



**Lúcia Maria Rebelo  
Mourão**

**Aplicação da Escala de Gijón em Rastreio de Risco  
Social**



**Lúcia Maria Rebelo  
Mourão**

**Aplicação da Escala de Gijón em Rastreo de Risco  
Social**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica do Prof. Dr. José Ignacio Guinaldo Martín, Professor Auxiliar Convidado do departamento, Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.

## **Agradecimentos**

Ao Orientador de Mestrado Professor Inácio Martín pela transmissão de conhecimentos, incentivo, confiança, disponibilidade e escuta activa ao longo da preparação deste trabalho.

Aos meus colegas de mestrado (Ana, Susete e Pinto) pela partilha de conhecimentos, incentivo e, claro, pelas gargalhadas nervosas partilhadas ao longo deste estudo.

Às pessoas com 85 ou mais anos que constituíram a amostra do estudo empírico, bem como às instituições na pessoa do seu responsável que permitiram a recolha de dados.

À Ivete, Fernando e Natacha, bem como a todos aqueles que ao longo do tempo tiveram a generosidade de partilharem os seus conhecimentos comigo.

Ao meu avô (Damião Rebelo), pela história das laranjinhas de ouro com a qual me transmitiu os valores da perseverança, humildade e respeito pelo outro.

Aos meus irmãos (Fátima, Eduardo, Marco e Hugo) pelos imensos sorrisos e inúmeras discussões partilhadas.

Às minhas cinco laranjinhas de ouro (Mafalda, Daniela, Rafael, Guilherme e Marta) pelo brilho que irradiam.

Aos meus pais com amor.

A ti meu Anjo pelo amor que me dedicas.

## O júri

Presidente

Prof. Doutor Eugénio Santana Franco  
Professor Adjunto Escola Superior de Ciências da Saúde da  
Universidade de Aveiro

Vogais

Prof<sup>a</sup>. Doutora Maria Ester Vaz da Silva  
Professor Adjunto Escola Superior de Estudos Industriais e de  
Gestão do Instituto Politécnico do Porto

Prof. Doutor José Ignacio Guinaldo Martín (Orientador)  
Professor Auxiliar Convidado Secção Autónoma de Saúde da  
Universidade de Aveiro

## palavras-chave

Rastreio, Gijón, Risco social

## resumo

**Objectivo:** O presente estudo pretende analisar a validade da aplicação da Escala de Gijón em rastreio de risco social em pessoas idosas com idade igual ou superior a 75 anos. Esta validação insere-se num estudo mais amplo com o objectivo último da criação de um protocolo de rastreio para identificação de pessoas idosas vulneráveis (RNAR-75).

**Método:** Procedeu-se à tradução e retro tradução para a língua portuguesa da Escala de Gijón. Posteriormente foi aplicada a 240 pessoas idosas distribuídas por meio duma amostragem por cotas não aleatórias nos contextos de serviço comunitário e de cuidados de saúde primários. O tempo médio de administração do protocolo foi de 20 a 25 minutos dos quais 3 a 4 minutos se destinaram à escala de Gijón.

A Escala de Gijón é um instrumento estruturado de avaliação social de pessoas idosas.

**Resultados:** O índice de alfa de Cronbach de 0,41 denota uma consistência interna pequena, utilizou-se uma curva ROC para o estudo da sensibilidade e especificidade, sendo o ponto de corte escolhido 13 valores onde 19,51% da amostra ficou identificada na categoria de risco social. Foi encontrado estatisticamente um risco associado significativo entre o acontecimento identificado pela Escala de Gijón como de Risco Social, e um conjunto de outros indicadores avaliados pelo RNAR-75, como a idade cronológica, viver sozinho, viver próximo de alguém que consuma álcool e estar deprimido.

**Conclusões:** A multidimensionalidade da avaliação de risco social coloca muitos desafios à validação de um instrumento com estas características. A identificação do ponto de corte na Escala de Gijón no valor 13, embora tenha de ter em conta a análise e a indicação dada pela curva ROC, tem também um cunho de conveniência. Não obstante, a Escala de Gijón encontra-se essencialmente vocacionada para ser utilizada em conjunto com outras escalas ou itens em protocolos de avaliação multidimensional da pessoa idosa e poderá revelar-se um instrumento útil à gestão de listas de espera e planificação de serviços sociais gerontológicos.

**keywords**

Screening, Gijón, Social Risk

**abstract**

**Purpose:** The present study intends to analyse the validity of the application of the scale of Gijón in tracing social risk in aged people with equal or superior age to 75. This validation is inserted in a wider study with the last objective of creating a protocol of tracing identification of vulnerable aged people (RNAR-75).

**Method:** The scale of Gijón was translated for the Portuguese language, using the technique of retro-translation. Then it was applied to 240 aged ones distributed through sampling for not random quotas in the contexts of communitarian service and primary health care. The average time of administration of the protocol was of 20 to 25 minutes of which 3 to 4 minutes had been destined to the scale of Gijón application.

**Results:** The internal coherence (alpha of Cronbach) in the scale of Gijón was of 0, 41 which denotes a small internal consistency. A ROC curve for study of sensitivity and specification was used, being the chosen point of cut of 13 values, where 19.51% of the sample was identified in the category of social risk. A significant risk was found associated to the event identified by the Gijón scale (Social Risk) and a set of other pointers evaluated by the RNAR-75: bigger chronological age, to live alone, to live next to an alcohol consumer and to be depressed.

**Conclusions:** The Multidimensionality of the evaluation of social risk essentially places many challenges to the validation of such an instrument. The identification of the point of cut in the scale of Gijón, though it must have in account the analysis and the indication given by the ROC curve, also has a political matrix.

Nevertheless, the scale of Gijón is essentially devoted to be used in set with other scales or items in protocols of multidimensional evaluation of the elderly and will be a useful instrument to the management of waiting-lists and planning of gerontology social services.

## Índice Geral

<b>ÍNDICE DE ANEXOS</b>	<b>V</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b>	<b>VI</b>
<b>ÍNDICE DE SIGLAS</b>	<b>VII</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>PARTE I ENQUADRAMENTO Conceptual</b>	<b>3</b>
1. Rastreio	3
2. Rastreio em Idosos	6
3. Rastreio Sócio Familiar - Escala de Gijón	7
4. Protocolos de Rastreio com a Escala de Gijón	11
<b>PARTE II ESTUDO EMPÍRICO</b>	<b>14</b>
5. Objectivos	14
5.1. Objectivos Específicos	14
6. Metodologia	15
6.1. Amostra	15
6.2. Instrumentos	17
6.3. Procedimentos	20
7. Resultados	22
7.1. Análise da fiabilidade, sensibilidade e especificidade da Escala de Gijón	23
8. Conclusões	28
8.1. Multidimensionalidade da avaliação de risco social	28
8.2. Identificação do ponto de corte na Escala de Gijón por conveniência	29
8.3. Capacidade de Generalização da Escala de Gijón	30
Referências Bibliográficas	32

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

Anexo 1- Protocolo de Rastreio RNAR\_75

36

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela I. Estado da Arte Escala de Gijón	8
Tabela II. Estado da Arte Instrumentos de Avaliação do Suporte Social	9
Tabela III. Análise Descritiva da Amostra	16
Tabela IV. Resultados Descritivos dos Itens da Escala de Gijón	22
Tabela V. Correlação de Cada Item com o Valor Total da Escala	24
Tabela VI. Sensibilidade e Especificidade	25
Tabela VII. Factores de Risco Associado a Vulnerabilidade Sociais	27

## **LISTA DE SIGLAS**

GDS – Geriatric Depression Scale

MOS-SSS- Questionnaire Medical Outcomes Study Social Support Survey

OARS-Older Americans Resources And Services Program

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNAR\_75- Rastreio de Necessidades de Atenção Rápida em Pessoas Idosas.

ROC – Receiver Operating Characteristic

SSQ – Social Support Questionnaire

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional e mormente o aumento em idades superiores a 75 anos, na chamada *quarta idade*, constituem um fenómeno demográfico jamais presenciado na história da humanidade. Em 1950 existiam 200 milhões de idosos, sendo que hoje se situam nos 600 milhões estimando-se que em 2050 existirão 1.1 biliões (Keskinoglu *et al.*, 2006).

O século XXI comporta à semelhança do final do século passado, por um lado, uma baixa taxa de natalidade e, por outro, um aumento crescente da esperança média de vida com as decorrentes consequências: ao nível económico, social, familiar e das políticas sócio sanitárias. Em Portugal no Programa Nacional para Pessoas Idosas (Direcção Geral de Saúde, 2004) a patologia crónica múltipla, a polimedicação, os acidentes domésticos e de viação, o luto, os internamentos institucionais, o isolamento social, os fenómenos de desertificação, as fragilidades económicas, as alterações da estrutura familiar e as inadaptações do meio habitacional aparecem referidos como factores que, ocorrendo frequentemente na população idosa, condicionam a sua saúde, autonomia, independência e consequentemente a sua qualidade de vida.

Segundo Schroets *et al.*(1980) a velhice seria um processo inelutável caracterizado por um complexo conjunto de factores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo.

O presente estudo baseia-se na metodologia do rastreio, concretamente do rastreio gerontológico. Segundo Freer (1985) os instrumentos de rastreio gerontológicos ainda pouco explorados e utilizados pelos serviços de saúde e/ou sociais, parecem ser uma metodologia que pode trazer ganhos na avaliação de necessidades da pessoa idosa e, consequentemente, melhorias na sua qualidade de vida.

Concretamente pretendeu-se validar para o contexto português uma escala de avaliação sócio familiar que, conjuntamente com outras escalas e itens discretos, compõem o protocolo de rastreio para identificação de pessoas idosas vulneráveis denominado RNAR \_ 75.

Neste estudo procede-se a um enquadramento teórico do estado da arte relativamente ao rastreio enquanto metodologia, salientando-se o seu aparecimento e desenvolvimento, os

seus objectivos, enquadramento histórico, bem como os cuidados a ter e as consequências decorrentes da sua utilização. Pode-se igualmente encontrar referências sobre o rastreio em pessoas idosas, procurando-se dar a conhecer o seu enquadramento, assim como os instrumentos utilizados para a prática do rastreio de necessidades nessas pessoas.

Avaliou-se ainda a aplicabilidade da Escala de Gijón como instrumento de rastreio na pessoa idosa através de um estudo empírico.

## PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

### 1. Rastreo

A ideia de examinar de forma rotineira pessoas saudáveis foi primeiramente defendida pelo Dr. Horace Dobell médico do Hospital de Royal. Decorria o ano de 1861, quando este médico realizou uma série de palestras que culminaram com a recomendação de que se deveriam realizar testes periódicos em toda a gente independentemente de as pessoas procurarem ou não ajuda médica (Raffle e Muir, 2007).

Contudo, a ideia de examinar de forma rotineira pessoas saudáveis era algo invulgar na altura. Pese embora este facto, as ideias de Dobell depressa se espalharam nos Estados Unidos da América e noutros lugares, criando um crescente interesse no valor científico do exame de sujeitos saudáveis (Raffle e Muir, 2007).

Em Junho de 1900 no 51º encontro Anual da Associação Médica Americana em Atlantic City, Nova Jérsia o Dr. Jorge Gould instigou à realização do exame periódico com o objectivo de melhorar o conhecimento científico sobre doença e a sua prevenção (Raffle e Muir, 2007).

J.M. Wilson e J. Jungner, em 1968, a convite da Organização Mundial de Saúde, realizaram um relatório onde abordam: o crescimento do rastreo, a futilidade do teste sem acção subsequente, a falta de conhecimento ou informação em relação à economia da detecção precoce, os benefícios e perigos do rastreo. Nesse mesmo relatório estabelecem 10 princípios que segundo eles seriam “guias para planear o encontro de casos”.

Devido ao impacto que estes princípios tiveram na forma de conceber a metodologia do rastreo entende-se oportuno enumerá-los:

- 1- A condição procurada deve ser um problema de saúde importante;
- 2- Deveria existir um tratamento aceite para pacientes com doença reconhecida;
- 3- As instalações devem estar disponíveis para diagnosticar e tratar;
- 4- Deve existir uma fase antecedente de sintomas;
- 5- Deve existir um teste adequado;
- 6- O teste deve ser aceitável para a população;
- 7- A história natural da condição, incluindo o desenvolvimento do momento em que a doença passa de latente a declarada, deve ser adequadamente compreendida;

- 8- Deve existir uma política acordada sobre quem deve ser tratado como paciente;
- 9- O custo do processo (diagnóstico, tratamento) deve ser economicamente estudado no seu todo;
- 10- A descoberta dos casos deve ser um processo contínuo.

Com as campanhas de saúde pública para o rastreio à tuberculose há mais de 30 anos atrás, o rastreio tem sido largamente utilizado como uma técnica para a detecção de doenças escondidas entre uma população aparentemente saudável (Charles e Freer, 1985).

De acordo com Raffle e Muir (2007) “rastreamento” significa testar pessoas que não têm ou ainda não reconheceram os sinais ou sintomas da condição para a qual estão a ser testadas...tendo como objectivo a redução do risco de doença para aquele indivíduo ou para fornecer informação sobre o risco embora o risco não possa ser alterado. Isto envolve todo um sistema ou programas de eventos necessários para atingir uma redução de risco. O rastreio é um programa, não um teste.

Em 1900 a questão mais relevante sobre rastreio era “porque razão não o fazemos?”, mais tarde em 1960 Wilson e Holland colocaram questões que englobavam os benefícios e os danos. Actualmente, e atendendo à experiência crescente com programas de rastreio, coloca-se uma questão mais profunda “ Quais são todas as consequências dos rastreios?” (Raffle e Muir, 2007).

Como argumentam Raffle e Muir (2007), compreender o alcance e verosimilhança das diferentes consequências é importante quer para a tomada de decisão acerca da orientação de política global, quer para a tomada de decisão dos indivíduos em participarem ou não nos rastreios que lhes são propostos.

Segundo Raffle e Muir (2007), o processo de rastreio engloba os seguintes passos: identificação e convite a um subgrupo de toda a população que se pense que poderá beneficiar com o rastreio (população elegível), separação por um processo de triagem do grupo de teste que pontua positivo (têm algum grau de anormalidade no seu teste) do que pontua negativo, devendo-se contudo considerar que nenhum teste é perfeito. Assim, o grupo de rastreio positivo nunca contém todos os casos tendo sempre alguns “não casos”, ou seja, a triagem passa por alguns casos que não consegue detectar, detectando outros que se confirmarão posteriormente e após uma análise mais detalhada como “não casos”.

Como cuidados a ter com o rastreio e suas consequências Raffle e Muir (2007) referem o facto de alguns casos serem inevitavelmente indetectáveis havendo a tendência para usar

palavras “perdido” ou “falhas” do rastreio conduzindo a uma percepção de que erros têm sido cometidos, o que poderá originar a que quem faz o rastreio jogue pelo seguro e classifique mais resultados como positivos ou incertos e poucos como negativos. Assim, sujeitos com resultados no limite podem acabar por participar em testes durante muitos anos, causando um impacto substancial no seu sentido de bem-estar.

## 2. Rastreo em Idosos

O interesse moderno no rastreo geriátrico data da experiência de Rutherglen iniciada por Anderson e Cowan em 1992. Os estudos subsequentes têm demonstrado com raras exceções a existência de uma grande prevalência de problemas físicos, sociais e psicológicos não evidentes na população mais envelhecida (Freer, 1985).

Segundo Freer (1985), o rastreo pode funcionar como uma prática preventiva e antecipatória dos problemas de saúde dos pacientes idosos.

À semelhança do estudo realizado por Fletcher *et al.* (2002), os rastreios para pessoas idosas têm como principal objectivo avaliar uma lista de indicadores sobre as dimensões: física, mental e social com o intuito de gerir as situações diagnosticadas de uma forma mais eficiente e contextualizada.

Se é verdade que a grande maioria dos idosos é portadora de, pelo menos, uma doença crónica (Ramos *et al.*, 1993) o que é fundamental na velhice é a manutenção da autonomia. Desta forma a capacidade funcional surge como um novo paradigma de saúde (Fillenbaum, 1984; Kane, 1981). O envelhecimento saudável passa a ser resultante da interacção multidisciplinar entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência económica. Assim, o bem – estar na velhice, ou saúde num sentido amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso (Ramos, 2001).

Compreende-se assim que a prática do rastreo de necessidades a pessoas idosas se alicerce na aplicação de um questionário de forma a serem recolhidas informações sobre: ambiente social, actividades de vida diária, problemas sensoriais, de mobilidade e sintomas físicos que incluem, a condição mental, continência e uso de medicamentos.

Deste modo, os instrumentos a serem utilizados neste tipo de estudos de epidemiologia descritiva tendem a ser instrumentos genéricos (McDowell e Newell, 1996) devido a permitirem uma comparação entre categorias e, subsequentemente, avaliar o tipo de cuidados de que o indivíduo necessita (McDowell e Newell, 1996).

Nesta linha de pensamento foram desenvolvidos protocolos recorrendo a instrumentos validados em estudos anteriores, tendo como particularidade a existência de pontos de corte onde é feita a distinção de “livre de risco” em contraponto com a existência de “risco”. A título de exemplo pode-se indicar o protocolo de Mann *et al.* (2004).

### **3. Rastreo Sócio familiar – Escala de Gijón**

No que concerne à avaliação sócio familiar, um instrumento de rastreo geriátrico deverá incluir a análise de três aspectos: a adaptação ambiental; a adaptação pessoal/bem-estar subjectivo e as interações sociais (González *et al.*, 1999).

A consideração do funcionamento social, como acção fundamental para uma avaliação completa é recente, daí não existirem escalas que permitam estudar em toda a sua totalidade a função social (González *et al.*, 1999).

Para alguns autores é preferível o uso de um instrumento para cada dimensão social a analisar, enquanto outros preferem uma avaliação semi-estruturada. Alguns instrumentos existentes sobrepõem o emprego de itens distintos para medir variáveis idênticas. (González *et al.*, 1999).

González *et al.* (1999) testaram a Escala de Gijón quanto à sua fiabilidade e validade com o propósito de criarem um instrumento que medisse a função social de forma constante e válida.

**Tabela I**– Estado da Arte – Escala de Gijón

<b>Autores</b>	<b>Objectivo</b>	<b>Amostra</b>	<b>Natureza (Contexto)</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Tipo de análises</b>	<b>Ponto de corte</b>
<b>VICENTE et al. (1996)</b>	Capacidade de predição do retorno ao domicílio ou institucionalização depois de hospitalização.	N =158 ( $\geq$ 65 anos, $\bar{x}$ = 75 anos, 57,5% mulheres).	Longitudinal (hospitolar)	Escala de avaliação sócio-familiar (EVSF)	Análises diferenciais entre os grupos de retorno ao domicílio e total com o grupo de institucionalização.	Pontos de corte utilizados Completa > 17 Reduzida > 12 (depois de retirar dois iténs)
<b>GARCIA GONZÁLEZ et. Al (1999)</b>	Validação duma escala de avaliação sócio - económica familiar.	N = 1.062 ( $\geq$ 65 anos).	Transversal (Comunitário)	Escala de Gijón	Fiabilidade inter- juizes Consistência Interna Análises de Sensibilidade e especificidade.	Pontos de corte dependentes do objectivo da avaliação 10 / 13 / 15 / 16
<b>CASALS et al. (2005)</b>	Construção de um questionário de avaliação social.	-----	Transversal	Questionário de Avaliação Social (QVSS)	Análise de conteúdo de instrumentos existentes, análise de conteúdo, análise semântica, perfil da amostra, correlação entre respostas do idoso e cuidador, correlações entre as questões da escala e com o perfil do sujeito.	Não existe
<b>GARCIA-CASELLES et al. (2004)</b>	Validar uma versão abreviada da escala de avaliação sócio-familiar de Gijón em pacientes com déficite cognitivo.	N =34 ( $\bar{x}$ =80,2 $\pm$ 7,4 anos), 67,6% mulheres.	Longitudinal (enfermaria)	Versão modificada e abreviada da avaliação sócio-familiar de Gijón	o valor preditivo da SFES para institucionalização definitiva. Qui-quadrado.	$\geq$ 10

O quadro que seguidamente se apresenta enquadra os instrumentos de avaliação do *apoio social* mais utilizados internacionalmente, com versão portuguesa

**Tabela II** Estado da Arte. Instrumentos de avaliação de apoio social

<b>Referência Original Referência Portugal</b>	<b>Constructos</b>	<b>Finalidade</b>	<b>N.º de Itens</b>	<b>Comentários</b>
OARS (Older Americans Resources And Services Program) Versão Portuguesa (Rodrigues, 2007)	Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos	Intervenções comunitárias	O OARS avalia capacidade funcional em cinco áreas fundamentais na qualidade de vida do idoso: recursos sociais, saúde mental, saúde física e actividades de vida diária. A avaliação social é feita com o recurso a 9 questões, aparecendo dissociada da avaliação económica que é feita com o recurso a 16 questões.	A avaliação dos recursos sociais deste instrumento centra-se na quantidade e adequação da interacção social e na disponibilidade de ajuda em caso de doença ou incapacidade.
Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS) (Sherbourne, 1991) Versão Portuguesa FACHADO, <i>et al</i> (2007)	Apoio Social  Avaliação do apoio social estrutural (rede social) e o apoio funcional.	Instrumento para o diagnóstico ou investigação sobre aspectos psicossociais da saúde	O questionário consta de 20 itens que avaliam o apoio social. A avaliação do apoio funcional deste questionário define quatro dimensões: apoio material, apoio emocional, apoio afectivo e interacção social positiva.	Analisa o tamanho da rede social dos indivíduos e as dimensões de apoio emocional, material, afectivo e interacção social positiva.
Questionário de Apoio Social (SSQ) Sarason et al (1983) Versão Portuguesa Moreira <i>et al</i> (2002)	Apoio Social percebido	Intervenções comunitárias	O Questionário é composto por 27 questões, sendo que cada questão solicita uma resposta dividida em duas partes. Na primeira parte, deve ser indicado o número de fontes de suporte social percebido (SSQ-N), na segunda parte, o inquirido deve informar sobre sua satisfação com esse suporte (SSQ-S).	Analisa as fontes de suporte social, extensão da rede social e satisfação do inquirido com o seu suporte social.

Não retirando importância a qualquer um destes instrumentos, mesmo no que diz respeito aos seus resultados ao nível da fiabilidade e validade, entende-se que são instrumentos extensos e com um grau de complexidade na sua aplicação prática que os tornam incompatíveis com a prática de rastreio.

#### 4. Protocolos de Rastreamento com a Escala de Gijón

A escala de avaliação Sócio Familiar de Gijón encontra-se a ser utilizada em Espanha em documentos oficiais cujo objectivo é a realização de uma avaliação integrada do cidadão Idoso. Concretamente no Plano de Atenção ao Paciente Pluripatológico da Andaluzia (2007), que consiste num documento onde se pretende identificar e organizar os cuidados aos pacientes com doenças que não têm cura, com perda gradual de autonomia e possibilidade de possuírem patologias interrelacionadas com repercussões sociais e económicas, a avaliação da área sócio familiar é efectuada com o recurso a esta escala.

Um outro exemplo prende-se com Escalas e Instrumentos de Avaliação Domiciliária reunidos num documento editado pela Generalitat Valenciana.Conselleria de Sanitat (2004) com o propósito de compreender os problemas dos pacientes e aplicar soluções globais utilizando para o efeito um conjunto de instrumentos de avaliação multidimensional. A implementação desta visão na prática assistencial proporciona uma visão global das necessidades de saúde e sociais proporcionando assim uma melhor compreensão e possibilitando uma melhor actuação nos pacientes avaliados.

No âmbito desta tese de mestrado pretende-se que a escala de Gijón posicione o idoso perante um possível risco social.

Segundo Veyret (2007) o risco é “a percepção de um perigo possível, mais ou menos previsível por um grupo social ou por um indivíduo que tenha sido exposto a ele”. Este pode ser definido igualmente como a “representação de um perigo (real ou suposto) que afecta os alvos e que se constitui como indicador de vulnerabilidades.

Veyret (2007) reforça ainda que o risco é fruto da percepção de um indivíduo ou de um grupo social, na medida em que um sujeito, um grupo social ou profissional, uma comunidade ou uma sociedade apreende o risco por meio de representações mentais e passa a conviver com ele por intermédio de práticas específicas. Assim, a percepção do perigo é historicamente determinada.

Para Giddens (2002), o risco moderno é melhor entendido se comparado ao pré-moderno, quando era marcado por causas naturais. Na modernidade, sobretudo no mundo Ocidental, o risco é criado socialmente e conexo ao conceito de perigo, quer os sujeitos estejam ou não conscientes dele. Isso não significa que as sociedades ocidentais estejam mais expostas aos perigos do que as antecessoras. O que se pode dizer é que agora os perigos são

codificados como “riscos”, na medida em que os sujeitos podem exercer algum controlo sobre eles.

Como se vê, o risco não é uma novidade. A novidade está numa sociedade que passa a gerá-lo e a naturalizar a convivência com ele e com as suas consequências. Trata-se, deste modo, de uma sociedade de risco.

Egler (1996) considera o risco social como proveniente de carências sociais que contribuem para uma degradação das condições de vida da sociedade. Esta degradação poderá centrar-se nas condições de habitabilidade, de rendimento, de acesso a serviços básicos, em suma no desfasamento entre as actuais condições de vida e o mínimo requerido para o desenvolvimento humano.

Esta definição de risco social é contraposta com a de suporte social entendido como um conjunto amplo de benefícios emocionais, informativos e instrumentais através dos quais as interacções e os relacionamentos interpessoais podem promover o bem-estar e a saúde dos indivíduos (Cohen, 1988).

Contudo, se por um lado o suporte social tem capacidade de gerar efeitos benéficos para a saúde física e mental estabelecendo uma relação estreita com o bem-estar (Rodriguez & Cohen, 1998), por outro lado, uma revisão da literatura sobre as questões ligadas ao apoio social mostra que a terminologia utilizada nos diferentes estudos está associada a uma grande diversidade de conceitos e pontos de vista. Assim, para Nunes (1999) o apoio social comporta desde: apoio instrumental e emocional, *feedback*, aconselhamento, interacção positiva, orientação, confiança, socialização, sentimento de pertença, informação, etc.

Vaz Serra (1999) diferencia seis tipos de funções do apoio social nomeadamente: o apoio afectivo que origina a que as pessoas se sintam estimadas e aceites pelos outros, independentemente dos seus defeitos, erros ou limitações, o que contribui para melhorar a auto – estima; apoio emocional que corresponde aos sentimentos de apoio e segurança que a pessoa pode receber e que a ajuda a ultrapassar os problemas; apoio perceptivo no sentido de ajudar o indivíduo a reavaliar o seu problema, a dar-lhe outro significado e a estabelecer objectivos mais realistas; apoio informativo que constitui o conjunto de informações e conselhos que ajudam as pessoas a compreender melhor situações complexas, facilitando a tomada de decisões.

O suporte social pese embora seja uma variável importante nomeadamente para a saúde, entendida segundo OMS (1946) “*como o estado de completo bem-estar físico, social e*

*mental, e não somente a ausência de doença ou enfermidade”*, não reúne uniformidade quanto à maneira de o avaliar, nem é clara a relação existente entre as diversas estratégias e técnicas utilizadas para o avaliar. A variedade destas técnicas reflecte a complexidade da concepção de suporte social. Existem inúmeras técnicas de avaliação que, cada uma por si, resolveu o problema de contemplar o suporte social na sua globalidade (Ribeiro, 1999)

## Parte II - Estudo Empírico

### 5. Objectivos

O objectivo central deste estudo é validar para o contexto português uma escala de avaliação da função social com o propósito de ser inserida num protocolo de rastreio para identificação de pessoas idosas vulneráveis RNAR \_ 75.

#### 5.1. Objectivos específicos

1. Descrever a Escala de Gijon em termos de seu comportamento ao nível da pontuação global, assim como da pontuação dos seus diferentes itens.
2. Analisar as propriedades psicométricas da Escala de Gijón em termos de fiabilidade, sensibilidade e especificidade.
3. Identificar o tipo de contributo que cada item da escala tem na pontuação global da escala.
4. Analisar diferentes cenários sobre os pontos de corte para a Escala de Gijón, e de seguida realizar uma análise acerca dos factores de risco associados significativamente com o facto de se estar (ou não) categorizado em risco social.
5. Identificar para a versão portuguesa da Escala de Gijón o ponto de corte que melhor sirva os interesses no que respeita à classificação dos idosos com 75 ou mais anos em duas categorias dicotómicas “*Sem Risco Social*” ou “*Em Risco Social*”.

## 6. Metodologia

### 6.1. Amostra

Recorreu-se a uma amostra não probabilística por cotas sendo a variável que definiu a cota o local de recolha de dados (Serviço de Apoio Domiciliário / Cuidados de Saúde Primários). Dos 240 idosos que constituíram a amostra, 120 foram recrutados em contexto de Cuidados de Saúde Primários e os restantes 120 em Serviços de Apoio Domiciliário, estando a amostra desta forma distribuída de forma equitativa pelas duas cotas.

A escolha destes dois equipamentos de prestação de serviços para a construção da amostra prendeu-se com o facto de se considerar que não é indiferente do ponto de vista do perfil de risco ser rastreado em contexto de serviços de Apoio Domiciliário ou em serviços de Cuidados de Saúde Primários, pois poderão ter diferentes perfis de risco, sendo que estes dois locais constituem o contexto mais usual na realização de rastreo. A título de exemplo poder-se-ão referir os estudos de Fletcher et. al em 2002, Mann et. al em 2004 no que concerne à metodologia de protocolos de rastreo e o de Garcia González et. al em 1999 de validação da escala Sócio Familiar de Gijón, cujos contextos de recolha de dados foram respectivamente: Cuidados de saúde primários na Grã- Bretanha, Cuidados Geriátricos em Vorarlberg, área rural da Áustria, e Comunitário em Espanha.

Os critérios de inclusão dos idosos na amostra não probabilística por cotas foram os seguintes: utente com idade igual ou superior a 75 anos; serem utilizadores do Centros de Saúde ou Apoio Domiciliário e aquando da aplicação do instrumento de rastreo encontrar-se nesses equipamentos; ter concordado fazê-lo de forma voluntária depois de fornecidos os devidos esclarecimentos acerca do mesmo.

**Tabela III.** Análise descritiva da amostra

	<b>Contexto</b>		<b>Total</b>
	Serv. Comum.	Cuidados Saúde Primários	
	n (%)	n(%)	N(%)
<b>Sexo</b>			
Feminino	70 (29,2)	76 (31,7)	<b>146 (60,8)</b>
Masculino	50 (20,8)	44 (18,3)	<b>94 (39,2)</b>
<b>Idade(anos)<sup>1</sup></b>			
Média (Desvio Padrão)	80,85(0,42)	78,97(0,29)	<b>79,87(0,26)</b>
Mínimo – Máximo	75-94	75-88	<b>75-94</b>
<b>Estado Civil</b>			
Solteiro	7 (3,9)	11 (4,6)	<b>18 (7,5)</b>
Casado	44 (18,4)	56 (23,4)	<b>100 (41,8)</b>
Viúvo	68 (28,1)	49 (20,5)	<b>117 (49)</b>
Separado/Divorciado	1 (0,4)	3 (1,5)	<b>4 (1,7)</b>
<b>Nível Escolaridade</b>			
Nunca frequentou escola	53 (22,1)	21 (8,8)	<b>74 (30,8)</b>
Não completou ensino primário	44 (18,3)	37 (15,4)	<b>81 (33,8)</b>
Ensino primário	19 (7,9)	55 (22,9)	<b>74 (30,8)</b>
Ensino preparatório	3 (1,3)	1 (0,4)	<b>4 (1,7)</b>
Ensino profissional	0	4 (1,7)	<b>4 (1,7)</b>
Ensino universitário	0	2 (0,8)	<b>2 (0,8)</b>
Não respondeu	1 (0,4)	0	<b>1 (0,4)</b>
<b>Com quem vive actualmente</b>			
Sozinho	44(18,6)	44(18,6)	<b>88(37,1)</b>
Irmãos	0	3(1,3)	<b>3(1,3)</b>
Cônjuge	37(15,6)	43(18,1)	<b>80(33,8)</b>
Sobrinhos/parentes próximos	0	2(0,8)	<b>2(0,8)</b>
Filhos	18(7,6)	13(5,5)	<b>31(13,1)</b>
Vizinhos/amigos	0	0	<b>0</b>
Genros/Noras	0	0	<b>0</b>
Netos	0	2(0,8)	<b>2(0,8)</b>
Outros	7(3)	7(3)	<b>14(5,9)</b>
Cônjuge e Filhos	6(2,5)	4(1,7)	<b>10(4,2)</b>
Cônjuge e Netos	1(0,4)	1(0,4)	<b>2(0,8)</b>
Filhos e Genros/Noras	5(2,1)	0	<b>5(2,1)</b>

<sup>1</sup> Dados em termos de estatísticos descritivos de tendência central e dispersão

Dos 240 inquiridos 146 (60,8%) eram mulheres e 94 (39,2%) eram homens. As idades estão compreendidas entre os 75 e os 94 anos sendo a média de idade de 79,87 (dp =0,26). No que respeita ao estado civil, 117 (49%) eram viúvos, havendo contudo uma percentagem significativa de casados (41,8%). Em relação ao nível de escolaridade, a

maioria não frequentou ou não completou o ensino primário (64,6%) contrapondo com os que possuíam o ensino profissional ou universitário que apenas representavam 2,5%.

Relativamente à pergunta de com quem viviam actualmente, os resultados mais significativos correspondem: aos 37,1% que responderam que viviam sozinhos, 33,8% com os cônjuges e 13,1% com os filhos.

## **6.2. Instrumentos**

Realizou-se um estudo no intuito de avaliar as propriedades psicométricas em contexto português da escala Sócio Familiar de Gijón na sua versão original.

Esta validação insere-se num estudo mais amplo com o objectivo último da criação de um protocolo de rastreio para identificação de pessoas idosas vulneráveis (RNAR\_75).

O protocolo de rastreio inclui a avaliação das seguintes dimensões: sócio familiar; cormobilidade; funcionalidade; humor; cognitiva; abuso de idosos e indicadores de risco geriátrico.

De seguida, faz-se uma apresentação da escala de avaliação sócio familiar e algumas referências aos restantes instrumentos no sentido de se ficar com uma visão global do Protocolo RNAR\_75.

A escala de avaliação sócio familiar de Gijón (González *et al.*, 1999) é um instrumento estruturado de avaliação social de pessoas idosas.

Em 1999 González *et al.* analisaram a fiabilidade e validade da escala de Gijón tendo para o efeito realizado um estudo descritivo transversal no contexto de saúde primária. A amostra foi constituída por 1062 indivíduos com idades iguais ou superiores a 65 anos (González *et al.*, 1999).

Não existindo escalas que permitissem estudar a função social na sua totalidade, tornou-se necessário, uma vez desenvolvido um instrumento, proceder à sua avaliação quanto à fiabilidade e validade, antes de se proceder à sua generalização (González *et al.*, 1999).

Da escala constam cinco itens: Situação Familiar, Situação Económica, Habitação, Relações Sociais e Apoio da Rede Social. Em cada item a escala de pontuação vai de 1 a 5 pontos correspondendo o 1 à situação ideal e o 5 correspondendo à situação de indução de maior risco. A pontuação global deriva do somatório das pontuações de cada um dos itens,

sendo que de 5 a 9 está-se perante uma boa e/ou aceitável situação social, de 10 a 14 existe risco social e mais de 15 induz à existência de um problema social (González *et al.*, 1999). A fiabilidade foi avaliada através de entrevista com 2 observadores. Quanto à validade recorreu-se ao contraste entre a pontuação obtida pela escala com o critério de referência que consitiu numa avaliação independente realizada por um profissional em trabalho social (González *et al.*, 1999).

A escala, segundo González, permite a detecção de situações de risco ou de problema social com um grau de fiabilidade alto e de validade aceitável, tornando-se um instrumento útil na prática da assistência social em contexto de saúde primária em pessoas idosas (González *et al.*, 1999). A escala de Gijón é heteroadministrada e dever-se-á (re)avaliar a situação sempre que as condições sociais se alterem ou se suspeite de risco social. (González *et al.*, 1999).

O Índice de Comorbilidade de Charlson (Berkman 1992) analisa a presença simultânea de doenças. A versão adoptada foi a versão original que é constituída por 19 itens dicotómicos: presença de doença em contrapondo com a não presença. Classifica os indivíduos em três grupos: “Ausência de “Comorbilidade”, “Comorbilidade Baixa” e “Comorbilidade Alta”.

A Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage, 1986) (GDS) é o instrumento mais utilizado para o rastreo de depressão em pessoas idosas. A versão original tem 30 ítems, mas têm sido desenvolvidas versões mais breves (15, 10 e 5 itens), destinadas a rastreios e estudos epidemiológicos acerca da depressão. A versão utilizada neste protocolo de rastreo é constituída por 15 itens relativos a sintomas clínicos de depressão clínica, escolhidos da versão original da GDS classificando as pessoas idosas em dois grupos: “Em risco de depressão” e “Sem risco de depressão”.

O Questionário Curto de Pfeiffer (Pfeiffer, 1975) é um teste rápido que permite identificar a possibilidade de existência de deterioração cognitiva. É constituído por 10 itens de resposta verbal, classificando as pessoas idosas em um dos três grupos: “Normal”, “Deterioração Mental Leve Moderada” ou “Deterioração Mental Severa”.

Indicadores de Risco Geriátrico:

Distúrbios Nutricionais – A avaliação é efectuada através do cálculo do Índice de Massa Corporal. Classifica as pessoas idosas “Em risco” (desnutridas, excesso de peso e obesas) e “Sem risco” (Nutridas).

Polifarmácia – Avalia a presença/ausência de polifarmácia nos idosos através de duas questões relativas ao número de medicamentos que tomam. As pessoas idosas que respondem estar a tomar 5 ou mais medicamentos são classificadas “em risco” todas as que tomam menos de 5 são classificadas em “não risco”.

Queda – Avalia a presença/ausência de risco de queda através de três questões dicotómicas (Sim/Não). Classifica as pessoas idosas como “Em risco” e “Sem risco”. A resposta positiva a uma das questões considera a existência de risco de queda.

#### Distúrbios Sensoriais

Avaliação da existência de distúrbios de audição e visão através de uma questão dicotómica para cada uma das dimensões. Classifica os idosos como “Em risco” e “Sem risco”. A resposta positiva às questões implica a existência de distúrbio de audição ou visão.

#### Distúrbios de Sono

Avaliação da existência de distúrbios de sono através de duas questões dicotómicas (sim/não). A resposta positiva numa das questões classifica a pessoa idosa “Em Risco” por sua vez, a resposta negativa nas duas questões classifica-a “Sem Risco”.

O abuso em idosos é avaliado através de três questões que avaliam a agressividade verbal, abuso financeiro e abuso físico. Para além destas três questões contempla 3 indicadores de abuso classificando o idoso como mal tratado ou sem risco de maus-tratos.

A utilização de serviços pela pessoa idosa é avaliada nos últimos 7 dias.

### 6.3. Procedimentos

Iniciámos o estudo com a construção e formatação do Protocolo de Rastreamento para pessoas idosas. Para o efeito seleccionaram-se as escalas e itens discretos procedendo-se no caso da escala de Gijón à sua tradução, tendo-se para o efeito utilizado a técnica da retro tradução, ou seja a escala foi traduzida do Espanhol (Língua de origem) para o Português e novamente do Português para o idioma de origem (Espanhol) tendo as duas versões sido comparadas. Este procedimento foi realizado por um tradutor bilingue com experiência nas duas culturas (Espanhola e Portuguesa), tendo-se desta forma conseguido resolver os diversos tipos de equivalência como sejam: cultural, semântica, técnica, de conteúdo, de critério e a conceptual.

O estudo realizou-se em meio rural utilizando-se os seguintes contextos: contexto de Serviço Comunitário (Centros de Dia e Apoio Domiciliário) e de Cuidados de Saúde Primários (Centros de Saúde).

Esta população foi seleccionada após ter sido obtida autorização da parte das entidades competentes, responsáveis pelos serviços supra mencionados.

Desta feita a recolha de dados foi efectuada quer em sala cedida pelos estabelecimentos de saúde primária e valência de Centro de Dia quer no domicílio das pessoas no caso da valência de Apoio Domiciliário.

Depois de explicitados os objectivos do estudo e da opção livre em não participar no mesmo, todos assinaram o termo de consentimento informado. Os dados recolhidos foram utilizados unicamente para a presente investigação.

Com o propósito de se verificar a dificuldade de aplicabilidade do instrumento de rastreamento e consequentemente da Escala de Avaliação Sócio Familiar de Gijón, realizou-se um pré teste a um grupo de 10 pessoas com características similares às da população alvo. Deste modo, pretendeu-se avaliar a eficácia e precisão das escalas, assim como a sua sequência e encadeamento.

No que concerne à escala de Gijón, o pré teste não induziu a que se fizessem alterações, tendo-se a escala revelado de fácil aplicabilidade e bem situada no que respeita ao encadeamento com as outras escalas e itens inseridos no Protocolo de Rastreamento.

Todos os entrevistadores tiveram formação prévia para a aplicação do protocolo, nomeadamente sobre o conteúdo dos diferentes instrumentos nele inseridos, preenchimento e conhecimento acerca da população alvo de forma a aumentar-se a fiabilidade entre os diferentes entrevistadores (Role – playing metodologia de resolução de problema).

O tempo médio de administração do protocolo foi de 20 a 25 minutos sendo que destes, 3 a 4 minutos se destinaram à escala de Gijón.

O estudo levado a cabo pretendeu essencialmente constatar a fidelidade e a validade do instrumento de avaliação (escala de Gijón) em contexto português.

A fidelidade, propriedade essencial dos instrumentos de medida, designa a precisão e a constância dos resultados que eles fornecem (Fortin, 2003).

Assim foram utilizadas técnicas de avaliação da fiabilidade, validade e consistência interna da escala, bem como as que permitem a identificação de categorias de pessoas relativamente ao risco social.

## 7. Resultados

Em relação aos resultados obtidos começa-se por fazer uma análise global sobre os valores obtidos nas medidas de tendência central e de dispersão. Convém voltar a referir que a escala de Gijón é composta por cinco itens nos quais a pessoa idosa avaliada pode pontuar de 1 a 5 podendo perfazer até um total de 25 valores. Verificou-se que em média num intervalo de pontuação da escala que vai de 5 (situação mais positiva) a 25 (situação mais negativa) as medidas de tendência central se situaram nos seguintes valores: a média em 10,53 similar à obtida no estudo de González (1999) que foi de 10,34, a mediana em 10,49 (metade dos rastreados teve pontuação inferior a 10,49 e outra metade superior a 10,49) e a moda em 10 (pontuação mais registada) de referir que a menor pontuação correspondeu a um valor de 6 valores e o máximo de 17 valores. O desvio padrão enquanto medida de dispersão foi de 2,50004.

De seguida realiza-se uma análise sobre a pontuação total obtida em cada um dos itens da escala de Gijón referindo para cada um a tendência predominante no que respeita ao valor pontuado.

**Tabela IV.** Resultados descritivos dos itens da Escala de Gijon1

Item	Valoração Social				
	1 (Positiva)	2	3	4	5 (Negativa)
A. Situação familiar	43(18,1)	<b>74(31,2)</b>	17(15,6)	10(16,9)	43(18,1)
B Situação económica	7(3,2)	40(18,3)	<b>98(45,0)</b>	68(31,2)	5(2,3)
C Habitação	94(39,3)	<b>125(52,3)</b>	18(7,5)	1(0,4)	1(0,4)
D Relações Sociais	<b>130(54,4)</b>	84(35,1)	22(9,2)	3(1,3)	0(0,0)
E Apoio da rede social	<b>152(63,6)</b>	66(27,6)	20(8,4)	1(0,4)	0(0,0)

<sup>1</sup> Em *Bold* apresenta-se a moda

Relativamente ao item da situação familiar verificou-se que a tendência é para viverem com o cônjuge de similar idade (74 (31,2%)). Contudo, é de referir a existência de um número igual e significativo de idosos que por um lado vivem com a família sem dependência física/psíquica (43 (18.1%)), e por outro vivem sozinhos sem filhos (43 (18.1%)).

No que respeita à situação económica a tendência é dos idosos terem rendimentos que se situam entre o salário mínimo e a pensão do sistema contributivo (98 (45,0%)) Contudo existe um valor significativo de idosos que se situaram entre a pensão do sistema contributivo e a pensão social (68 (31,2%)).

No item referente à situação habitacional a tendência foi para a existência de barreiras arquitectónicas na casa ou na entrada principal de acesso à habitação (125 (52,3%)).

O item das relações sociais teve tendência para pontuar na existência de relações sociais (130 (54,4%)).

Por último, no que respeita ao item de apoio da rede social, a tendência foi para a existência de apoio familiar ou de vizinhos (152 (63,6%)).

Em suma verificou-se que nos cinco itens que a escala de Gijón avalia, tendencialmente as pessoas idosas desta amostra pontuaram como vivendo com o cônjuge de similar idade, com rendimentos que se situam entre o salário mínimo e a pensão do sistema contributivo, em habitações com barreiras arquitectónicas, estabelecendo relações sociais e com o apoio de familiares ou de vizinhos.

### **7.1. Análise da fiabilidade, sensibilidade e especificidade da Escala de Gijón**

A análise da fiabilidade na escala de Gijón permite verificar se itens que a compõem (Situação Familiar; Situação Económica; Habitação; Relações Sociais; Rede Social) medem ou reproduzem o fenómeno em estudo (risco/problema social). Assim a análise da fiabilidade permite que se verifique a consistência interna da escala, ou seja, a consistência dos diferentes itens numa pontuação única.

Nos estudos levados a cabo em Espanha, país de origem da escala, nomeadamente no estudo levado a cabo por González (1999) o índice de consistência interna, medido pelo coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,45. Este valor revelou uma consistência interna baixa, constituindo-se como a maior debilidade da escala na versão espanhola.

No caso da versão portuguesa que se pretende validar o indicador global da consistência, o coeficiente alfa de Cronbach, foi de 0,41 indicando assim uma baixa consistência interna, indo ao encontro do que se havia verificado na versão espanhola.

De seguida analisa-se o contributo de cada item para o valor total da escala.

**Tabela V.** Correlação de cada item com o valor total da escala

Item	Valor médio da escala na ausência do item	Variância da escala na ausência do item	Correlação entre o item e o total dos restantes itens da escala	Percentagem da variabilidade observada em resposta ao item que é explicado pelo resto dos itens	Cronbach's Alpha na ausência do item
<b>A</b> Situação familiar	7,69	3,185	0,230	0,061	0,376
<b>B</b> Situação económica	7,58	4,480	0,215	0,068	0,348
<b>C</b> Habitação	8,83	5,158	0,219	0,098	0,356
<b>D</b> Relações Sociais	8,95	5,107	0,199	0,031	0,365
<b>E</b> Apoio da rede social	9,07	5,037	0,259	0,223	0,334

No que se refere ao valor médio da escala na ausência do item, pode-se concluir pela observação dos resultados que foi o apoio da rede social (9,07) o que mais contribuiu para a diminuição da pontuação ao nível da vulnerabilidade social. Em contra ponto, a situação económica foi o item que apresentou maior contributo para o estabelecimento de vulnerabilidade social tomando-se como comparação os restantes quatro itens.

Analisando a variância da escala na ausência do item verifica-se mais uma vez, que a situação familiar é o item que mais contributo apresentou no que se refere à determinação da vulnerabilidade social dos idosos analisados, uma vez que quando retirado a pontuação final apenas decresceu 3,19 enquanto que por exemplo o item correspondente à habitação apresentou um decréscimo de 5,16.

Verificou-se uma baixa correlação entre os itens analisados isoladamente e a pontuação final da escala, senão vejamos: a correlação entre cada item e o total dos restantes itens da escala variou entre um mínimo de 0,20 e um máximo de 0,26, sendo o item correspondente às relações sociais aquele que menor correlação apresentou com os restantes. No que respeita à capacidade de predição da pontuação final do idoso destacou-se o item da rede de apoio social.

Contudo quando se analisa a consistência retirando qualquer um dos itens verifica-se que

os restantes quatro itens mostram uma consistência global inferior à apresentada pelos cinco itens juntos. Do ponto de vista puramente psicométrico não se mostra recomendável retirar-se nenhum item, de qualquer modo estes resultados indiciam que o risco social é um fenómeno de difícil medida.

Com o propósito de se encontrar um ponto de corte para a escala de Gijón que melhor se adequasse à filosofia do Protocolo de Rastreo para Pessoas Idosas Vulneráveis recorreu-se à elaboração da curva ROC.

De seguida estudam-se os índices de sensibilidade e especificidade da escala para cada um dos potenciais pontos de corte.

**TABELA VI** Sensibilidade e especificidade

Pontuação	Risco/Normal	
	Sensibilidade	Especificidade
18	0,00	100,00
17	6,90	100,00
16	15,50	98,9
15	17,20	97,00
14	22,40	94,00
13	31,00	84,00
12	51,70	71,00
11	63,80	55,00
10	70,70	36,00
9	82,80	25,00
8	87,90	11,00
7	91,40	4,00
5	100,00	0,00

Um dos grandes problemas na definição de pontos de corte em instrumentos de rastreo prende-se com o facto de as variáveis sensibilidade e especificidade serem inversamente proporcionais, ou seja, ao se privilegiar a sensibilidade, detecta-se um maior número de pessoas idosas em risco social dentro da amostra em estudo. Contudo, poder-se-á ter um grande número de falsos positivos (indivíduos que pontuaram em risco social e que com um diagnóstico mais profundo se verifica posteriormente não corresponderem a esta categoria). No sentido de minimizar este inconveniente torna-se necessário valorizar a

especificidade, no entanto ao se ganhar em especificidade pode-se estar a aumentar o número de falsos negativos e deste modo estar a deixar de fora uma grande quantidade de pessoas idosas em risco social.

Pelo exposto parece que o mais correcto seria promover um equilíbrio entre a sensibilidade e a especificidade, não retirando valor a esta ideia, torna-se necessário atender que o ponto de corte duma escala desta natureza é tanto uma tomada de decisão estritamente estatística, como política, tendo em conta principalmente quantas pessoas o sistema de rastreio permite incluir, assim como a associação destes grupos formados com outros indicadores de risco.

No estudo de González (1999), quando analisaram o comportamento da escala para a detecção de risco social mais problema social, versus normalidade, foram identificados quatro pontos de corte. O primeiro na pontuação 10 inclusive (sensibilidade de 84,87% e especificidade 55,27%), o segundo na 13 inclusive (sensibilidade de 42,80 e especificidade 89,86), o terceiro na 15 inclusive (sensibilidade de 20,66% e especificidade 97,61%) e por último na 16 inclusive (sensibilidade de 15,50% e especificidade 99,80%).

No nosso estudo, do ponto de vista estritamente estatístico, a conjugação entre sensibilidade e especificidade possibilita pontos de corte que poderão ir de 11 inclusive a 13 inclusive. Optando-se por um corte de 11 teríamos uma sensibilidade de 63,80% e uma especificidade de 55,00%, no ponto de corte 12 a sensibilidade obtida foi de 51,70% e a especificidade de 71,00% e por último no ponto de corte 13 obteve-se uma sensibilidade de 31,00% e uma especificidade de 84,00%.

A opção de um ponto de corte no caso da validação da escala para o contexto português e tendo em conta que se pretende incluí-la num protocolo de rastreio onde se define risco e não risco, terá em nosso entender de valorizar a questão da especificidade no sentido de se diminuir os falsos positivos. No ponto de corte 13, ficariam identificados na categoria de risco social 19,51% dos idosos da amostra, o que significaria que teriam que ter uma resposta dos serviços sociais por forma a ser realizado um diagnóstico social por um Assistente Social e ser dada uma resposta por parte dos serviços caso se verificasse que se tratava efectivamente de um idoso em risco /problema social. Optar-se pelos outros dois pontos de corte inferiores 12 e 11 respectivamente significava incluir 34,58%, e 49,6% respectivamente, o que seria um número muito elevado e pouco realístico para ser realizada uma avaliação social por parte dos serviços competentes.

**Tabela VII.** Factores de risco associado a vulnerabilidades sociais

<b>Escala de Gijón Normal / Risco Social</b>			
<b>Contexto</b>	0,61 (0,36-1,01)	<b>1,19</b> (0,63-2,26)	<b>Existência de alguém próximo que consuma álcool em excesso ou drogas</b>
<b>Género</b>	0,63 (0,37-1,06)	0,61 (0,33-1,12)	<b>Katz Dicotómico</b>
<b>Idade Idoso/Muito Idoso</b>	<b>2,25</b> (1,34-3,77)	0,77 (0,44-1,35)	<b>Lawton Dicotómico</b>
<b>Soz./Ac.</b>	<b>4,50</b> (2,58-7,83)	<b>2,33</b> (1,32-4,14)	<b>Depressão</b>
<b>Escolaridade</b>	0,88 (0,51-1,49)	1,02 (0,37-2,81) Ou 1,22 (0,74-2,03)	<b>Pfeifer</b>

Efectuou-se o cálculo dos rácios dos produtos cruzados (*odds ratios*) e o seu intervalo de confiança para as variáveis sócio – demográficas.

Encontrou-se um risco associado significativo estatisticamente entre o acontecimento Gijón (Risco social) e o factor idade, sendo respectivamente [OR=2,25; %95 I.C.= 1,34, 3,77].

De igual modo existe um risco associado significativo estatisticamente entre o acontecimento identificado pela escala Gijón (Risco Social) e o factor de coabitar sozinho ou acompanhado, sendo respectivamente [OR=4,50; %95 I.C.= 2,58, 7,83].

Encontrou-se igualmente um risco associado significativo estatisticamente entre o acontecimento identificado pela escala Gijón (Risco social) e o factor de existência de alguém próximo que consuma álcool em excesso, sendo respectivamente [OR=1,19; %95 I.C.= 0,63, 2,26].

Por último verificou-se um risco associado significativo estatisticamente entre o acontecimento identificado pela escala Gijón (Risco Social) e o factor depressão, sendo respectivamente [OR=2,23; %95 I.C.= 1,32, 4,14].

Em jeito de síntese, pode-se concluir existir um conjunto de outros indicadores ao longo do Protocolo de Rastreo para Pessoas Idosas Vulneráveis que indiciam ao risco social, sendo eles: maior idade cronológica, viver sozinho, viver próximo de alguém que consuma álcool e estar deprimido.

## 8. Conclusões

O envelhecimento populacional constitui-se na actualidade como um fenómeno observado mundialmente. Segundo Freitas (2002) enquanto a população geral a nível mundial cresce anualmente a uma taxa de 1,7%, a população acima dos 60 anos aumenta segundo uma taxa de 2,5% ano.

A nível mundial a previsão para 2025 será a existência de 1,2 biliões de pessoas idosas com mais de 60 anos, constituindo o grupo dos muito idosos (com 80 anos ou mais) o grupo etário de maior crescimento (OMS, 2001).

Portugal poderá ter, em Janeiro de 2060, 31 por cento da sua população com mais de 65 anos (contra 17,4 por cento em 2008). E quase 13 em cada cem portugueses terão então 80 ou mais anos (contra 4,2 por cento hoje) – serão mais de 1,4 milhões (Shanches, 2008).

Deste modo, pensa-se estar enquadrada a pertinência de se testar a escala de Gijón como instrumento de rastreio de medida do risco social para pessoas idosas.

### 8.1. Multidimensionalidade da avaliação de risco social

Trivette (1990) indica cinco componentes de suporte social interligados: a componente constitucional (inclui as necessidades e a congruência entre estas e o suporte existente), a componente relacional (estatuto familiar, estatuto profissional, tamanho da rede social, participação em organizações sociais), a componente funcional (suporte disponível, tipo de suporte tais com emocional, informacional, instrumental, material, qualidade de suporte tal como o desejo de apoiar, e a quantidade de suporte), a componente estrutural (proximidade física, frequência de contactos, proximidade psicológica, nível da relação, reciprocidade e consistência) e a componente satisfação (utilidade e ajuda fornecida).

É consensual que a avaliação social e conseqüentemente a avaliação de risco social são constructos multidimensionais, sendo que os diferentes aspectos que fazem parte da dimensão social têm um impacto diferente nos indivíduos ou grupos, originando que haja uma tendência dos diferentes aspectos da dimensão social se comportarem do ponto de vista psicométrico como constructos independentes.

Da análise de resultados sobressai um baixo valor do alfa de Cronbrach. Este poderia indiciar uma desadequação da escala de Gijón para a avaliação do risco social. Contudo,

pensa-se que este baixo valor se deve à própria complexidade e multidimensionalidade do constructo de avaliação do risco social. Atendendo que a escala de Gijón é composta por cinco itens (Situação Familiar, Situação Económica, Habitação, Relações Sociais e Apoio da Rede Social) e que estes medem diferentes dimensões da complexa realidade social, não seria fácil conseguir-se uma homogeneidade interna da escala, havendo sim uma tendência para um comportamento diferenciado entre os diferentes itens comportando-se como constructos independentes.

Não sendo propósito esquecer que em todos os estudos de validação da escala de Gijón o alfa de Cronbrach teve um valor considerado baixo, entende-se que a existência da necessidade premente de se encontrar um instrumento de rastreo que pontue a pessoa idosa *em risco* ou *sem risco social* e que possibilite a criação de prioridades de avaliação social leva a que se justifique a adopção desta escala em programas de rastreo à pessoa idosa.

Outra opção originaria a necessidade de se encontrar um outro instrumento de medida com um grau de coerência interna mais elevado, o que, como já se explicou, não seria fácil, ou optar-se por um instrumento por constructo, o que na metodologia de rastreo seria pouco viável. Naturalmente que se deve utilizar esta escala com a precaução que esta consistência interna nos suscita e ter-se sempre presente que a escala de Gijón é uma escala de rastreo social e não de diagnóstico social. Entenda-se por Diagnóstico Social a compreensão do problema social do cliente, incluindo por um lado a compreensão da natureza do problema em si, das suas causas e dos seus efeitos imediatos, da personalidade do cliente e do seu modo de agir, e, por outro lado, baseia-se numa avaliação da capacidade do cliente em poder resolver o seu problema ou participar na sua solução (Vieira, 1975).

## **8.2. Identificação do ponto de corte na Escala de Gijón por conveniência**

González (1999) ao analisar o comportamento da escala para a detecção de risco social mais problema social, versus normalidade, identificou quatro pontos de corte. O primeiro na pontuação 10 inclusive (sensibilidade de 84,87% e especificidade 55,27%), o segundo na 13 inclusive (sensibilidade de 42,80% e especificidade 89,86%), o terceiro na 15 inclusive (sensibilidade de 20,66% e especificidade 97,61%) e por último na 16 inclusive (sensibilidade de 15,50% e especificidade 99,80%).

No que concerne à opção do ponto de corte, o estudo presente deu prioridade à especificidade pois entendeu-se que o ponto de corte numa escala desta natureza é tanto uma tomada de decisão estritamente estatística, como política, devendo-se privilegiar um equilíbrio entre as pessoas que o sistema de rastreio permite incluir e as pessoas idosas que o sistema de acção social terá capacidade de avaliar, intervindo caso se confirme a existência de vulnerabilidade social.

No ponto de corte escolhido (13 valores) obteve-se uma sensibilidade de 31% e uma especificidade de 84%. A opção de um ponto de corte no caso da validação da escala para o contexto português e tendo em conta que se pretende incluí-la num protocolo de rastreio onde se define risco e não risco, terá em nosso entender de valorizar a questão da especificidade no sentido de se diminuir os falsos positivos. No ponto de corte 13 ficaram identificados na categoria de risco social 19,51% dos idosos da amostra, o que, tratando-se de um programa de rastreio, obrigaria a que os serviços de acção social tivessem que realizar um diagnóstico social e conceber um plano de intervenção social no caso de se confirmar a existência da vulnerabilidade social.

Optar-se pelos outros dois pontos de corte inferiores 12 e 11 respectivamente significava incluir 34,58%, e 49,6% respectivamente, o que seria um número muito elevado e pouco realístico para ser realizada uma avaliação social por parte dos serviços competentes.

### **8.3. Capacidade de Generalização da Escala de Gijón**

Em Espanha, país de origem da Escala de Gijón, esta aparece associada a outras escalas sendo parte integrante em protocolos de avaliação multidimensional da pessoa idosa. Entende-se que a associação encontrada com outras variáveis (maior idade cronológica, viver sozinho, viver próximo de alguém que consuma álcool e estar deprimido), faz sentido do ponto de vista teórico na medida em que não se deve esquecer que o âmbito vasto do social é hoje aceite, indiscutivelmente, como parte importante, tanto para a saúde como para as doenças, ou seja, factor indiscutível quando se pensa em qualidade de vida. Contudo isto não invalida que se continue a discutir o que pode ser considerado como variável social no vasto domínio do social (Berkman, 1984; Bruhn & Philips, 1984; Cassel, 1976; Cobb, 1976; Cohen, 1988; Kaplan, *et al.*, 1977; Taylor, 1990).

Como principais contributos do estudo identificaram-se três ideias principais: a inserção da Escala de Gijón validada para Portugal num instrumento de rastreio para pessoas idosas vulneráveis RNAR\_75; o incentivo e sensibilização para a pertinência da necessidade de aplicação de protocolos de rastreio geriátrico como medida de qualidade e antecipação dos cuidados a prestarem à população geronte; e por último a validação de um instrumento útil à gestão de listas de espera e planificação de serviços sociais gerontológicos.

Atendendo a que a procura de serviços sociais gerontológicos e a oferta dos mesmos actualmente se encontram desequilibrados, havendo um elevado nível de procura que não é satisfeita (aumento das listas de espera), entende-se que procurar soluções de triagem e análise prioritária de casos urge de forma a que os equipamentos sociais nas suas diversas modalidades sirvam quem mais deles necessita.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, W. &. (1952). A consultative HEALTH Center for Older People. *Lancet* , Vol. 2, N.º 1, pp.239-240.
- Baturone, M., & al, e. (2007). *Atención a Pacientes Pluripatológicos: Processo Assistencial Integrado* (2.ª ed.). Sevilha: Consejería de Salud.
- Casals, N., Fábregas, N., Hernández, M., Santaliestra, S., Bosch, J., Navarro, A., et al. (2005). Construcción de un cuestionario de valoración de la salud social de los usuarios en el ámbito sociosanitario. *rev. Esp. Geriatr Gerontol* , Vol. 40, N.º 4, pp. 228-234.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of pysical disease. *Health Psychology* , Vol. 7, N.º 3, pp. 269-297.
- Costa, A. B. (2002). *Exclusões Sociais* (3.ª Edição ed.). Lisboa: Gradiva Publicações, Lda.
- Costa, E. &. (2003, Dezembro). Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). *Revista da UGF* , Vol. 5, N.º 2, p. on line.
- Davies, M. (1997). *Key issues fot nursing: the neel to challenge practice*. (P. Decalmer, & F. Glendenning, Eds.) London: Sage Publications.
- Egler, C. (1996). Risco Ambiental como Critério de Gestão do Território. *Território* , Vol. 1, pp. 31-41.
- Fachado, A. M. (2007). Adaptação Cultural e Validação da Versão Portuguesa: Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (Mos-sss). *Centro de Saúde de Vila Verde e Departamento de Psiquiatria de Ourense* , pp.
- Fillenbaum, G., & Smyer, M. (1981). The development, validity and realibility of the OARS Multidomensial Functional Assessment Questionnaire. *J.Gerontol* , Vol.36, pp. 428-434.
- Fletcher, A. (2002). The MRC Trial of Assessement and Managment of Older People in The Comunity: Objectives, Design and Interventions. *BMC Health Services Research* , Vol. 2, N.º 21, pp. 1472-6963.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Freer, C. (1985). Geriatric screening: a reappraisal of preventive strategies in the care of the elderly. *Journal of Royal College of General Practiitioners* , Vol. 35, pp. 288-290.
- Freer, C. (1990). Screening the Elderly. *British Journal* , Vol. 300, pp. 1447-1448.

- Garcia-Caselles, P. M.-F. (2004). Validation of a modified version of the gijon's social-familial evaluation scale (SFES): The "Barcelona SFES version", for patients with cognitive impairment. *Gerontol* , Vol.9, pp. 201-206.
- Generalitat Valenciana, C. d. (2004). *Escalas e Instrumentos para la Valoración en Atención Domiciliária*. Valencia: Gráficas Marí Montañana.
- Giddens, A. (2002). *Modernidade e Identidade*. (Zahar, Ed.) Rio de Janeiro: Zahar Edições.
- González, J., Palacios, E., García, A., González, D., Calcoya, A., Sanchez, A., et al. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Primaria* , Vol.23, pp. 434-440.
- Jonhson, T. (1991). *Elder mistreatment: deciding who is at risk*. Westport: Greenwoos Press.
- Kane, R. A., & Kane, R. (1981). *Assessing The Elderly: A Practical Guide To Measurement*. Lexington: Lexington Books.
- Keskinoglu, P., & et, a. (2006). The prevalence and risk factors of dementia in elderly population in a low socio-economic region of Izmir, Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics* , Vol. 43, pp. 93-100.
- Lachs, M., & Pillemer, K. Elder Abuse. *Lancet* , Vol.364, pp. 1263.1272.
- Mann, E., Koller, M., Mann, C., Cammen, T., & Steurer, J. (2004). Comprehensive Geriatric Assessement (CGA) IN General Pratic: Resultas from a Pilot Study in Voralberg, Austria. *BMC Geritrics* , pp.4.
- Matsukura, T., Marturano, E., & Oishi, J. (2002). O Questionário de Suporte Social (SSQ): estudos da adaptação para o português. *Rev. Latina-am Enfermagem* , Vol.10, N.º 5, pp. 675-681.
- McDowell, I., & Newell, C. (1996). *Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- Mion, L. (2001). Establising a Case - Finging and Referral System for At - Risk Older Individuals in the Emergency Department Setting: The SIGNET Model. (A. G. Society, Ed.) Vol.49, pp. 1379-1386.
- Mistean, P., Duijnhouwer, E., Prins-Hoekstra, A., Ros, W., & Blaylock, A. (1999). Predictive validity of the BRASS index in screening Patiens with post-discharge problems. *Journal of Advanced Nursing* , Vol. 30, N.º 5, pp.1050-1056.

- Moreira, J., Andrez, M., Moleiro, C., Silva, M., Aguiar, P., & Bernardes, S. (2002). Questionário de Apoio Social (Versão Portuguesa do "Social Support Questionnaire"). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, Vol.13, pp. 55-70.
- Nandini, P. (2004). The identification of Seniors at Risk Screening Tool: Further Evidence of Concurrent and Predictive Validity. *Jags*, Vol.52, pp.290-296.
- Nunes, M. M., & J, C. (1999). Qualidade de vida e diabetes: influência das variáveis psicossociais. *Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Altos Estudos Miguel Torga*.
- Paixão, C., & Reichenheim, M. (2005). Uma Visão sobre Instrumentos de Avaliação do Estado Funcional do Idoso. *Caderno de Saúde Pública*, pp. 7-19.
- Paz, A., Santos, B., & Eidt, O. (2006). Vulnerabilidade e Envelhecimento no Contexto da Saúde. *Acta Paul Enferm*, Vol. 19, N.º 3, pp. 338-342.
- Philips, L., Morrison, E., & Chase, Y. (1990). The QUALCARE Scale: developing an instrument to measure quality of home care. *J. Nurs Stud*, Vol. 27, pp. 61-75.
- Philips, L., Morrison, E., & Chase, Y. (1990). The QUALCARE Scale: testing of a measurement instrument for clinical practice. *J.Nurs Study*, Vol.27, PP. 77-91.
- Ponte, A., & Pais-Ribeiro, J. (2008). Estudo preliminar das propriedades métricas do social support survey. (I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva, & S. Marques, Eds.) *Actas do 7.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, pp. 53-56.
- Rafle, A., & Gray, G. (2007). *Screening Evidence and Practice*. New York: Oxford University Press.
- Ramos, L. (2003). Fatores Determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Caderno de Saúde Pública*, Vol 19, N.º 3, pp. 793-796.
- Ribeiro, J. L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Anásile Psicológica*, Vol.3, N.º 17, pp. 547-558.
- Rodrigues, M. (n.d.). Retrieved 2008, from Valiação Funcional Multidimensional de Idosos: <http://socialgest.terradasideias.net/dlds/avaliacaomultidimensionalemidosos.pdf>.
- Rodriguez, M., & Cohen, S. (1998). Social Suport.
- Sanches, A. (n.d.) *Projeções "servem para que países se prepararem"*. Retrieved Novembro 2, 2008, from Público: <http://www.oi.acidi.gov.pt/modules.php?name=News&file=article&sid=1918>

- Sarason, I., Levine, H., Basham, R., & Sarason, B. R. (1983). *Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire*. University Washington.
- Saúde, M. d. (2004, Junho 8). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. pp. 1-20.
- Saúde, O. M. (1946). *Constituição*. New York: OMS.
- Sherbourne, C., & Stewart, A. (1991). The MOS social support survey. *Social Science Medicine*, Vol. 32, N.º 6, pp.705-714.
- Truelsen, T., Bonita, R., & Jamrozik, K. (2001). Surveillance of Stroke: a global perspective. *Internacional Epidemiological Association*, Vol. 30, pp. 11-16.
- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra.
- Veyret, Y. (2007). *Os riscos: o homem como agressor e vítima do meio ambiente*. São Paulo: Contexto.
- Vicente, I., Miralles, R., Sabartés, O., Esperanza, A., Palleiro, P., Vernhes, M., et al. (1996). Utilidad de una escala de Valoración social como factor predictivo de institucionalización en pacientes ancianos. *Rev. Esp. Geriatr Gerontol*, Vol.31, N.º 5, pp. 291-296.
- Vieira, B. O. (1975). *Serviço Social Processos e Técnicas* (3.ª Edição ed.). Rio de Janeiro, Agir.
- Wang, J., Tseng, H., Chen, K., & al, e. (2007). Development And Testing of Screening Indicators for Psychological Abuse of Older People. *Archives of Phychiatric Nursing*, Vol.21, pp. 40-47.
- Wilson, J., & Jungner, G. (1968). *Principles and practice of screening for disease*. Geneva:Who .
- Work, H. a. (n.d.). *goliath.ecnext.com*. Retrieved 12 09, 2007, from [http://goliath.ecnext.com/free-scripts/document\\_view\\_v3.pl?item\\_id=0199-4343041...](http://goliath.ecnext.com/free-scripts/document_view_v3.pl?item_id=0199-4343041...)

**ANEXO I – Protocolo de Rastreio RNAR\_75**

## CONSENTIMENTO INFORMADO

...

Declaro que fui informado (a) de todos os pormenores em relação ao presente instrumento de avaliação (PROTOCOLO DE RASTREIO PARA PESSOAS IDOSAS  $\geq$  75 ANOS), no âmbito do projecto de investigação Rastreio de Necessidades de Atenção Rápida em Pessoas Idosas ( $\geq$  75 anos) [RNAR\_75].

Tomei conhecimento do tipo, duração e características do referido instrumento, bem como dos objectivos da sua realização. Em relação aos dados obtidos fica assegurada a reserva e o sigilo decorrentes da obrigação de segredo profissional das pessoas que procedem à aplicação do instrumento.

Nestas condições, é de livre vontade que dou consentimento para a realização da avaliação que me foi proposta, e para que os resultados sejam incluídos numa base de dados para posteriores análises.

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

**A****Dados de Identificação**

Dados Sócio/Demográficos

**A1. Sexo**

1. Feminino  
2. Masculino

**A2. Idade**

\_\_\_\_\_ anos

**A3. Estado Civil**

1. Solteiro(a)    2. Casado(a)    3. Viúvo    4. Separ/Divorc.    5. União de Facto

**A4. Nível de Escolaridade**

1. Nunca frequentou a escola    2. Não completou o Ensino Primário    3. Ensino Primário    4. Ensino Preparatório  
5. Ensino Secundário    6. Ensino Profissional    7. Ensino Universitário

**A5. Naturalidade (Concelho)**

\_\_\_\_\_

**A6. Residência (Concelho)**

\_\_\_\_\_

**B****Dados de Identificação**

Caracterização Sócio/Económica do Idoso

**B1. Refira os seus familiares mais directos**

Cônjuge  Filhos  n° \_\_\_\_\_ Netos  n° \_\_\_\_\_ Irmãos  n° \_\_\_\_\_ Sobrinhos  n° \_\_\_\_\_  
Outros (especificar \_\_\_\_\_) n° \_\_\_\_\_ Outros (especificar \_\_\_\_\_) n° \_\_\_\_\_

**B2. Se tem filhos (residência)**

Na mesma freguesia    n° \_\_\_\_\_    No mesmo concelho    n° \_\_\_\_\_  
No mesmo distrito    n° \_\_\_\_\_    Na mesma casa    n° \_\_\_\_\_

**B3. Com quem vive actualmente?**

1. Vive só    2. Irmãos    3. Cônjuge    4. Sobrinhos/Parentes próximos    5. Filhos  
6. Vizinhos/ amigos    7. Genros/Noras    8. Netos    9. Outros (especificar \_\_\_\_\_)

**Como é a sua relação com as pessoas que estão mais próximas de si?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(CODIFICAR RESPOSTA)

Existem frequentemente discussões que resultam em agressões físicas entre os membros da família

Existem frequentemente discussões que resultam em agressões verbais entre os membros da família

Poucas vezes existem discussões entre os membros da família

Não há evidência de conflito entre as pessoas mais próximas da pessoa idosa; existindo um clima de estabilidade entre as membros da família

**B****Dados de Identificação**

Caracterização Sócio/Económica do Idoso

Tem conhecimento de que alguém próximo de si, consuma álcool em excesso ou drogas?

Sim  Não  Qual? álcool  drogas **B4. Quantas pessoas vivem na mesma casa?**

\_\_\_\_\_ pessoas

**B5. No caso de precisar de algum tipo de ajuda, normalmente a quem recorre?**

\_\_\_\_\_

**B6. Origem dos rendimentos (Valor Aproximado)** (*Per capita* - Rendimento do agregado familiar - considerado como as pessoas que vivem na mesma habitação)  
(Ver Respostas B3 e B4)  
(Se não tem rendimentos colocar 0 €)**Grau de Parentesco** Própria pessoa

Pensão de reforma	_____	€
Pensão social	_____	€
Rendimentos próprios	_____	€
Trabalho	_____	€
Subsídios	_____	€
Seguro	_____	€
Outro (especificar _____)		
		Montante (aproximado) _____ €

 Cônjuge

Pensão de reforma	_____	€
Pensão social	_____	€
Rendimentos próprios	_____	€
Trabalho	_____	€
Subsídios	_____	€
Seguro	_____	€
Outro (especificar _____)		
		Montante (aproximado) _____ €

 Filhos

Pensão de reforma	_____	€
Pensão social	_____	€
Rendimentos próprios	_____	€
Trabalho	_____	€
Subsídios	_____	€
Seguro	_____	€
Outro (especificar _____)		
		Montante (aproximado) _____ €

 Outros \_\_\_\_\_

Pensão de reforma	_____	€
Pensão social	_____	€
Rendimentos próprios	_____	€
Trabalho	_____	€
Subsídios	_____	€
Seguro	_____	€
Outro (especificar _____)		
		Montante (aproximado) _____ €

 Outros \_\_\_\_\_

Pensão de reforma	_____	€
Pensão social	_____	€
Rendimentos próprios	_____	€
Trabalho	_____	€
Subsídios	_____	€
Seguro	_____	€
Outro (especificar _____)		
		Montante (aproximado) _____ €

**C****Dados de Identificação**

## Situação Habitacional

**C1. Localização**

1. Localizada na povoação  
 2. Isolada

**C2. Tipo de habitação**

1. Casa unifamiliar  
 2. Apartamento/andar  
 3. Parte de casa  
 4. Alojamentos colectivos e casas de Dormidas  
 5. Barracas  
 6. Tendões/roulotes  
 7. Sem Abrigo  
 8. Outras \_\_\_\_\_

**C3. Regime de Ocupação**

1. Própria  
 2. Arrendada  
 3. Cedida com a presença dos locatários ou donos da casa  
 4. Cedida sem a presença dos locatários ou donos da casa  
 5. "Ocupada"  
 6. Outra \_\_\_\_\_

**C4. Ano de construção**

1. Antes de 1901  
 2. 1901 a 1950  
 3. 1951 a 1980  
 4. 1980 a 2000  
 5. Depois de 2001

**C5. Número de divisões**

1. Até 2 divisões  
 2. 3 divisões  
 3. 4 divisões  
 4. 5 divisões  
 5. Mais de 5 divisões

**C6. Infraestruturas**

- Electricidade  
 Ar condicionado  
 Instalação de gás  
 Frigorífico  
 Água Canalizada  
 Fogão  
 Água quente  
 Televisor  
 Aquecimento  
 Máquinas de lava a roupa  
 Telefone

**C7. Condições de Acessibilidade**

- Barreiras Arquitectónicas  
 Outros problemas de acessibilidade Quais? \_\_\_\_\_

**D<sub>1</sub>**

# Avaliação Funcional

Actividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody<sup>1</sup>

**D1a. Capacidade para usar o telefone:**

- 1. Utiliza o telefone por iniciativa própria; procura e marca números, etc.
- 2. Marca alguns números que conhece bem
- 3. Atende o telefone mas não marca números
- 4. Não usa o telefone

**D1b. Fazer compras:**

- 1. Faz as compras que necessita sozinho
- 2. Compra sozinho pequenas coisas
- 3. Necessita de ser acompanhado para qualquer compra
- 4. Incapaz de fazer compras

**D1c. Preparar refeições:**

- 1. Planeia, prepara e serve refeições adequadas, sozinho
- 2. Prepara refeições adequadas se possuir ingredientes necessários
- 3. Aquece, serve e prepara refeições mas não mantém uma dieta adequada
- 4. Necessita de refeições preparadas e servidas

**D1d. Cuidar da casa:**

- 1. Cuida da casa só ou com ajuda ocasional (exemplo: “trabalho doméstico pesado”)
- 2. Realiza tarefas diárias como lavar a louça ou fazer a cama
- 3. Realiza tarefas domésticas diárias mas não mantém um nível aceitável de limpeza
- 4. Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
- 5. Não participa em nenhuma tarefa doméstica

**D1e. Lavar a roupa:**

- 1. Lava toda a sua roupa
- 2. Lava pequenas peças de roupa
- 3. É incapaz de lavar a sua roupa

**D1f. Modo de transporte:**

- 1. Desloca-se em transportes públicos ou viatura própria
- 2. Não usa transportes públicos, excepto táxi
- 3. Desloca-se em transportes públicos quando acompanhado
- 4. Desloca-se utilizando táxi ou automóvel quando acompanhado por outro
- 5. Incapaz de se deslocar

**D1g. Responsabilidade pela própria medicação:**

- 1. Toma a medicação nas doses e horas correctas
- 2. Toma a medicação se preparada e separada por outros
- 3. É incapaz de tomar a medicação

**D1h. Habilidade para lidar com o dinheiro:**

- 1. Resolve problemas monetários sozinho, como: passar cheques, pagar a renda
- 2. Lida com compras do dia-a-dia mas necessita de ajuda para efectuar compras maiores
- 3. Incapaz de lidar com o dinheiro

**D2a. Lavar-se**

- 1. Toma banho sem necessitar de qualquer ajuda
- 2. Precisa apenas de ajuda para lavar uma parte do corpo
- 3. Precisa de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo, ou para entrar ou sair do banho

**D2b. Vestir-se**

- 1. Escolhe a roupa e veste-se por completo, sem necessitar de ajuda
- 2. Apenas necessita de ajuda para apertar os sapatos
- 3. Precisa de ajuda para escolher a roupa e não se veste por completo

**D2c. Utilizar a sanita**

- 1. Utiliza a sanita, limpa-se e veste a roupa, sem qualquer ajuda. Utiliza o bacio durante a noite e depeja-o de manhã, sem ajuda
- 2. Precisa de ajuda para ir à sanita, para se limpar, para vestir a roupa e para usar o bacio, de noite
- 3. Não consegue utilizar a sanita

**D2d. Mobilizar-se**

- 1. Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se sem ajuda
- 2. Entra e sai da cama e senta-se e levanta-se da cadeira, com ajuda
- 3. Não se levanta da cama

**D2e. Ser continente**

- 1. Controla completamente os esfíncteres, anal e vesical, não tendo perdas
- 2. Tem incontinência ocasional
- 3. É incontinente ou usa sonda vesical, necessitando de vigilância

**D2f. Alimentar-se**

- 1. Come sem qualquer ajuda
- 2. Necessita de ajuda só para cortar os alimentos ou para barrar o pão
- 3. Necessita de ajuda para comer, ou é alimentado parcial ou totalmente, por sonda ou por via endovenosa

**E****Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)**

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. Está satisfeito com a sua vida?                                       | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 2. Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses?                 | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 3. Sente a sua vida vazia?   | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?                                      | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 5. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?                          | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 6. Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal?                  | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?                                | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 8. Sente-se muitas vezes desamparado(a)?                                 | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 9. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?            | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 10. Acha que tem mais dificuldades de memória do que os outros?          | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 11. Pensa que é muito bom estar vivo(a)?                                 | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 12. Sente-se inútil?   | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 13. Sente-se cheio(a) de energia?  | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 14. Sente que para si não há esperança?                                  | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 15. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor do que o (a) senhor(a)? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

**F****Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer (SPMSQ)**

Instruções: Coloque as questões de 1-10 da lista e registe todas as respostas. Apenas faça a questão 4a se a pessoa não tiver telefone.

- Qual é a data de hoje? \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ (mês . dia . ano)
- Que dia da semana é hoje? \_\_\_\_\_
- Qual é o nome deste lugar? \_\_\_\_\_
- Qual é o seu número de telefone? \_\_\_\_\_
- 4a. Qual é a sua morada \_\_\_\_\_
- Quantos anos tem? \_\_\_\_\_
- Quando nasceu? \_\_\_\_\_
- Quem é o Presidente da República actualmente? \_\_\_\_\_
- Quem foi o Presidente anterior? \_\_\_\_\_
- Qual o nome completo da sua mãe? \_\_\_\_\_
- Subtraia 3 a 20 e continue a subtrair menos 3 a cada número novo, até ao mais baixo. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# G

## Indicadores de Risco Geriátrico

### A. Distúrbios Nutricionais

Tem comido pior por falta de apetite?

Sim  Não

Peso \_\_\_\_\_ kg      Altura \_\_\_\_\_ metros      IMC \_\_\_\_\_

Tem perdido ou ganho peso sem razão aparente nos últimos 6 meses?

Sim  Não

Se sim, quanto? \_\_\_\_\_ Kg

#### Avaliação Antropométrica<sup>3</sup>

Peso \_\_\_\_\_ kg      Altura \_\_\_\_\_ metros      IMC \_\_\_\_\_

### B. Polifarmácia

Quantos medicamentos diferentes está a tomar neste momento?

(Incluindo medicamentos venda-livre e suplementos vitamínicos/minerais/herbais)

\_\_\_\_\_

### C. Quedas

Teve alguma queda nos últimos 6 meses?

Sim  Não

Tem medo de cair?

Sim  Não

Se *Sim*, deixou de fazer alguma das suas actividades habituais por causa desse medo?

Sim  Não

### D. Incontinência urinária

Alguma vez teve perda de urina quando não estava a contar?

Sim  Não

Se *Sim*, alguma vez surgiu uma vontade repentina de urinar e não consegui chegar a tempo ao W.C.?

Sim  Não

Alguma vez teve perda de urina quando tossia, ria ou fazia algum esforço?

Sim  Não

### E. Obstipação

Tem problemas de obstipação ("intestino preso")?

Sim  Não

### F. Distúrbios sensoriais

Acha ou sente que tem algum problema de audição?

Sim  Não

Resultado *Teste de Susurro*<sup>4</sup>

Sim  Não

Acha ou sente que tem algum problema de visão?

Sim  Não

Resultado *Teste de Jaeger*<sup>5</sup>

Sim  Não

### F. Distúrbios de Sono

Sente-se sonolento durante o dia?

Sim  Não

Está satisfeito com o seu sono?

Sim  Não

# H

## Índice de Comorbilidade de Charlson<sup>6</sup>

- Enfarte do Miocárdio
- Insuficiência Cardíaca
- Doença Arterial Periférica
- Doença Cerebrovascular
- Demência
- Doença Respiratória Crónica
- Doença do Tecido Conjuntivo
- Úlcera Gastroduodenal
- Hepatopatia Crónica Leve
- Diabetes
- Hemiplegia
- Insuficiência Renal Crónica Moderada/Severa
- Diabetes com Lesão em Órgãos Alvo
- Tumor ou Neoplasia Sólida
- Leucemia
- Linfoma
- Hepatopatia Crónica Moderada/Severa
- Tumor ou Neoplasia
- Sida definida
- \_\_\_\_\_

# I

## Escala de Depressão Geriatria (GDS-4)

Instruções: Coloque as questões de 1-10 da lista e registe todas as respostas. Apenas faça a questão 4a se a pessoa não tiver telefone.

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Está satisfeito com sua vida?                        | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 2. Sente a sua vida vazia?                              | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 3. Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 4. Sente-se feliz a maior parte do tempo?               | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

# J

## Utilização de Serviços (nos últimos 7 dias)

Tratamentos especiais/terapias/Programas

Tratamentos especiais, terapias e programas recebidos ou com duração programada nos últimos 7 dias (ou desde o último contacto se foi durante os últimos 7 dias) e adesão ao esquema programado. Inclui serviços recebidos no domicílio.

### A. Tratamentos de Saúde (exercidos por serviço profissional)

#### Terapias Respiratórias

- Oxigénio
- Nebulizações
- Ventilação Não-Invasiva (BIPAP/ CPAP)

#### Cuidados e Tratamentos

- Úlceras de Pressão
- Úlceras de Perna

**J****Utilização de Serviços** (nos últimos 7 dias)

continuação

Tratamentos especiais/terapias/Programas

Tratamentos especiais, terapias e programas recebidos ou com duração programada nos últimos 7 dias (ou desde o último contacto se foi durante os últimos 7 dias) e adesão ao esquema programado. Inclui serviços recebidos no domicílio.

**A. Tratamentos de Saúde (exercidos por serviço profissional)**

- Feridas Cirúrgicas  
 Escoriações  
 Mudança de sonda vesical  
 Mudança de sonda nasogástrica

**Monitorização e Vigilância de Enfermagem**

- Diurese  
 Tensão Arterial  
 Glicemia Capilar

**Cuidados de Ostomia**

- Traqueostomia  
 Gastrostomia Percutanea  
 Colostomias  
 Nefrostomias

 **Tratamentos Intravenosos** **Transfusões de Sangue** **Tratamentos Programados**

- Diálise  
 Quimioterapia  
 Radioterapia  
 **Programas tratamento álcool/drogas**  
 **Outros** \_\_\_\_\_

**B. Terapias de saúde**

- Fisioterapia  
 Outros \_\_\_\_\_

**C. Serviços Sociais**

- Serviço de Apoio Domiciliário      Nº de horas por semana = \_\_\_\_\_ h  
 Centro de Dia / Convívio  
 Outros \_\_\_\_\_

**L****Avaliação de Violência e Maus Tratos contra a Pessoa Idosa**

1. Neste último ano alguma das pessoas que estão próximas de si gritou consigo sem razão?      Sim  Não
2. Neste último ano alguma das pessoas que estão próximas de si tem usado o seu dinheiro sem ser da sua vontade?      Sim  Não
3. Neste último ano alguma das pessoas que estão próximas de si o empurrou ou bateu?      Sim  Não

# M

## Escala “Gijón” de Avaliação Sócio-familiar no Idoso

### A. Situação familiar

- 1. Vive com a família sem dependência física/psíquica
- 2. Vive com o cônjuge de similar idade
- 3. Vive com a família e/ou cônjuge com algum grau de dependência.
- 4. Vive sozinho mas tem filhos próximos
- 5. Vive sozinho sem filhos

### B. Situação económica<sup>7</sup>

- 1. Mais de 2 salários mínimos
- 2. De 2 salários mínimos até 1 salário mínimo
- 3. Desde ao salário mínimo até à pensão do sistema contributivo
- 4. Desde a pensão do sistema contributivo até à pensão social
- 5. Sem rendimentos ou inferiores aos anteriormente apresentados

### C. Habitação

- 1. Adequada às necessidades
- 2. Barreiras arquitectónicas na casa ou na entrada principal de acesso à habitação (degraus de escadas, portas estreitas, banheira...)
- 3. Humidade, fracas condições de higiene, equipamento inadequado (casa de banho incompleta, ausência de água quente e de aquecimento)
- 4. Ausência de elevador, telefone
- 5. Habitação inadequada (barracas, habitação em ruínas, ausência de equipamentos mínimos)

### D. Relações sociais

- 1. Relações sociais
- 2. Relações sociais só com a família e com os vizinhos
- 3. Relações sociais só com a família ou vizinhos
- 4. Não sai do domicílio, mas recebe visitas
- 5. Não sai do domicílio nem recebe visitas

### E. Apoio de Rede Social

- 1. Com apoio familiar ou de vizinhos
- 2. Voluntariado social, ajuda domiciliária
- 3. Não tem apoio
- 4. Pendente do ingresso numa instituição geriátrica
- 5. Tem cuidados permanentes

# N

## Outros Itens

### Aparência Física

Aspecto descuidado

Sim  Não

Equimoses em diferentes fases de evolução

Sim  Não

### Contacto Serviços de Saúde

Quantas consultas tem por ano com o seu médico?

\_\_\_\_\_ (vezes)

### Obstipação

As suas fezes são duras a maior parte das vezes?

Sim  Não

Faz muito esforço quando está a defecar?

Sim  Não

### Problemas de sono

Tem dificuldade em adormecer ou fica muito tempo acordado durante a noite?

Sim  Não

Se *Sim*, quanto tempo?

\_\_\_\_\_ (horas)

Tem esta dificuldade quantos dias por semana?

\_\_\_\_\_ (dias)

Tem esta dificuldade à mais de seis meses?

Sim  Não

## NOTAS

...

<sup>1</sup> *Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody* aplicada em forma de hetero-relato de capacidade de realização das actividades instrumentais de vida diária, com codificação por parte do entrevistador.

<sup>2</sup> *Índice de Katz* aplicada em forma de hetero-relato de capacidade de realização das actividades básicas de vida diária, com codificação por parte do entrevistador.

### <sup>3</sup> *Avaliação antropométrica*

Peso: apenas com roupa leve (sem sapatos, casacos ou objectos no bolso).

Altura: sem sapatos em posição erecta e pés juntos.

### <sup>4</sup> *Teste Sussurro*

1. O examinador deve ficar atrás das pessoas para evitar que haja leitura de lábios.
2. Colocar-se a uma distância de um braço da pessoa (0,60 cm).
3. Fazer uma expiração profunda e sussurrar uma combinação de 3 números ou letras (ex. 4- A- 6).
4. Se responder correctamente à totalidade da combinação = Positivo.
5. Se responder incorrectamente sussurrar uma segunda combinação com números e letras diferentes.
6. Se responder a 3 das 6 possíveis letras ou números = Negativo

### <sup>5</sup> *Teste Jaeger* (Teste visão curta distância)

1. Colocar o cartão a 35 cm da pessoa.
2. Instruir a pessoas para ler uma linha de cada vez.
3. Capacidade para ler até P6; J3; 20/40 (inclusive) = Positivo.
4. Incapacidade de ler linhas anteriores a P6;J3;20/40 =Negativo.

### <sup>6</sup> *Índice de Comorbilidade de Charlson*

Índice de Comorbilidade de Charlson aplicado de forma hetero-relatada e codificada pelo entrevistador.

#### ENFARTE DO MIOCÁRDIO

deve existir evidência na história clínica, de que o paciente foi hospitalizado por causa dele, ou evidências de que existiram alterações nas enzimas e/ou no ECG - 1

#### INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

deve existir história de dispneia de esforços e/ou sinais de insuficiência cardíaca na exploração física que responderam bem ao tratamento com digitalicos diuréticos ou vasodilatadores. Os pacientes que estejam a fazer estes tratamentos, mas não pudemos constatar que houve melhoria clínica dos sintomas e/ou sinais, não se incluirão como tal - 1

#### DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA

inclui falha intermitente, intervencionados com by-pass arterial periférico, isquémia arterial aguda e aqueles com aneurisma da aorta (torácica ou abdominal de mais de 6 cm de diâmetro - 1

#### DOENÇA CREBROVASCULAR

pacientes com AVC com sequelas mínimas ou AIT (Acidente Isquémico Transitário) - 1

#### DEMÊNCIA

pacientes com evidência na história clínica de deterioração cognitiva crónica - 1

#### DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÓNICA

deve existir evidência na história clínica, na exploração física e no exame complementar de qualquer doença respiratória crónica, incluindo DPCO e asma - 1

#### DOENÇA DO TECIDO CONJUNTIVO

inclui lúpus, pliomiosite, doença mista, polimialgia reumática, artrite células gigantes e artrite reumatóide - 1

#### ÚLCERA GASTRODUODENAL

inclui aqueles que tenham recebido tratamento por úlcera e aqueles que tiverem sangrado por úlceras - 1

#### HEPATOPATIA CRÓNICA LEVE

sem evidência de hipertensão portal, inclui pacientes com hepatite crónica - 1

#### DIABETES

inclui os tratados com insulina ou hipoglicemiantes, mas sem complicações tardias, não se incluirão os tratados unicamente com dieta - 1

#### HEMIPLÉGIA

evidência de hemiplegia ou paraplegia em consequência de um AVC ou outra condição - 2

#### INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA MODERADA/SEVERA

inclui pacientes em diálise, ou com creatininas superiores a 3mg/dl objectivadas de forma repetida e mantida - 2

#### DIABETES COM LESÃO EM ÓRGÃOS ALVO

evidência de retinoptia incluem-se também antecedentes de cetoacidosis ou descompensação hiperosmolar - 2

**TUMOR OU NEOPLASIA SÓLIDA**

inclui pacientes com cancro, mas sem metástases documentadas - 2

**LEUCEMIA**

inclui leucemia mieloide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, outras leucemias crónicas e todas as leucemias agudas - 2

**LINFOMA**

inclui todos os linfomas, waldstrom e mieloma - 2

**HEPATOPATIA CRONICA MODERADA/SEVERA**

com evidencia de hipertensão portal (ascite,varizes esofágicas ou encefalopatia) - 3

**TUMOR OU NEOPLASIA SÓLIDA COM METÁSTASES - 6**

**SIDA DEFINIDA**

não inclui portadores assintomáticos - 6

<sup>7</sup> Dados de apoio para análises do *Item B da Escala de Gijon* (valores em vigor em 2007)

Salário Mínimo Nacional – 403 Euros

Montantes das Pensões

Regime Geral

Carreira Contributiva            Valor da Pensão

Menos de 15 anos ..... 230,16

De 15 a 20 anos ..... 256,72

De 21 a 30 ..... 283,28

Igual ou superior a 31 ..... 354,10

Regime Especial – Actividades Agrícolas – 212,46 Euros

Pensão social – 177,05 Euros