	2,000000
98	1,000000	2,000000	2,000000	5,000000	5,000000	1,000000	2,000000
99	2,000000	8,000000	1,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
100	2,000000	3,000000	3,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
101	1,000000	3,000000	1,000000	5,000000	3,000000	1,000000	1,000000
102	1,000000	3,000000	1,000000	5,000000	5,000000	1,000000	1,000000
103	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000	1,000000	2,000000
104	3,000000	6,000000	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000	2,000000
105	2,000000	5,000000	2,000000	4,000000	1,000000	1,000000	2,000000
106	2,000000	2,000000	1,000000	4,000000	4,000000	1,000000	1,000000
107	1,000000	8,000000	1,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
108	2,000000	2,000000	1,000000	3,000000	4,000000	1,000000	2,000000
109	3,000000	21,000000	3,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
110	3,000000	11,000000	2,000000	3,000000	3,000000	1,000000	2,000000
111	1,000000	8,000000	1,000000	2,000000	3,000000	1,000000	3,000000
112	2,000000	2,000000	2,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
113	1,000000	4,000000	1,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
114	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
115	1,000000	2,000000	2,000000	4,000000	3,000000	1,000000	3,000000
116	1,000000	4,000000	2,000000	5,000000	5,000000	1,000000	1,000000
117	3,000000	10,000000	2,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
118	2,000000	21,000000	2,000000	3,000000	3,000000	1,000000	2,000000
119	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
120	1,000000	1,000000	1,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
121	3,000000	3,000000	3,000000	5,000000	5,000000	1,000000	1,000000
122	2,000000	4,000000	2,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
123	1,000000	2,000000	1,000000	5,000000	5,000000	1,000000	1,000000
124	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
125	1,000000	1,000000	1,000000	5,000000	4,000000	1,000000	2,000000
126	1,000000	1,000000	2,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000

28-03-2003 11:19:59

16/49



	sf19	sf20	sf21	sf22	sf23	sf24	sf25
85	1,000000	4,000000	3,000000	5,000000	4,000000	4,000000	5,000000
86	1,000000	1,000000	3,000000	1,000000	2,000000	5,000000	6,000000
87	1,000000	3,000000	4,000000	4,000000	4,000000	4,000000	4,000000
88	1,000000	3,000000	4,000000	4,000000	5,000000	4,000000	4,000000
89	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000	3,000000	5,000000	4,000000
90	2,000000	3,000000	4,000000	3,000000	3,000000	4,000000	4,000000
91	1,000000	4,000000	5,000000	3,000000	4,000000	5,000000	5,000000
92	2,000000	4,000000	5,000000	4,000000	5,000000	4,000000	4,000000
93	2,000000	4,000000	4,000000	3,000000	3,000000	5,000000	5,000000
94	1,000000	4,000000	6,000000	4,000000	4,000000	4,000000	5,000000
95	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	5,000000	4,000000	6,000000
96	2,000000	4,000000	5,000000	4,000000	5,000000	3,000000	3,000000
97	1,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000	4,000000	5,000000
98	2,000000	4,000000	5,000000	4,000000	5,000000	3,000000	3,000000
99	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000	4,000000	3,000000	4,000000
100	1,000000	2,000000	3,000000	2,000000	5,000000	2,000000	3,000000
101	1,000000	3,000000	5,000000	3,000000	3,000000	4,000000	5,000000
102	1,000000	4,000000	5,000000	4,000000	6,000000	4,000000	5,000000
103	1,000000	2,000000	4,000000	3,000000	4,000000	5,000000	5,000000
104	2,000000	1,000000	2,000000	1,000000	2,000000	4,000000	5,000000
105	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000
106	1,000000	3,000000	4,000000	3,000000	4,000000	5,000000	4,000000
107	2,000000	3,000000	4,000000	3,000000	3,000000	5,000000	5,000000
108	2,000000	3,000000	4,000000	3,000000	4,000000	4,000000	5,000000
109	2,000000	4,000000	4,000000	3,000000	3,000000	5,000000	5,000000
110	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	4,000000	5,000000
111	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	5,000000	3,000000
112	1,000000	3,000000	4,000000	3,000000	5,000000	4,000000	5,000000
113	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	4,000000	5,000000
114	1,000000	3,000000	2,000000	2,000000	3,000000	4,000000	5,000000
115	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	4,000000	4,000000	5,000000
116	1,000000	3,000000	5,000000	4,000000	5,000000	4,000000	4,000000
117	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	5,000000	6,000000
118	1,000000	2,000000	2,000000	1,000000	4,000000	5,000000	5,000000
119	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	4,000000	5,000000
120	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	5,000000	5,000000
121	1,000000	4,000000	6,000000	4,000000	5,000000	4,000000	5,000000
122	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	4,000000	5,000000
123	2,000000	4,000000	5,000000	4,000000	6,000000	3,000000	4,000000
124	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000	3,000000	4,000000	5,000000
125	1,000000	4,000000	4,000000	4,000000	4,000000	3,000000	3,000000
126	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000	4,000000	3,000000	4,000000

	sf26	sf27	sf28	sf29	sf30	sf31	sf32
85	4,000000	5,000000	5,000000	6,000000	3,000000	3,000000	3,000000
86	2,000000	4,000000	4,000000	5,000000	2,000000	5,000000	4,000000
87	4,000000	5,000000	4,000000	5,000000	4,000000	4,000000	4,000000
88	5,000000	5,000000	3,000000	4,000000	5,000000	4,000000	3,000000
89	4,000000	3,000000	4,000000	4,000000	3,000000	4,000000	4,000000
90	3,000000	5,000000	4,000000	3,000000	4,000000	3,000000	4,000000
91	4,000000	5,000000	5,000000	5,000000	4,000000	4,000000	2,000000
92	5,000000	5,000000	4,000000	5,000000	4,000000	5,000000	2,000000
93	2,000000	4,000000	5,000000	5,000000	2,000000	4,000000	3,000000
94	3,000000	5,000000	5,000000	5,000000	5,000000	4,000000	3,000000
95	3,000000	5,000000	5,000000	6,000000	1,000000	5,000000	2,000000
96	4,000000	5,000000	4,000000	5,000000	5,000000	5,000000	2,000000
97	3,000000	2,000000	5,000000	5,000000	3,000000	4,000000	4,000000
98	4,000000	5,000000	4,000000	5,000000	5,000000	5,000000	2,000000
99	3,000000	4,000000	4,000000	3,000000	3,000000	3,000000	4,000000
100	3,000000	5,000000	5,000000	5,000000	3,000000	5,000000	3,000000
101	3,000000	6,000000	2,000000	1,000000	5,000000	2,000000	3,000000
102	4,000000	5,000000	5,000000	5,000000	4,000000	5,000000	3,000000
103	3,000000	5,000000	5,000000	5,000000	2,000000	5,000000	4,000000
104	3,000000	2,000000	5,000000	5,000000	2,000000	5,000000	4,000000
105	3,000000	3,000000	4,000000	3,000000	2,000000	4,000000	4,000000
106	4,000000	5,000000	5,000000	5,000000	3,000000	5,000000	3,000000
107	2,000000	4,000000	5,000000	5,000000	2,000000	4,000000	3,000000
108	3,000000	4,000000	4,000000	5,000000	5,000000	4,000000	3,000000
109	2,000000	4,000000	5,000000	5,000000	3,000000	4,000000	3,000000
110	4,000000	4,000000	4,000000	4,000000	3,000000	4,000000	4,000000
111	3,000000	3,000000	5,000000	4,000000	3,000000	4,000000	3,000000
112	4,000000	5,000000	3,000000	4,000000	5,000000	4,000000	3,000000
113	4,000000	4,000000	5,000000	4,000000	3,000000	4,000000	4,000000
114	4,000000	3,000000	5,000000	4,000000	3,000000	5,000000	4,000000
115	4,000000	4,000000	5,000000	4,000000	4,000000	4,000000	4,000000
116	5,000000	5,000000	4,000000	4,000000	5,000000	4,000000	3,000000
117	2,000000	2,000000	5,000000	6,000000	1,000000	4,000000	4,000000
118	3,000000	4,000000	6,000000	6,000000	5,000000	5,000000	4,000000
119	3,000000	3,000000	5,000000	4,000000	3,000000	3,000000	4,000000
120	4,000000	4,000000	5,000000	5,000000	3,000000	4,000000	4,000000
121	4,000000	5,000000	5,000000	4,000000	4,000000	4,000000	2,000000
122	4,000000	3,000000	5,000000	4,000000	3,000000	4,000000	4,000000
123	5,000000	6,000000	5,000000	5,000000	5,000000	3,000000	2,000000
124	4,000000	3,000000	5,000000	5,000000	4,000000	4,000000	4,000000
125	5,000000	5,000000	4,000000	3,000000	4,000000	4,000000	3,000000
126	4,000000	5,000000	4,000000	4,000000	5,000000	4,000000	3,000000

	sf33	sf34	sf35	sf36	comparaç	pds
85	2,000000	4,000000	2,000000	4,000000	3,000000	3,000000
86	3,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000	3,000000
87	2,000000	4,000000	2,000000	4,000000	4,000000	2,000000
88	4,000000	5,000000	2,000000	4,000000	4,000000	3,000000
89	4,000000	4,000000	3,000000	4,000000	4,000000	1,000000
90	3,000000	4,000000	2,000000	4,000000	4,000000	2,000000
91	1,000000	5,000000	1,000000	5,000000	2,000000	2,000000
92	4,000000	2,000000	2,000000	5,000000	2,000000	3,000000
93	4,000000	2,000000	2,000000	4,000000	3,000000	3,000000
94	3,000000	2,000000	2,000000	4,000000	1,000000	5,000000
95	5,000000	1,000000	1,000000	4,000000	3,000000	2,000000
96	2,000000	5,000000	2,000000	5,000000	4,000000	2,000000
97	3,000000	3,000000	2,000000	2,000000	5,000000	1,000000
98	2,000000	5,000000	2,000000	5,000000	2,000000	4,000000
99	4,000000	3,000000	3,000000	4,000000	4,000000	3,000000
100	2,000000	2,000000	2,000000	4,000000	4,000000	3,000000
101	4,000000	4,000000	3,000000	4,000000	3,000000	3,000000
102	1,000000	5,000000	1,000000	5,000000	4,000000	2,000000
103	4,000000	3,000000	2,000000	4,000000	3,000000	4,000000
104	4,000000	4,000000	3,000000	2,000000	1,000000	3,000000
105	5,000000	3,000000	4,000000	2,000000	5,000000	2,000000
106	1,000000	5,000000	1,000000	5,000000	1,000000	2,000000
107	4,000000	2,000000	2,000000	4,000000	3,000000	3,000000
108	2,000000	4,000000	2,000000	4,000000	2,000000	2,000000
109	2,000000	4,000000	2,000000	4,000000	5,000000	1,000000
110	4,000000	4,000000	2,000000	4,000000	5,000000	1,000000
111	5,000000	3,000000	3,000000	4,000000	3,000000	3,000000
112	3,000000	5,000000	2,000000	5,000000	5,000000	1,000000
113	4,000000	3,000000	3,000000	4,000000	1,000000	4,000000
114	4,000000	3,000000	3,000000	3,000000	4,000000	4,000000
115	4,000000	3,000000	3,000000	4,000000	2,000000	3,000000
116	4,000000	2,000000	2,000000	5,000000	4,000000	3,000000
117	4,000000	2,000000	2,000000	2,000000	5,000000	1,000000
118	5,000000	2,000000	2,000000	2,000000	4,000000	2,000000
119	4,000000	4,000000	3,000000	4,000000	4,000000	3,000000
120	4,000000	4,000000	2,000000	4,000000	2,000000	3,000000
121	4,000000	4,000000	2,000000	4,000000	5,000000	1,000000
122	4,000000	4,000000	3,000000	4,000000	2,000000	2,000000
123	2,000000	4,000000	2,000000	4,000000	1,000000	4,000000
124	4,000000	3,000000	3,000000	4,000000	3,000000	1,000000
125	3,000000	5,000000	2,000000	5,000000	3,000000	3,000000
126	3,000000	4,000000	3,000000	4,000000	4,000000	2,000000

	anos	idade	sexo	estcivil	habilit	medicam	médico
127	69,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000
128	69,00	1,000000	1,000000	2,000000	6,000000	3,000000	3,000000
129	66,00	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000
130	69,00	1,000000	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	2,000000
131	78,00	2,000000	2,000000	3,000000	1,000000	3,000000	3,000000
132	81,00	2,000000	2,000000	3,000000	1,000000	3,000000	3,000000
133	67,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	1,000000	3,000000
134	73,00	1,000000	1,000000	2,000000	4,000000	2,000000	2,000000
135	70,00	1,000000	2,000000	2,000000	1,000000	3,000000	2,000000
136	69,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000
137	70,00	1,000000	2,000000	2,000000	4,000000	2,000000	3,000000
138	69,00	1,000000	2,000000	3,000000	1,000000	2,000000	2,000000
139	78,00	2,000000	1,000000	3,000000	1,000000	3,000000	3,000000
140	76,00	2,000000	1,000000	3,000000	1,000000	3,000000	2,000000
141	75,00	2,000000	1,000000	3,000000	1,000000	3,000000	3,000000
142	78,00	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000	2,000000
143	71,00	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000
144	83,00	2,000000	2,000000	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000
145	72,00	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	2,000000	2,000000
146	66,00	1,000000	1,000000	2,000000	6,000000	1,000000	2,000000
147	69,00	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000
148	78,00	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000	3,000000	2,000000
149	80,00	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000
150	77,00	2,000000	1,000000	3,000000	1,000000	2,000000	2,000000
151	84,00	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000	3,000000	2,000000
152	71,00	1,000000	2,000000	3,000000	1,000000	3,000000	3,000000
153	71,00	1,000000	1,000000	3,000000	5,000000	2,000000	2,000000
154	68,00	1,000000	1,000000	1,000000	3,000000	2,000000	3,000000
155	73,00	1,000000	2,000000	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000
156	74,00	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	2,000000
157	73,00	1,000000	2,000000	2,000000	1,000000	3,000000	2,000000
158	67,00	1,000000	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	2,000000
159	72,00	1,000000	2,000000	3,000000	1,000000	3,000000	3,000000
160	77,00	2,000000	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	2,000000
161	69,00	1,000000	1,000000	3,000000	3,000000	3,000000	2,000000
162	65,00	1,000000	1,000000	2,000000	6,000000	1,000000	2,000000
163	69,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000
164	75,00	2,000000	1,000000	3,000000	1,000000	3,000000	3,000000
165	68,00	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000
166	68,00	1,000000	1,000000	3,000000	3,000000	3,000000	2,000000
167	69,00	1,000000	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000
168	72,00	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	2,000000	3,000000



	hospital	doemrón	depressä	sf1	sf2	sf3	sf4
127	3,000000	10,000000	2,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
128	2,000000	5,000000	2,000000	4,000000	4,000000	1,000000	1,000000
129	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	1,000000
130	1,000000	2,000000	1,000000	5,000000	4,000000	1,000000	1,000000
131	3,000000	11,000000	3,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000
132	2,000000	9,000000	3,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
133	1,000000	1,000000	1,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
134	1,000000	2,000000	1,000000	5,000000	4,000000	1,000000	1,000000
135	1,000000	6,000000	2,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
136	1,000000	8,000000	1,000000	5,000000	5,000000	1,000000	2,000000
137	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000	3,000000	2,000000	2,000000
138	2,000000	3,000000	3,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
139	2,000000	3,000000	3,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000
140	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
141	3,000000	20,000000	3,000000	3,000000	3,000000	1,000000	2,000000
142	1,000000	2,000000	2,000000	5,000000	4,000000	1,000000	1,000000
143	3,000000	3,000000	2,000000	5,000000	4,000000	1,000000	1,000000
144	3,000000	26,000000	3,000000	3,000000	2,000000	4,000000	3,000000
145	1,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	1,000000	2,000000
146	1,000000	1,000000	1,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
147	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
148	1,000000	2,000000	1,000000	5,000000	3,000000	1,000000	1,000000
149	2,000000	4,000000	2,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
150	1,000000	2,000000	3,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
151	1,000000	7,000000	1,000000	3,000000	2,000000	1,000000	3,000000
152	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
153	1,000000	3,000000	1,000000	1,000000	3,000000	2,000000	2,000000
154	2,000000	11,000000	2,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
155	3,000000	14,000000	3,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
156	2,000000	8,000000	2,000000	5,000000	5,000000	1,000000	1,000000
157	2,000000	11,000000	3,000000	2,000000	3,000000	1,000000	2,000000
158	1,000000	11,000000	1,000000	3,000000	3,000000	1,000000	2,000000
159	3,000000	17,000000	3,000000	4,000000	4,000000	1,000000	1,000000
160	2,000000	8,000000	3,000000	3,000000	3,000000	1,000000	2,000000
161	1,000000	8,000000	1,000000	4,000000	2,000000	2,000000	1,000000
162	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000
163	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	4,000000	2,000000	2,000000
164	1,000000	1,000000	2,000000	4,000000	4,000000	1,000000	1,000000
165	1,000000	6,000000	1,000000	4,000000	3,000000	2,000000	2,000000
166	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
167	1,000000	8,000000	1,000000	4,000000	3,000000	2,000000	3,000000
168	2,000000	7,000000	2,000000	5,000000	5,000000	1,000000	1,000000

	sf5	sf6	sf7	sf8	sf9	sf10	sf11
127	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000
128	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000
129	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000	2,000000
130	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000	2,000000
131	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000
132	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000
133	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
134	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000	2,000000
135	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
136	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
137	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
138	2,000000	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
139	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000
140	3,000000	3,000000	3,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000
141	3,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000
142	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000
143	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000
144	3,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000
145	3,000000	2,000000	2,000000	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000
146	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
147	3,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000	2,000000	3,000000
148	2,000000	1,000000	2,000000	1,000000	2,000000	1,000000	2,000000
149	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	1,000000	2,000000
150	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000
151	3,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000
152	3,000000	3,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000
153	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000
154	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
155	2,000000	1,000000	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000
156	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000
157	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
158	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
159	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000
160	3,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000
161	3,000000	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000
162	2,000000	2,000000	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000
163	3,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000
164	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
165	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
166	3,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000
167	3,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000
168	2,000000	1,000000	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000



anos	idade	sexo	estacivil	habilit	medicam	medico
169	72,00	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	2,000000
170	80,00	2,000000	1,000000	3,000000	2,000000	2,000000
171	75,00	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000	3,000000
172	77,00	2,000000	2,000000	3,000000	1,000000	1,000000
173	71,00	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	2,000000
174	70,00	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	1,000000
175	78,00	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000	1,000000
176	68,00	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	2,000000
177	74,00	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000
178	65,00	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	2,000000
179	65,00	1,000000	2,000000	3,000000	1,000000	2,000000
180	65,00	1,000000	2,000000	4,000000	2,000000	2,000000
181	67,00	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	2,000000
182	74,00	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	2,000000
183	66,00	1,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000
184	71,00	1,000000	3,000000	1,000000	3,000000	2,000000
185	67,00	1,000000	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000
186	70,00	1,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000
187	68,00	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000
188	67,00	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	2,000000
189	71,00	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000
190	72,00	1,000000	2,000000	3,000000	5,000000	2,000000
191	68,00	1,000000	2,000000	1,000000	5,000000	3,000000
192	70,00	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	2,000000
193	79,00	2,000000	3,000000	1,000000	2,000000	2,000000
194	76,00	2,000000	1,000000	1,000000	3,000000	2,000000
195	66,00	1,000000	1,000000	2,000000	5,000000	1,000000
196	71,00	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000
197	67,00	1,000000	2,000000	2,000000	6,000000	2,000000
198	74,00	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000
199	75,00	2,000000	1,000000	1,000000	3,000000	2,000000
200	74,00	1,000000	1,000000	3,000000	3,000000	3,000000
201	72,00	1,000000	2,000000	3,000000	1,000000	2,000000
202	67,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000
203	77,00	2,000000	1,000000	3,000000	1,000000	2,000000
204	70,00	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	2,000000
205	78,00	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000	2,000000
206	68,00	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000
207	67,00	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	2,000000
208	68,00	1,000000	2,000000	2,000000	1,000000	3,000000
209	67,00	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000
210	67,00	1,000000	1,000000	3,000000	3,000000	2,000000

28-03-2003 11:20:00

29/49

	hospital	degeneron	depressã	sf1	sf2	sf3	sf4
169	1,000000	4,000000	3,000000	5,000000	5,000000	1,000000	1,000000
170	1,000000	8,000000	2,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
171	3,000000	3,000000	3,000000	5,000000	4,000000	1,000000	2,000000
172	1,000000	1,000000	1,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000
173	2,000000	4,000000	3,000000	2,000000	3,000000	1,000000	2,000000
174	2,000000	25,000000	2,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
175	1,000000	10,000000	2,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
176	1,000000	6,000000	1,000000	5,000000	5,000000	1,000000	1,000000
177	1,000000	4,000000	2,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
178	1,000000	8,000000	1,000000	4,000000	4,000000	1,000000	1,000000
179	1,000000	6,000000	1,000000	3,000000	2,000000	2,000000	3,000000
180	1,000000	4,000000	1,000000	5,000000	4,000000	1,000000	2,000000
181	2,000000	23,000000	3,000000	4,000000	2,000000	1,000000	1,000000
182	3,000000	5,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000
183	1,000000	8,000000	1,000000	5,000000	4,000000	1,000000	1,000000
184	2,000000	11,000000	3,000000	3,000000	3,000000	1,000000	2,000000
185	1,000000	21,000000	2,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
186	1,000000	2,000000	2,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
187	3,000000	7,000000	2,000000	4,000000	4,000000	1,000000	1,000000
188	1,000000	8,000000	1,000000	5,000000	4,000000	1,000000	1,000000
189	1,000000	6,000000	2,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
190	1,000000	8,000000	1,000000	4,000000	5,000000	1,000000	1,000000
191	1,000000	2,000000	2,000000	5,000000	5,000000	1,000000	1,000000
192	1,000000	2,000000	1,000000	2,000000	3,000000	1,000000	2,000000
193	1,000000	11,000000	2,000000	2,000000	3,000000	1,000000	3,000000
194	2,000000	2,000000	2,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
195	1,000000	1,000000	1,000000	3,000000	3,000000	1,000000	2,000000
196	3,000000	23,000000	3,000000	4,000000	3,000000	1,000000	1,000000
197	1,000000	2,000000	1,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
198	3,000000	19,000000	1,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
199	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000	3,000000	1,000000	1,000000
200	1,000000	8,000000	2,000000	5,000000	4,000000	1,000000	1,000000
201	2,000000	7,000000	1,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
202	1,000000	14,000000	2,000000	4,000000	4,000000	1,000000	1,000000
203	1,000000	2,000000	1,000000	5,000000	4,000000	1,000000	1,000000
204	1,000000	6,000000	3,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000
205	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
206	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000	3,000000	1,000000	3,000000
207	1,000000	4,000000	1,000000	5,000000	4,000000	1,000000	1,000000
208	1,000000	6,000000	1,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
209	1,000000	3,000000	2,000000	5,000000	5,000000	1,000000	2,000000
210	1,000000	4,000000	2,000000	3,000000	3,000000	2,000000	2,000000

28-03-2003 11:20:00

30/49





	sf33	sf34	sf35	sf36	compareç	pds
169	1,000000	2,000000	1,000000	1,000000	3,000000	2,000000
170	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000
171	1,000000	1,000000	1,000000	2,000000	4,000000	1,000000
172	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000
173	2,000000	2,000000	2,000000	1,000000	5,000000	1,000000
174	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	4,000000	1,000000
175	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000
176	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000
177	1,000000	2,000000	2,000000	1,000000	5,000000	1,000000
178	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	2,000000	3,000000
179	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000
180	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	4,000000
181	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	5,000000	2,000000
182	2,000000	2,000000	2,000000	1,000000	5,000000	1,000000
183	1,000000	2,000000	1,000000	1,000000	2,000000	3,000000
184	2,000000	2,000000	1,000000	2,000000	4,000000	2,000000
185	2,000000	2,000000	1,000000	2,000000	4,000000	3,000000
186	1,000000	2,000000	1,000000	2,000000	4,000000	2,000000
187	1,000000	2,000000	1,000000	1,000000	4,000000	2,000000
188	1,000000	2,000000	1,000000	1,000000	3,000000	3,000000
189	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000	4,000000	2,000000
190	1,000000	2,000000	1,000000	1,000000	3,000000	3,000000
191	1,000000	2,000000	1,000000	1,000000	4,000000	2,000000
192	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000	3,000000	3,000000
193	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	4,000000	4,000000
194	2,000000	2,000000	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000
195	1,000000	2,000000	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000
196	1,000000	2,000000	1,000000	2,000000	5,000000	1,000000
197	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	2,000000	3,000000
198	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000
199	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	4,000000	2,000000
200	1,000000	2,000000	1,000000	1,000000	2,000000	4,000000
201	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000
202	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000	2,000000	4,000000
203	2,000000	5,000000	2,000000	5,000000	3,000000	3,000000
204	5,000000	2,000000	2,000000	2,000000	4,000000	2,000000
205	5,000000	4,000000	3,000000	4,000000	4,000000	1,000000
206	4,000000	4,000000	3,000000	4,000000	4,000000	2,000000
207	2,000000	4,000000	2,000000	4,000000	4,000000	3,000000
208	2,000000	4,000000	2,000000	4,000000	3,000000	3,000000
209	2,000000	4,000000	2,000000	4,000000	4,000000	2,000000
210	4,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000

	anos	idade	sexo	estativil	habilit	medicam	médico
211	70,00	1,000000	1,000000	3,000000	1,000000	3,000000	3,000000
212	77,00	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000
213	71,00	1,000000	2,000000	2,000000	1,000000	3,000000	2,000000
214	70,00	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000
215	70,00	1,000000	2,000000	2,000000	6,000000	2,000000	2,000000
216	67,00	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	2,000000
217	66,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000
218	71,00	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000
219	66,00	1,000000	1,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000
220	66,00	1,000000	2,000000	2,000000	5,000000	2,000000	2,000000
221	65,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	1,000000	1,000000
222	68,00	1,000000	1,000000	2,000000	4,000000	3,000000	3,000000
223	77,00	2,000000	1,000000	3,000000	1,000000	3,000000	3,000000
224	65,00	1,000000	1,000000	2,000000	6,000000	1,000000	1,000000
225	65,00	1,000000	1,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000
226	71,00	1,000000	1,000000	3,000000	3,000000	3,000000	2,000000
227	70,00	1,000000	1,000000	2,000000	3,000000	1,000000	3,000000
228	79,00	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000
229	67,00	1,000000	1,000000	2,000000	3,000000	1,000000	3,000000
230	70,00	1,000000	2,000000	3,000000	1,000000	2,000000	3,000000
231	68,00	1,000000	1,000000	3,000000	2,000000	3,000000	3,000000
232	65,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000
233	70,00	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	2,000000
234	67,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000
235	74,00	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000
236	68,00	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000	2,000000	3,000000
237	78,00	2,000000	1,000000	3,000000	1,000000	2,000000	3,000000
238	68,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000
239	76,00	2,000000	1,000000	3,000000	1,000000	3,000000	2,000000
240	69,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000
241	69,00	1,000000	2,000000	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000
242	80,00	2,000000	2,000000	2,000000	1,000000	3,000000	3,000000
243	66,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000
244	78,00	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000
245	71,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000
246	69,00	1,000000	1,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000
247	68,00	1,000000	2,000000	2,000000	5,000000	2,000000	2,000000
248	65,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000
249	70,00	1,000000	2,000000	3,000000	5,000000	3,000000	3,000000
250	67,00	1,000000	2,000000	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000
251	68,00	1,000000	2,000000	2,000000	4,000000	2,000000	3,000000
252	74,00	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000



	sf26	sf27	sf28	sf29	sf30	sf31	sf32
211	4,000000	3,000000	4,000000	5,000000	3,000000	5,000000	4,000000
212	5,000000	5,000000	4,000000	5,000000	4,000000	4,000000	2,000000
213	4,000000	3,000000	5,000000	4,000000	4,000000	4,000000	4,000000
214	2,000000	3,000000	4,000000	5,000000	2,000000	4,000000	3,000000
215	5,000000	5,000000	3,000000	4,000000	5,000000	4,000000	3,000000
216	5,000000	5,000000	3,000000	4,000000	5,000000	4,000000	3,000000
217	3,000000	3,000000	4,000000	4,000000	3,000000	4,000000	4,000000
218	2,000000	4,000000	5,000000	6,000000	1,000000	4,000000	3,000000
219	4,000000	4,000000	5,000000	4,000000	4,000000	4,000000	4,000000
220	5,000000	4,000000	5,000000	4,000000	3,000000	5,000000	4,000000
221	5,000000	5,000000	2,000000	4,000000	4,000000	2,000000	2,000000
222	4,000000	4,000000	4,000000	3,000000	4,000000	3,000000	4,000000
223	4,000000	4,000000	5,000000	4,000000	2,000000	4,000000	4,000000
224	3,000000	3,000000	5,000000	4,000000	2,000000	4,000000	4,000000
225	4,000000	3,000000	5,000000	4,000000	3,000000	4,000000	4,000000
226	1,000000	1,000000	6,000000	5,000000	1,000000	5,000000	5,000000
227	4,000000	3,000000	5,000000	4,000000	3,000000	4,000000	4,000000
228	4,000000	5,000000	5,000000	5,000000	4,000000	4,000000	2,000000
229	4,000000	5,000000	4,000000	4,000000	5,000000	4,000000	4,000000
230	2,000000	3,000000	5,000000	4,000000	3,000000	4,000000	3,000000
231	4,000000	4,000000	4,000000	3,000000	3,000000	4,000000	4,000000
232	4,000000	5,000000	4,000000	4,000000	5,000000	5,000000	4,000000
233	2,000000	3,000000	5,000000	6,000000	2,000000	5,000000	4,000000
234	4,000000	2,000000	3,000000	5,000000	3,000000	4,000000	4,000000
235	3,000000	4,000000	5,000000	5,000000	2,000000	4,000000	4,000000
236	2,000000	3,000000	5,000000	6,000000	1,000000	4,000000	3,000000
237	4,000000	5,000000	4,000000	5,000000	2,000000	4,000000	4,000000
238	3,000000	5,000000	5,000000	5,000000	4,000000	4,000000	4,000000
239	4,000000	3,000000	5,000000	4,000000	3,000000	4,000000	4,000000
240	1,000000	3,000000	5,000000	6,000000	1,000000	4,000000	4,000000
241	5,000000	5,000000	4,000000	4,000000	5,000000	4,000000	2,000000
242	2,000000	6,000000	4,000000	5,000000	4,000000	3,000000	2,000000
243	4,000000	3,000000	5,000000	4,000000	3,000000	4,000000	4,000000
244	3,000000	4,000000	5,000000	5,000000	2,000000	4,000000	2,000000
245	2,000000	4,000000	6,000000	6,000000	3,000000	5,000000	5,000000
246	3,000000	5,000000	4,000000	5,000000	5,000000	4,000000	3,000000
247	5,000000	4,000000	4,000000	5,000000	4,000000	5,000000	4,000000
248	4,000000	5,000000	4,000000	3,000000	4,000000	3,000000	3,000000
249	4,000000	5,000000	4,000000	5,000000	3,000000	4,000000	3,000000
250	1,000000	3,000000	5,000000	5,000000	1,000000	4,000000	3,000000
251	4,000000	5,000000	3,000000	4,000000	5,000000	4,000000	4,000000
252	2,000000	4,000000	4,000000	4,000000	3,000000	4,000000	4,000000

	sf33	sf34	sf35	sf36	compareq	pds
211	4,000000	3,000000	3,000000	2,000000	5,000000	1,000000
212	4,000000	2,000000	2,000000	4,000000	4,000000	2,000000
213	4,000000	2,000000	3,000000	4,000000	4,000000	2,000000
214	4,000000	2,000000	2,000000	2,000000	5,000000	1,000000
215	4,000000	5,000000	2,000000	4,000000	4,000000	2,000000
216	4,000000	5,000000	2,000000	4,000000	4,000000	2,000000
217	5,000000	4,000000	3,000000	4,000000	4,000000	2,000000
218	4,000000	2,000000	2,000000	2,000000	4,000000	2,000000
219	4,000000	3,000000	3,000000	4,000000	4,000000	2,000000
220	5,000000	4,000000	3,000000	4,000000	4,000000	2,000000
221	2,000000	4,000000	2,000000	4,000000	1,000000	4,000000
222	3,000000	4,000000	3,000000	4,000000	5,000000	1,000000
223	4,000000	2,000000	4,000000	2,000000	1,000000	1,000000
224	5,000000	3,000000	3,000000	2,000000	4,000000	4,000000
225	4,000000	4,000000	3,000000	4,000000	5,000000	2,000000
226	5,000000	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	2,000000
227	4,000000	4,000000	3,000000	4,000000	3,000000	1,000000
228	2,000000	4,000000	2,000000	4,000000	5,000000	1,000000
229	2,000000	4,000000	2,000000	4,000000	2,000000	3,000000
230	3,000000	3,000000	3,000000	4,000000	4,000000	2,000000
231	4,000000	4,000000	2,000000	4,000000	5,000000	1,000000
232	3,000000	4,000000	1,000000	5,000000	4,000000	2,000000
233	4,000000	4,000000	2,000000	4,000000	4,000000	2,000000
234	3,000000	4,000000	2,000000	4,000000	5,000000	1,000000
235	4,000000	2,000000	3,000000	2,000000	5,000000	1,000000
236	5,000000	1,000000	5,000000	1,000000	4,000000	1,000000
237	4,000000	2,000000	2,000000	4,000000	5,000000	1,000000
238	4,000000	2,000000	2,000000	2,000000	4,000000	2,000000
239	4,000000	4,000000	3,000000	4,000000	5,000000	2,000000
240	5,000000	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	5,000000
241	2,000000	4,000000	2,000000	4,000000	5,000000	1,000000
242	2,000000	5,000000	1,000000	5,000000	4,000000	2,000000
243	4,000000	4,000000	3,000000	4,000000	4,000000	2,000000
244	4,000000	2,000000	2,000000	2,000000	5,000000	1,000000
245	4,000000	2,000000	4,000000	1,000000	5,000000	1,000000
246	2,000000	4,000000	2,000000	3,000000	4,000000	3,000000
247	3,000000	4,000000	3,000000	4,000000	4,000000	3,000000
248	2,000000	3,000000	2,000000	4,000000	3,000000	2,000000
249	4,000000	4,000000	2,000000	4,000000	4,000000	2,000000
250	4,000000	2,000000	2,000000	4,000000	4,000000	2,000000
251	2,000000	4,000000	2,000000	5,000000	4,000000	3,000000
252	4,000000	5,000000	4,000000	4,000000	4,000000	2,000000

anos	idade	sexo	estcivil	habilit	medicam	médico
253	69,00	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	2,000000
254	68,00	1,000000	2,000000	6,000000	3,000000	2,000000
255	79,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000
256	67,00	1,000000	2,000000	5,000000	2,000000	2,000000
257	66,00	1,000000	2,000000	4,000000	2,000000	2,000000
258	65,00	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	2,000000
259	75,00	2,000000	3,000000	1,000000	3,000000	2,000000
260	68,00	1,000000	2,000000	5,000000	2,000000	2,000000
261	68,00	1,000000	2,000000	5,000000	2,000000	3,000000
262	65,00	1,000000	2,000000	5,000000	2,000000	2,000000
263	65,00	1,000000	2,000000	4,000000	2,000000	2,000000
264	76,00	2,000000	3,000000	1,000000	3,000000	3,000000
265	66,00	1,000000	2,000000	5,000000	2,000000	2,000000
266	72,00	1,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000
267	67,00	1,000000	2,000000	6,000000	2,000000	2,000000
268	71,00	1,000000	2,000000	1,000000	3,000000	2,000000
269	75,00	2,000000	3,000000	1,000000	2,000000	2,000000
270	72,00	1,000000	3,000000	3,000000	3,000000	2,000000
271	78,00	2,000000	3,000000	1,000000	3,000000	3,000000
272	69,00	1,000000	2,000000	3,000000	3,000000	2,000000

28-03-2003 11:20:00

43/49

	hospital	deonorón	depressã	sf1	sf2	sf3	sf4
253	1,000000	15,000000	1,000000	5,000000	4,000000	1,000000	2,000000
254	1,000000	15,000000	1,000000	4,000000	2,000000	1,000000	1,000000
255	2,000000	3,000000	3,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000
256	1,000000	4,000000	1,000000	5,000000	4,000000	1,000000	1,000000
257	1,000000	4,000000	1,000000	3,000000	3,000000	1,000000	2,000000
258	1,000000	8,000000	2,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
259	2,000000	3,000000	3,000000	4,000000	3,000000	1,000000	1,000000
260	1,000000	3,000000	1,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
261	1,000000	1,000000	1,000000	5,000000	4,000000	1,000000	1,000000
262	1,000000	4,000000	1,000000	4,000000	3,000000	1,000000	2,000000
263	1,000000	8,000000	1,000000	4,000000	5,000000	1,000000	1,000000
264	1,000000	2,000000	2,000000	5,000000	5,000000	1,000000	1,000000
265	3,000000	19,000000	1,000000	2,000000	3,000000	1,000000	2,000000
266	3,000000	5,000000	3,000000	2,000000	3,000000	1,000000	3,000000
267	1,000000	2,000000	1,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
268	2,000000	15,000000	3,000000	3,000000	3,000000	1,000000	2,000000
269	1,000000	1,000000	2,000000	4,000000	3,000000	1,000000	1,000000
270	2,000000	7,000000	2,000000	4,000000	4,000000	1,000000	2,000000
271	3,000000	7,000000	3,000000	4,000000	4,000000	1,000000	1,000000
272	1,000000	8,000000	1,000000	3,000000	3,000000	1,000000	2,000000

28-03-2003 11:20:00

44/49

	sf5	sf6	sf7	sf8	sf9	sf10	sf11
253	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000
254	1,000000	1,000000	3,000000	1,000000	2,000000	1,000000	2,000000
255	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000
256	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000
257	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
258	3,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000
259	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000
260	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
261	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000
262	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
263	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000
264	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000
265	3,000000	2,000000	3,000000	2,000000	3,000000	3,000000	3,000000
266	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000	3,000000
267	2,000000	1,000000	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000
268	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000	1,000000	2,000000
269	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
270	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000
271	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000	2,000000
272	2,000000	2,000000	3,000000	2,000000	2,000000	1,000000	2,000000

	sf12	sf13	sf14	sf15	sf16	sf17	sf18
253	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000
254	2,000000	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000
255	3,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
256	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000
257	2,000000	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	1,000000
258	3,000000	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	1,000000
259	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000
260	2,000000	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000
261	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000
262	3,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000
263	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000	2,000000	1,000000
264	3,000000	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000
265	3,000000	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	1,000000
266	3,000000	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000
267	2,000000	2,000000	2,000000	1,000000	2,000000	2,000000	1,000000
268	3,000000	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000	2,000000	2,000000
269	2,000000	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000
270	3,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000
271	2,000000	1,000000	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000	2,000000
272	2,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000

	sf19	sf20	sf21	sf22	sf23	sf24	sf25
253	2,000,000	3,000,000	5,000,000	3,000,000	5,000,000	3,000,000	4,000,000
254	2,000,000	4,000,000	4,000,000	3,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000
255	1,000,000	2,000,000	2,000,000	1,000,000	1,000,000	6,000,000	6,000,000
256	1,000,000	3,000,000	4,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	4,000,000
257	2,000,000	2,000,000	3,000,000	2,000,000	3,000,000	5,000,000	5,000,000
258	2,000,000	3,000,000	4,000,000	3,000,000	3,000,000	5,000,000	5,000,000
259	2,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	5,000,000
260	1,000,000	2,000,000	5,000,000	4,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000
261	1,000,000	3,000,000	4,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	4,000,000
262	1,000,000	2,000,000	3,000,000	3,000,000	4,000,000	3,000,000	4,000,000
263	1,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	5,000,000	3,000,000	4,000,000
264	1,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	4,000,000
265	1,000,000	2,000,000	2,000,000	1,000,000	3,000,000	5,000,000	5,000,000
266	2,000,000	1,000,000	1,000,000	2,000,000	2,000,000	5,000,000	5,000,000
267	2,000,000	2,000,000	3,000,000	2,000,000	4,000,000	5,000,000	5,000,000
268	2,000,000	2,000,000	2,000,000	2,000,000	3,000,000	4,000,000	5,000,000
269	2,000,000	3,000,000	4,000,000	3,000,000	3,000,000	4,000,000	5,000,000
270	1,000,000	3,000,000	3,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000
271	2,000,000	3,000,000	4,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	4,000,000
272	1,000,000	3,000,000	4,000,000	3,000,000	4,000,000	3,000,000	4,000,000

28-03-2003 11:20:00

47/49

	sf26	sf27	sf28	sf29	sf30	sf31	sf32
253	4,000,000	5,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	5,000,000	2,000,000
254	3,000,000	5,000,000	4,000,000	4,000,000	3,000,000	4,000,000	3,000,000
255	2,000,000	1,000,000	5,000,000	5,000,000	1,000,000	5,000,000	5,000,000
256	5,000,000	5,000,000	3,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	3,000,000
257	2,000,000	4,000,000	5,000,000	5,000,000	2,000,000	4,000,000	4,000,000
258	2,000,000	4,000,000	5,000,000	5,000,000	2,000,000	4,000,000	3,000,000
259	4,000,000	5,000,000	5,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	2,000,000
260	4,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	3,000,000
261	5,000,000	5,000,000	3,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	3,000,000
262	3,000,000	4,000,000	4,000,000	3,000,000	4,000,000	3,000,000	3,000,000
263	5,000,000	5,000,000	4,000,000	5,000,000	5,000,000	4,000,000	2,000,000
264	4,000,000	5,000,000	4,000,000	5,000,000	3,000,000	4,000,000	2,000,000
265	2,000,000	4,000,000	5,000,000	6,000,000	1,000,000	4,000,000	4,000,000
266	3,000,000	2,000,000	5,000,000	4,000,000	2,000,000	5,000,000	4,000,000
267	3,000,000	4,000,000	5,000,000	5,000,000	3,000,000	4,000,000	4,000,000
268	4,000,000	3,000,000	4,000,000	4,000,000	3,000,000	4,000,000	4,000,000
269	4,000,000	5,000,000	4,000,000	5,000,000	2,000,000	4,000,000	3,000,000
270	4,000,000	5,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	3,000,000	3,000,000
271	4,000,000	5,000,000	4,000,000	4,000,000	5,000,000	4,000,000	3,000,000
272	4,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000	4,000,000

28-03-2003 11:20:00

48/49

	sf33	sf34	sf35	sf36	comparaç	pds
253	3,000000	4,000000	3,000000	5,000000	4,000000	3,000000
254	2,000000	3,000000	3,000000	5,000000	2,000000	4,000000
255	5,000000	1,000000	2,000000	1,000000	4,000000	2,000000
256	4,000000	5,000000	2,000000	4,000000	3,000000	3,000000
257	4,000000	2,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000
258	4,000000	2,000000	2,000000	4,000000	4,000000	2,000000
259	2,000000	4,000000	2,000000	4,000000	4,000000	1,000000
260	1,000000	4,000000	1,000000	5,000000	3,000000	2,000000
261	4,000000	5,000000	2,000000	4,000000	3,000000	3,000000
262	3,000000	4,000000	2,000000	4,000000	3,000000	3,000000
263	1,000000	5,000000	1,000000	5,000000	4,000000	3,000000
264	1,000000	5,000000	1,000000	5,000000	5,000000	1,000000
265	5,000000	1,000000	3,000000	1,000000	3,000000	3,000000
266	5,000000	3,000000	3,000000	4,000000	5,000000	1,000000
267	3,000000	2,000000	2,000000	2,000000	3,000000	3,000000
268	4,000000	4,000000	3,000000	4,000000	5,000000	1,000000
269	2,000000	3,000000	2,000000	4,000000	4,000000	2,000000
270	3,000000	3,000000	3,000000	4,000000	4,000000	2,000000
271	3,000000	5,000000	2,000000	5,000000	5,000000	1,000000
272	4,000000	3,000000	2,000000	4,000000	4,000000	3,000000

Anexo 3

**Mann-Whitney Test**

**Ranks**

	IDADE	N	Mean Rank	Sum of Ranks
PDS	1,000000	200	129,35	25869,50
	2,000000	72	156,37	11258,50
Total		272		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
PDS	5789,500	25869,500	-2,598	,009

a. Grouping Variable: IDADE

**NPar Tests**

**Mann-Whitney Test**

**Ranks**

	SEXO	N	Mean Rank	Sum of Ranks
PDS	1,000000	127	126,89	16115,00
	2,000000	145	144,92	21013,00
Total		272		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
PDS	7987,000	16115,000	-1,960	,050

a. Grouping Variable: SEXO

**NPar Tests**

**Kruskal-Wallis Test**

**Ranks**

	ESTCIVIL	N	Mean Rank
PDS	1,000000	21	109,07
	2,000000	157	123,75
	3,000000	94	163,93
Total		272	

Chi-Square	19,575
df	2
Asymp. Sig.	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: ESTCIVIL

**NPar Tests**

**Kruskal-Wallis Test**

**Ranks**

	HABLIT	N	Mean Rank
PDS	1,000000	86	164,74
	2,000000	17	128,68
	3,000000	100	141,99
	4,000000	21	110,02
	5,000000	28	96,34
Total		272	78,28

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

Chi-Square	PDS	34,993
df		5
Asymp. Sig.		,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: HABLIT

**NPar Tests**

**Kruskal-Wallis Test**

**Ranks**

	MEDICAM	N	Mean Rank
PDS	1,000000	20	40,28
	2,000000	103	108,99
	3,000000	149	168,43
Total		272	

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

Chi-Square	PDS	72,487
df		2
Asymp. Sig.		,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: MEDICAM

**Kruskal-Wallis Test**

**Ranks**

PDS	MÉDICO	N	Mean Rank
1,000000	19	42,05	
2,000000	134	119,39	
3,000000	119	170,85	
Total	272		

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	PDS
Chi-Square	60,979
df	2
Asymp. Sig.	,000

- a. Kruskal Wallis Test
- b. Grouping Variable: MÉDICO

**NPar Tests**

**Kruskal-Wallis Test**

**Ranks**

PDS	HOSPITAL	N	Mean Rank
1,000000	158	103,29	
2,000000	69	163,25	
3,000000	45	212,10	
Total	272		

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	PDS
Chi-Square	83,983
df	2
Asymp. Sig.	,000

- a. Kruskal Wallis Test
- b. Grouping Variable: HOSPITAL

**NPar Tests**

**Kruskal-Wallis Test**

PDS	1,000000	26	82,06
2,000000	42	114,39	
3,000000	42	176,62	
4,000000	21	94,52	
5,000000	14	202,57	
6,000000	20	114,43	
7,000000	9	156,89	
8,000000	31	115,23	
9,000000	7	154,00	
10,000000	13	149,69	
11,000000	12	140,71	
12,000000	1	242,00	
13,000000	3	190,00	
14,000000	2	135,00	
15,000000	6	126,33	
16,000000	5	178,40	
17,000000	4	101,00	
18,000000	1	242,00	
19,000000	7	196,57	
20,000000	3	216,00	
21,000000	1	80,00	
22,000000	1	242,00	
23,000000	1	242,00	
24,000000	1	242,00	
25,000000	1	242,00	
26,000000	1	242,00	
Total	272		

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	PDS
Chi-Square	71,683
df	22
Asymp. Sig.	,000

- a. Kruskal Wallis Test
- b. Grouping Variable: DOENCRÓN

**NPar Tests**

**Kruskal-Wallis Test**

**Ranks**

PDS	COMPARAC	N	Mean Rank
1,000000	20	31,40	
2,000000	38	76,71	
3,000000	56	95,04	
4,000000	102	154,18	
5,000000	56	223,87	
Total	272		

Chi-Square	159,346	
df	4	
Asymp. Sig.	,000	

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: COMPARAÇ

## CATREG - Regression for Categorical Data

### Warnings

Discretization for real variables PROBLEMO, FUNCOSOCI, and DOR was not specified. It is set to the default: GROUPING NCAT=7 DISTR=NORMAL. Variable PROBLEMO was specified or implied to be grouped into a number of categories (NCAT) equal to or greater than the number of distinct values of the variable (NCAT is set to this number). For an integer variable this implies that grouping has no effect, and for a real or string variable that grouping results in ranking.

### Credit

CATREG  
Version 2.0  
by  
Data Theory Scaling System Group (DTSS)  
Faculty of Social and Behavioral Sciences  
Leiden University, The Netherlands

### Case Processing Summary

Valid Active Cases	188
Active Cases with Missing Values	84
Supplementary Cases	0
Total	272
Cases Used in Analysis	272

### Model Summary

Multiple R	Adjusted R Square
,805	,649
	,616

Dependent Variable: PDS  
Predictors: FUNCFSI, DESMPFIS, PROBLEMO, FUNCOSOCI, SAUDMENT, VITAL, DOR, MUDANÇ

Regression	df	Mean Square	F	Sig.
Residual	23	7,872	19,911	,000
Total	248	,385		
	271			

Dependent Variable: PDS  
Predictors: FUNCFSI, DESMPFIS, PROBLEMO, FUNCOSOCI, SAUDMENT, VITAL, DOR, MUDANÇ

### Coefficients

	Standardized Coefficients		df	F	Sig.
	Beta	Std. Error			
FUNCFSI	-,150	,053	4	8,075	,000
DESMPFIS	,085	,055	2	2,355	,097
PROBLEMO	-,082	,045	2	3,270	,040
FUNCOSOCI	-,413	,059	4	49,000	,000
SAUDMENT	-,118	,049	2	5,828	,003
VITAL	-,109	,044	3	6,003	,001
DOR	-,215	,058	2	13,803	,000
MUDANÇ	-,100	,038	4	6,890	,000

Dependent Variable: PDS

### Correlations and Tolerance

	Correlations		Part.	Importance	Tolerance	
	Zero-Order	Partial			After Transformation	Before Transformation
FUNCFSI	-,600	-,178	-,107	,138	,511	,507
DESMPFIS	-,501	,097	,058	-,065	,464	,415
PROBLEMO	-,374	-,114	-,068	,047	,695	,655
FUNCOSOCI	-,736	-,406	-,263	,468	,407	,323
SAUDMENT	-,544	-,152	-,091	,099	,595	,500
VITAL	-,430	-,154	-,092	,072	,721	,439
DOR	-,675	-,230	-,140	,224	,421	,315
MUDANÇ	-,112	-,164	-,099	,017	,971	,804

Dependent Variable: PDS