



**INÊS CASTRO
E SÁ**

**PADRÕES TERRITORIAIS DAS DIFICULDADES
MANIFESTADAS PELA POPULAÇÃO COM 65 OU
MAIS ANOS**



**INÊS CASTRO
E SÁ**

**PADRÕES TERRITORIAIS DAS DIFICULDADES
MANIFESTADAS PELA POPULAÇÃO COM 65 OU
MAIS ANOS**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, especialização em Gestão de Equipamentos, realizada sob a orientação científica da Doutora Cristina Sousa Gomes, Equiparada a Professora Auxiliar no Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro e sob a coorientação do Doutor João Lourenço Marques, Equiparado a Professor Auxiliar no Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro.

o júri
presidente

Doutora Margarida de Melo Cerqueira

Equiparada a Professora Adjunta na Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

Doutora Alice Maria Delerue Alvim de Matos

Equiparada a Professora Auxiliar na Universidade do Minho

Doutora Maria Cristina do Nascimento Rodrigues Madeira Almeida de Sousa Gomes

Equiparada a Professora Auxiliar no Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Agradeço aos professores Cristina Sousa Gomes e João Lourenço Marques por todo o apoio, dedicação, rigor e amizade.

Ao Instituto Nacional de Estatística pela disponibilização de dados.

A todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram para a concretização deste estudo.

palavras-chave

Dificuldades; Padrões territoriais das dificuldades; Pessoas idosas.

resumo

Objetivos: Numa sociedade caracterizada pelo envelhecimento populacional é de suma importância a identificação de padrões territoriais que permitam o desenho de políticas de bem-estar mais adequadas para cada território. Para tal, é necessário analisar a heterogeneidade da percepção das dificuldades nas diversas regiões. Este estudo pretende analisar as dificuldades das pessoas com 65 ou mais anos com vista a encontrar algumas diferenças territoriais com base no grupo etário, no tipo e grau de dificuldade, nos rendimentos e nas habilitações.

Metodologia: Trata-se de um estudo exploratório que analisa as dificuldades percebidas pelas pessoas com 65 ou mais anos, tendo por base os dados disponibilizados pelo INE sobre o recenseamento populacional de 2011. Recorre-se à análise multivariada (análise fatorial de componentes principais e análise de clusters) e à análise bivariada de forma a obter os resultados da investigação.

Resultados: Os principais resultados apontam para: i) existência de diferenças quanto à distribuição no território da percepção das dificuldades; ii) a percepção das dificuldades, da incapacidade e da dimensão das dificuldades por parte do grupo etário dos 65 ou mais anos segue um padrão territorial distinto da população em geral; iii) a percepção das dificuldades e a percepção da incapacidade no grupo etário dos 65 ou mais anos apresentam uma mancha no território diferente do padrão do envelhecimento; iv) a incapacidade auditiva e a incapacidade visual embora com um padrão territorial diferente, agregam no mesmo fator a população geral e o grupo etário dos 65 ou mais anos; v) do ponto de vista territorial é possível distinguir cinco clusters quanto à percepção das dificuldades da população portuguesa; vi) os rendimentos e as habilitações contribuem para a diferenciação dos clusters identificados.

Discussão: Os resultados apresentados apoiam a necessidade de reflexão e de pesquisa no âmbito do mapeamento das dificuldades, na medida em que são um importante mecanismo de conhecimento da realidade intra-regional, permitindo a tomada de decisão.

keywords

Difficulties; Territorial patterns of difficulties; Old-aged people.

abstract

Objective: In an ageing society it is quite important to identify territorial patterns that allow the development of welfare policies that are more appropriate for each territory. For this, it is necessary to analyse the heterogeneity of difficulties perception in the territory

This study aims to analyse the difficulties of people aged 65 years and over to find some territorial differences based on age group, type and grade of difficulty, income and qualifications.

Methodology: This is an exploratory research that analyses the difficulties perceived by people aged 65 years and over, based on the data provided by the INE population 2011 Census. Multivariate analysis (Principal component analysis and cluster analysis) and bivariate analysis has been used, in order to enrich the research objectives.

Results: The main outcomes highlights: i) The existence of differences in difficulties perception within the Territory; ii) The perception of the difficulties, disabilities and disabilities grade and number follow a pattern within the people aged 65 or older that it is not the same pattern as the general population; iii) The perception of the difficulties and disabilities within people aged 65 and over show a different shape in the territory than the ageing pattern; iv) The hearing and visual disabilities have a different territorial pattern, however, they combine both the general population and the age group of people aged 65 and over; v) based on the difficulties perception it is possible to distinguish five different clusters within the Portuguese population; vi) income and qualifications contribute to the differentiation of the identified clusters.

Discussion: The presented results support the need for reflection and further research on difficulties mapping, since they provide an important framework to enable the decision-making.



ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	15
1.1. ENVELHECIMENTO E FUNCIONALIDADE	15
1.1.1. ENVELHECIMENTO E VELHICE	15
1.1.2. QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE	18
1.1.3. PARÂMETROS DE MENSURAÇÃO DA FUNCIONALIDADE.....	21
1.2. O ENVELHECIMENTO PORTUGUÊS NO CONTEXTO EUROPEU	24
1.2.1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO	24
1.2.2. ENVELHECIMENTO REGIONAL EM PORTUGAL	27
1.2.3. PARÂMETROS QUE CONTRIBUEM PARA A VARIABILIDADE DO FENÓMENO NAS DIVERSAS ÁREAS TERRITORIAIS.....	29
1.3. SÍNTESE	35
2. A PERCEÇÃO DAS DIFICULDADES DA POPULAÇÃO PORTUGUESA: ANÁLISE DE PADRÕES	37
2.1. METODOLOGIA	37
2.2. PRINCIPAIS INDICADORES DA PERCEÇÃO DAS DIFICULDADES (ANÁLISE FATORIAL DE COMPONENTES PRINCIPAIS)	39
2.3. PADRÕES TERRITORIAIS (ANÁLISE DE CLUSTERS)	55
2.4. ASSOCIAÇÃO ENTRE OS INDICADORES SOCIOECONÓMICOS E OS CLUSTERS (ANÁLISE BIVARIADA).....	60
2.5. SÍNTESE	70
3. CONCLUSÕES.....	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83



ANEXOS

ANEXO 1: QUADRO COM OS SCORES DE CADA CONCELHO EM RELAÇÃO À ANÁLISE FATORIAL DE COMPONENTES PRINCIPAIS E DA ANÁLISE DE CLUSTERS.

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1: PRINCIPAIS MODIFICAÇÕES FÍSICAS DO ENVELHECIMENTO.	17
QUADRO 2: POPULAÇÃO PORTUGUESA SEGUNDO O TIPO DE DIFICULDADE, HOMENS E MULHERES, ANO 2011.	23
QUADRO 3: PERCENTAGEM DE POPULAÇÃO COM 65 OU MAIS ANOS POR PAÍS DA UNIÃO EUROPEIA.	26
QUADRO 4: PROPORÇÃO DE PESSOAS IDOSAS E ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO DISTRIBUÍDOS POR NUTS III.	28
QUADRO 5: TRADIÇÕES POLÍTICAS, ACESSO AOS SERVIÇOS E DESIGUALDADE SOCIAL.	30
QUADRO 6: PERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE SEGUNDO O SEXO, IDADE E TRADIÇÃO POLÍTICA, ANO DE 2004.	32
QUADRO 7: INDICADORES SOCIOECONÓMICOS POR NUTS III, HOMENS E MULHERES, 2011.	34
QUADRO 8: DADOS EXISTENTES SOBRE AS DIFICULDADES DA POPULAÇÃO PORTUGUESA, COM BASE NO CENSO DE 2011.	38
QUADRO 9: LISTAGEM DE ACRÓNIMOS DAS VARIÁVEIS ANALISADAS (AFCP).	40
QUADRO 10: PESOS FATORIAIS DE CADA ITEM NOS 6 FATORES RETIDOS.	43
QUADRO 11: DENOMINAÇÃO DE CADA FATOR.	44
QUADRO 12: MÉDIAS DE CADA CLUSTER RETIDO.	56
QUADRO 13: LISTAGEM DE ACRÓNIMOS DAS VARIÁVEIS ANALISADAS (AB).	60
QUADRO 14: TESTE DA NORMALIDADE DE KOLMOGOROV-SMIRNOV, TESTE DA ANOVA E TESTE KRUSKAL-WALLIS.	61
QUADRO 15: ELEMENTOS DIFERENCIADORES DE CADA INDICADOR SOCIOECONÓMICO CARACTERIZADOR DE CADA CLUSTER.	69



ÍNDICE DE MAPAS

MAPA 1: PERCEÇÃO GLOBAL DAS DIFICULDADES.	46
MAPA 2: PERCEÇÃO DAS DIFICULDADES DA POPULAÇÃO COM 65 OU MAIS ANOS.	48
MAPA 3: PERCEÇÃO DA INCAPACIDADE DA POPULAÇÃO COM 65 OU MAIS ANOS.	49
MAPA 4: DIMENSÃO DAS DIFICULDADES DA POPULAÇÃO COM 65 OU MAIS ANOS.	51
MAPA 5: PERCEÇÃO DA INCAPACIDADE GLOBAL AUDITIVA.	52
MAPA 6: PERCEÇÃO DA INCAPACIDADE GLOBAL VISUAL.	54
MAPA 7: CLUSTERS DA DISTRIBUIÇÃO DAS DIFICULDADES.	59

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: DENDROGRAMA DA ANÁLISE DE CLUSTERS.	55
FIGURA 2: RELAÇÃO DO INDICADOR SOCIOECONÓMICO “POPULAÇÃO COM 65 OU MAIS ANOS” COM OS CINCO CLUSTERS.	61
FIGURA 3: RELAÇÃO DO INDICADOR SOCIOECONÓMICO “PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO COM 65 OU MAIS ANOS” COM OS CINCO CLUSTERS.	62
FIGURA 4: RELAÇÃO DO INDICADOR SOCIOECONÓMICO “PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO COM 65 OU MAIS ANOS SEM QUALIFICAÇÕES” COM OS CINCO CLUSTERS.	63
FIGURA 5: RELAÇÃO DO INDICADOR SOCIOECONÓMICO “PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO COM 65 OU MAIS ANOS COM NÍVEL BAIXO DE QUALIFICAÇÕES” COM OS CINCO CLUSTERS.	63
FIGURA 6: RELAÇÃO DO INDICADOR SOCIOECONÓMICO “PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO COM 65 OU MAIS ANOS COM NÍVEL MÉDIO DE QUALIFICAÇÕES” COM OS CINCO CLUSTERS.	64
FIGURA 7: RELAÇÃO DO INDICADOR SOCIOECONÓMICO “PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO COM 65 OU MAIS ANOS COM NÍVEL ALTO DE QUALIFICAÇÕES” COM OS CINCO CLUSTERS.	64
FIGURA 8: RELAÇÃO DO INDICADOR SOCIOECONÓMICO “PODER DE COMPRA PER CAPITA” COM OS CINCO CLUSTERS.	65
FIGURA 9: RELAÇÃO DO INDICADOR SOCIOECONÓMICO “VALOR MÉDIO DAS PENSÕES DA SS EM EUROS” COM OS CINCO CLUSTERS.	66
FIGURA 10: RELAÇÃO DO INDICADOR SOCIOECONÓMICO “BENEFICIÁRIOS DO RSI DA SS” COM OS CINCO CLUSTERS.	66
FIGURA 11: RELAÇÃO DO INDICADOR SOCIOECONÓMICO “PERCENTAGEM DOS BENEFICIÁRIOS DO RSI RELATIVAMENTE À POPULAÇÃO RESIDENTE” COM OS CINCO CLUSTERS.	67
FIGURA 12: IMAGEM SÍNTESE DOS SEIS MAPAS DA AFCP.	71



LISTA DE ABREVIATURAS

INE	Instituto Nacional de Estatística
NUTS	Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
RA	Regiões Autónomas
RAM	Região Autónoma da Madeira
RAA	Região Autónoma dos Açores
PIB	Produto Interno Bruto
AFCP	Análise Fatorial de Componentes Principais
AC	Análise de Clusters
AB	Análise Bivariada
HM	Homens e Mulheres
SS	Segurança Social
RSI	Rendimento Social de Inserção



INTRODUÇÃO

Segundo Ulysse (1997), no seu estudo publicado em 1997 refere que nos últimos 30 anos o envelhecimento populacional tem desafiado a política social de vários países, levando a uma necessidade de adaptação às novas necessidades geradas pelo acelerado envelhecimento populacional. Entre outras razões o processo de envelhecimento consolidou-se devido à melhoria das condições de vida e ao conseqüente aumento da esperança de vida (Kapteyn, 2010). Tratando-se de um fenómeno multidimensional, que combina aspetos demográficos, médicos, sociológicos, psicológicos e económicos (Blanchet, Debrand, Dourgnon, & Laferrère, 2007) é necessário analisar também a variação e conjugação destas dimensões atendendo ao seu impacto territorial e variação temporal (Kapteyn, 2010). Diversos estudos longitudinais têm sido desenvolvidos pretendendo identificar a variação dos dados obtidos em função da política de cada país (Kapteyn, 2010). Considerando as trajetórias de vida percebe-se que o envelhecimento não tem o mesmo significado para todas as pessoas idosas, este depende de diversos fatores, como o sexo, o nível de escolaridade, o grau de integração em redes familiares, a história de vida e os rendimentos (Ulysse, 1997).

Segundo Börsch-Supan et al. (2005) na Europa o envelhecimento da população e os desafios sociais e económicos para o crescimento e prosperidade estão entre os desafios mais prementes para o século XXI. Este é um continente onde a percentagem de pessoas idosas é elevada, cerca de 17,5%, dados de 2011, tendo aumentado cerca de 3,6% desde o ano de 1991 (Moreira & Gomes, 2014). No entanto, entre os vários países existem diferenças no âmbito da estrutura etária das populações, nos rácios de dependência e nos níveis de fecundidade, da idade da reforma e dos gastos com a saúde (Kapteyn, 2010). Esta variabilidade é caracterizada pela mutabilidade das fronteiras políticas e administrativas dos países europeus nas últimas décadas, pela heterogeneidade política, económica e demográfica do continente e pelo impacto da agitação política que influenciou o comportamento demográfico da população (Avdeev et al., 2011).

Neste sentido, segundo Kapteyn (2010), a noção de que se pode aprender com as comparações internacionais não é nova. Uma vez que as mudanças demográficas convergiram alguma homogeneidade dos comportamentos demográficos, mas persistem dúvidas sobre os reais efeitos do envelhecimento que continuam sem resposta, devido à insuficiência de estudos empíricos precisos sobre as interações complexas entre fatores sociais, económicos e da saúde. (Blanchet et al., 2007). Segundo Espelt et al. (2008), a maioria dos estudos internacionais sobre desigualdades



na saúde não incluem a variável política. Assim, a comparação das políticas de cada país como resposta aos efeitos do envelhecimento em cada área territorial (Blanchet et al., 2007; Espelt et al., 2008), contribui para a procura de soluções que conduzam à mudança do paradigma político permitindo a cidadania e o bem-estar das pessoas idosas (Apóstolo, 2013). Neste sentido, é necessário que os decisores políticos procedam às adaptações dos sistemas nacionais de hoje para as realidades de amanhã (Blanchet et al., 2007), reforçando a necessidade de avaliar o impacto da implementação de políticas em desigualdade social em saúde (Espelt et al., 2008). Procura-se cada vez mais que os cidadãos envelhecidos possam beneficiar de uma vida mais ativa, produtiva, participativa e saudável, contudo atingir estes objetivos traduz-se num grande desafio para as diferentes áreas territoriais (Carneiro, Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012).

Portugal, à semelhança dos restantes países Europeus apresenta um acréscimo da população com 65 ou mais anos e uma diminuição da população ativa (Carneiro et al., 2012; Castro, Martins, & Silva, 2015). A percentagem de pessoas idosas cresceu 5,4% nos últimos 20 anos, passando de 13,6% em 1991 para 19% em 2011 (Moreira & Gomes, 2014). O índice de dependência das pessoas idosas também aumentou, passou de 20,5% em 1991 para 28,8% em 2011 (Moreira & Gomes, 2014). Esta mutação demográfica com consequências sociais, económicas e culturais é resultado dos progressos científicos e técnicos que conduziram a um aumento da esperança de vida, marcada pela diminuição da mortalidade e da fecundidade (Carneiro et al., 2012). Estes aspetos, aliados aos efeitos das migrações, explicam a mudança da estrutura da população, caracterizando o fenómeno do envelhecimento português (C. S. Gomes & Moreira, 2014).

O envelhecimento provoca alterações que se traduzem na condição funcional (Nunes, Ribeiro, Rosado, & Francschini, 2009). O momento em que ocorrem e a forma como são percecionadas, dependem de cada pessoa idosa (Nunes et al., 2009). Assim, a capacidade funcional é entendida como o potencial que as pessoas apresentam para decidir e atuar de forma autónoma e independente, melhorando a sua qualidade de vida (Nunes et al., 2009).

A perceção de qualidade de vida é subjetiva, assim, envelhecer bem é um processo diferenciado e heterogéneo (Carneiro et al., 2012). Cada pessoa é portadora de vivências individuais, uma vez que vive em contextos físicos, sociais e humanos diferenciados (Carneiro et al., 2012). Estes elementos do quotidiano, aliados à perceção e às expectativas sobre a vida, poderão ser determinantes na hora de agir perante as doenças (Almeida, Gutierrez, & Marques, 2012). Neste sentido, não existe apenas uma velhice mas diversas velhices, de acordo com a experiência e trajetórias de vida pessoais que



condicionam também as expectativas de vida (M. C. S. Gomes, 2000). Segundo a Organização Mundial de Saúde, a qualidade de vida é entendida como a perceção que cada indivíduo tem do contexto sociocultural onde está inserido, tendo em atenção os seus objetivos, padrões e expectativas (Almeida et al., 2012). Um aspeto importante que pode interferir na qualidade de vida das pessoas idosas é a perda de autonomia, ao nível psicológico, social e de tomada de decisão (Carneiro et al., 2012). Assim, a incapacidade funcional influencia a possibilidade de envelhecimento bem-sucedido, pois este depende dos recursos que cada pessoa idosa possui para enfrentar as suas dificuldades (Guerra & Caldas, 2010). A incapacidade funcional é avaliada através do relato das dificuldades retratadas pelas pessoas que estão a envelhecer e que expressam a necessidade de ajuda nas atividades básicas de vida diária (ABVD) e/ou nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (Nunes et al., 2009).

Em Portugal, no censo de 2011, foram questionadas pela primeira vez as dificuldades sensoriais, de mobilidade e de comunicação (INE, 2012). Para a inquirição destas dificuldades foi adotado o modelo proposto pelo *Washington Group on Disability Statistics*, que tem por objetivo a produção de dados internacionalmente comparáveis através da criação de uma metodologia de inquirição no âmbito da incapacidade (INE, 2011a; Statistics, 2010). Os dados obtidos neste censo, baseiam-se na autoperceção do grau de dificuldade na realização de atividades que podem afetar os seis domínios de funcionalidade observados (ver, ouvir, andar ou subir degraus, memória ou concentração, tomar banho ou vestir-se sozinho, compreender ou fazer-se compreender) (INE, 2011a). Segundo os mesmos, a dificuldade de andar é a principal limitação das pessoas idosas portuguesas, seguida da dificuldade de visão e da dificuldade de memória (INE, 2012). A avaliação e a otimização dos resultados apurados com o censo permitem a elaboração de políticas ajustadas à realidade das pessoas que estão a envelhecer, possibilitando a participação e a melhoria da qualidade de vida das mesmas (Statistics, 2010).

Complementarmente com a revisão bibliográfica constata-se a carência de estudos significativos relativos ao mapeamento da perceção das dificuldades sentidas pelas pessoas com 65 ou mais anos Portuguesas. É justamente neste domínio de ação que esta dissertação de mestrado se enquadra. Assim, o objetivo deste estudo é analisar a perceção das dificuldades das pessoas com 65 ou mais anos com vista a encontrar as diferenças territoriais com base em algumas características sociodemográficas. A questão de investigação pretende equacionar: i) se existem diferenças na perceção das dificuldades, no âmbito do envelhecimento, nas diversas áreas territoriais e ii) de que



forma se pode verificar a variação das características sociodemográficas da população face às dificuldades manifestadas.

Para dar resposta a esta questão procurou-se: i) analisar o fenómeno do envelhecimento; ii) caracterizar o fenómeno do envelhecimento em Portugal; iii) identificar as dificuldades percebidas pelas pessoas idosas com 65 ou mais anos tendo por base os dados disponibilizados no Instituto Português de Estatística (INE); iv) proceder a comparações no âmbito nacional compreendendo as diversas áreas territoriais tendo por base os grupos etários, o tipo e grau de dificuldade, o rendimento e os níveis habilitacionais; e, v) sistematizar resultados relevantes para a reflexão do que são as dificuldades manifestadas pelas pessoas idosas e quais os padrões territoriais.

Trata-se de um estudo exploratório que analisa as dificuldades percebidas pelas pessoas com 65 ou mais anos. Numa primeira fase recorrer-se-á à análise estatística de dados disponibilizados no Instituto Nacional de Estatística (INE), no EUROSTAT e em diversos estudos. Esta análise incide sobre os dados relativos ao envelhecimento da população e sobre as dificuldades manifestadas pelas mesmas. Por último, proceder-se-á à produção de estatísticas comparáveis no âmbito nacional, recorrendo à análise multivariada (análise fatorial de componentes principais e a análise de *clusters*) e à análise bivariada de forma a obter os resultados desta investigação.

Este estudo está subdividido em três partes essenciais. A primeira diz respeito à revisão da literatura sobre o envelhecimento populacional e as áreas territoriais, permitindo enquadrar a temática em estudos internacionais e em estudos de âmbito nacional. Nesta é apresentada a explicação do fenómeno do envelhecimento, a relação entre o envelhecimento e funcionalidade, a sua variabilidade em função das diversas áreas territoriais e os parâmetros que contribuem para essa variabilidade. No final é apresentada uma síntese da revisão da literatura. Na segunda parte, relacionada com a análise de padrões da perceção das dificuldades da população Portuguesa é apresentada a metodologia, os principais indicadores da perceção das dificuldades (análise fatorial de componentes principais), os padrões territoriais (análise de *clusters*), a associação entre os indicadores socioeconómicos e os clusters (análise bivariada) e a síntese dos resultados. Na terceira e última parte é realizada a interpretação e análise dos resultados, onde se apresenta a discussão, as principais conclusões, as limitações do estudo e as suas implicações para o futuro.



1. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

1.1. Envelhecimento e funcionalidade

1.1.1. Envelhecimento e velhice

Desde a II Guerra Mundial os progressos médicos e a melhoria das condições de vida traduziram-se no envelhecimento da população em todos os países (Santos, Santos, Santos, & Duarte, 2013). Este é um processo complexo e interpretado à luz de diversas perspetivas, no entanto, é um processo normal, gradual, irreversível e universal que ocorre com o passar dos anos (Figueiredo, 2007). Como o número de pessoas idosas aumenta de ano para ano, a análise do processo de envelhecimento constitui um desafio de estudo para os investigadores (Santos et al., 2013). Segundo Fontaine (2000:XI), *“O desafio do século XXI não será dar tempo ao tempo, mas dar qualidade ao tempo”*.

Tratando-se o envelhecimento e a velhice de uma questão temporal, com efeitos individuais, estes conceitos relacionam-se uma vez que o envelhecimento caracteriza-se pela ocorrência de diversas mudanças num indivíduo com o seu término na velhice (Cerqueira, 2010). Este processo quer nas suas estruturas, quer nas suas funções é um processo individual, com modificações físicas, químicas e biológicas e um processo coletivo, com um carácter cultural e social (Tamer & Petriz, 2007).

Para Meneses et al. (2003), o envelhecimento é então compreendido de forma diferente de pessoa para pessoa, este depende da história de cada um, do suporte familiar e do estilo de vida. Assim, deve-se fazer a distinção entre o termo velhice e velhices (Fontaine, 2000). Uma vez que as atitudes durante a velhice resultam dos conhecimentos adquiridos durante a infância, adolescência, na vida adulta e atualidade, que se traduzem na capacidade de responder aos diversos desafios que surgem (Meneses et al., 2013). Havendo desta forma várias velhices e não apenas uma comum a todas as pessoas idosas (Fontaine, 2000).

A genética exerce grande influência no processo de envelhecimento e aliada ao estilo de vida poderá interferir positivamente ou negativamente na saúde, refletindo o bem-estar na fase da velhice (Cerqueira, 2010). A velhice pode então assumir um significado positivo, ligada à felicidade, experiência de vida e à união familiar ou um significado negativo, associado à doença, solidão e tristeza. (Meneses et al., 2013). As diferenças nas habilitações literárias, nas condições económicas e sociais contribuem para a diversidade do envelhecimento, uma vez que níveis mais elevados caracterizam-se como melhor situação de saúde e conseqüente, longevidade (Cerqueira, 2010).



Segundo Tamer & Petriz (2007), não existe consenso sobre o ciclo da velhice, uma vez que as divisões cronológicas muitas vezes não correspondem ao real ciclo vital. Assim, a variabilidade inter e intraindividual é a principal característica do envelhecimento, uma vez que existem processos de envelhecimento com ritmos e naturezas distintas entre as pessoas idosas em que as alterações na dimensão biológica, psicológica e social não são simultâneas (Cerqueira, 2010; Figueiredo, 2007). Esta variabilidade não pode ser definida atendendo só à cronologia, mas tendo em atenção as condições físicas, funcionais e mentais que diferem de indivíduo para indivíduo com a mesma idade (Tamer & Petriz, 2007).

Para Figueiredo (2007) e Fontaine (2000), as causas do envelhecimento são de ordem endógena e exógena. Os mesmos autores referem que as endógenas estão relacionadas com fatores biológicos, ou seja, com o património genético. As exógenas estão relacionadas com o comportamento de cada pessoa e com o meio onde está inserida (Figueiredo, 2007; Fontaine, 2000), uma vez que o estilo de vida adotado, fatores sociais e económicos influenciam o aparecimento de doenças e, consequentemente, a esperança de vida (Cerqueira, 2010).

A recente evolução da ciência levantou a possibilidade de estender o tempo de vida humano (Vincent, 2006). Neste sentido, a velhice é compreendida através da relação entre os aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais (Schneider & Irigaray, 2008). Segundo os mesmos autores, esta relação irá depender do meio em que cada pessoa idosa está inserida, uma vez que as condições políticas, históricas, culturais, geográficas e económicas produzem diferentes perceções.

Cardoso, Santos, Baptista, & Clemente (2012) referem que cronologicamente, a entrada na velhice está associada, frequentemente, à idade regulamentada para uma pessoa se retirar do contexto laboral. Apesar da idade da senescência ser cada vez mais atrasada com a melhoria dos cuidados de saúde, a idade de 65 anos representa o marco na entrada nesta fase (Avdeev et al., 2011). A idade decretada para entrar na velhice “administrativa” não pode ser encarada como a perda de atributos físicos ou psicológicos, uma vez que a definição de pessoa idosa conjuga uma multiplicidade de fatores biológicos, sociais e psicológicos (Cardoso, Santos, Baptista, & Clemente, 2012). Assim, o envelhecimento pode ser encarado como um problema ou como uma oportunidade, caso haja um prolongamento saudável e ativo da idade cronológica das pessoas, pressupondo um processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação social e para a segurança do indivíduo (WHO, 2002).



Envelhecer pressupõe alterações naturais e gradativas ao nível biológico, psicológico e social nos indivíduos (Zimmerman, 2007). O envelhecimento biológico relaciona-se com as alterações progressivas do corpo, verificando-se um aumento gradual do risco de contrair doenças (INE, 2002). O envelhecimento está ligado às funções orgânicas, uma vez que cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida e a capacidade de autorregulação torna-se cada vez menos eficaz (Schneider & Irigaray, 2008). No entanto, a existência de maior risco de contrair doenças e o declínio fisiológico se influenciarem, poderá haver declínio fisiológico sem frequência de doenças (Osório, 2007). O quadro 1 apresenta as principais modificações físicas do processo de envelhecimento biológico, apresentadas por Zimmerman (2007).

Quadro 1: Principais modificações físicas do envelhecimento.

Modificações internas	Modificações externas
<ul style="list-style-type: none">▪ Os ossos endurecem;▪ Os órgãos internos atrofiam-se, reduzindo o seu funcionamento;▪ O cérebro perde neurónios e atrofia-se, tornando-se menos eficiente; o metabolismo fica mais lento;▪ A digestão é mais difícil;▪ A insónia aumenta, assim como a fadiga durante o dia;▪ Diminuição/perda de visão;▪ Diminuição/perda de audição;▪ O endurecimento das artérias e o seu entupimento provocam arteriosclerose;▪ Diminuição do paladar e do olfato.	<ul style="list-style-type: none">▪ As bochechas enrugam-se e embolsam;▪ Aparecem manchas escuras na pele;▪ Diminuição da reprodução celular, perda do tônus da pele, tornando-se mais flácida;▪ Podem surgir verrugas;▪ Alargamento do nariz;▪ Os olhos ficam mais húmidos;▪ Aumento da quantidade de pelos nas orelhas e no nariz;▪ Os ombros ficam mais arredondados;▪ As veias destacam-se sobre a pele dos membros;▪ Encurvamento postural devido a modificações na coluna vertebral;▪ Diminuição da estatura pelo desgaste das vértebras.

Adaptado de Zimmerman (2007).

A componente psicológica do envelhecimento corresponde às alterações psicológicas, bem como à capacidade de autorregulação biológica da pessoa idosa e da sua história de vida (Garcia, 1999 *cit. in* Cerqueira, 2010). As perdas de memória e as dificuldades de raciocínio são algumas das alterações que se podem verificar ao nível psicológico (INE, 2002), bem como as que pode ocorrer no âmbito da inteligência e da personalidade (Fontaine, 2000). Estas podem condicionar a qualidade de vida das pessoas idosas, piorando as suas relações pessoais e com o meio (Santos et al., 2013). No entanto o declínio psicológico pode ser compensado através de exercícios, manipulações externas (Osório, 2007) e pela maior sabedoria que as pessoas idosas podem transmitir (INE, 2002).



Segundo Osório (2007), o envelhecimento é também um processo social, este centra-se sobretudo na alteração de atitudes e mentalidades, resultante da forma como a sociedade encara as pessoas idosas. Nesta fase do ciclo vital é comum verificar a substituição de papéis sociais, uma vez que a pessoa idosa perde alguns deles, como o papel profissional no momento em que entra na reforma (Figueiredo, 2007). Por vezes, são também visíveis situações deficitárias em interações familiares ou sociais levando à exclusão social que condiciona a qualidade de vida de quem esta a envelhecer (INE, 2002).

A componente biológica, psicológica e social do envelhecimento traduziu-se numa grande variabilidade de encarar a velhice, assumindo três tipologias: a normal, a patológica e a bem-sucedida (Fontaine, 2000; Osório, 2007).

A velhice normal, também designada como envelhecimento primário envolve parâmetros aceitáveis para cada fase do ciclo vital (Vincent, 2006). Por sua vez, a velhice patológica diz respeito ao envelhecimento afetado por uma doença (Fontaine, 2000). Segundo o mesmo autor, a velhice bem-sucedida relaciona-se com diversos aspetos como a longevidade, as relações interpessoais, a saúde física e mental, a produtividade e a autonomia.

Para Meneses et al. (2013), a perceção da pessoa idosa em relação à velhice bem-sucedida relaciona-se com o seu bem-estar físico e mental. Assim, a velhice pode ser entendida com um período de liberdade, experiência acumulada e de independência, estando diretamente relacionada com a qualidade de vida (Meneses et al., 2013). Para que as pessoas idosas possam beneficiar de uma vida saudável, ativa e participativa as sociedades têm de se adaptar para atingir este fim (Carneiro et al., 2012).

1.1.2. Qualidade de vida e funcionalidade

Em 1994, a Organização Mundial de Saúde, define a qualidade de vida como uma perceção individual, que cada pessoa assume num determinado contexto sociocultural, em função da sua posição na vida e dos valores em que acredita (Marques, Sánchez, & Vicario, 2014). Este é um conceito amplo e subjetivo que inclui a saúde física e psíquica de cada pessoa, bem como o seu nível de independência, as crenças, as convicções pessoais, a relação com o meio e as relações interpessoais (Marques et al., 2014).



O estudo da qualidade de vida junto das pessoas idosas é recente, uma vez que acompanha o acentuado envelhecimento da população (Marques et al., 2014). Estima-se que cada vez haja mais pessoas idosas e que a sua esperança média de vida aumente, pressupondo-se que a qualidade de vida deste grupo etário, no futuro será superior à das antecedentes gerações (Cardoso et al., 2012). Assim, este conceito é investigado tendo em conta a saúde, as capacidades funcionais, a situação financeira, as relações sociais, a atividade física, o acesso aos serviços de saúde e sociais, a habitação, as oportunidades de aprendizagem e a satisfação com a vida (Schalock & Verdugo, 2003).

Envelhecer é um processo diferenciado e heterogéneo. Este assume um aspeto multidimensional, englobando a satisfação com a vida, a independência, a manutenção das competências sociais e cognitivas, o sentido de segurança e de controlo, a dignidade pessoal (Carneiro et al., 2012) e a perceção com o estado de saúde (Schalock & Verdugo, 2003).

Uma das características da qualidade de vida é a sua subjetividade, podendo por isso variar de pessoa idosa para pessoa idosa independentemente de estar ou não institucionalizada (Santos et al., 2013). Para estes autores, nesta perceção é fundamental a manutenção de programas que promovam o equilíbrio entre o meio familiar, social, psicológico, económico e pessoal, contribuindo para a qualidade de vida das pessoas idosas.

Para uma melhor análise da complexa ligação entre os fatores económicos, sociais, da saúde e as condições que determinam a qualidade de vida das pessoas idosas é necessário analisar estas interações individualmente uma vez que o envelhecimento é um processo dinâmico (Börsch-Supan, Hank, & Jürges, 2005).

De acordo com Marques et al. (2014), as pessoas idosas percecionam qualidade de vida como ter saúde, viver em paz e harmonia, estar satisfeito com a vida, manter-se ocupado, ser feliz, manter as relações interpessoais, possuir bens essenciais, ter conforto e dinheiro. A realização das AIVD é um fator que poderá condicionar a qualidade de vida das pessoas idosas (Santos et al., 2013), assim como a deterioração do estado de saúde influencia de forma negativa a perceção da qualidade de vida junto das mesmas (Marques et al., 2014).

Sousa, Galante & Figueiredo (2003) referem que a qualidade de vida das pessoas idosas está intrinsecamente relacionada com a dependência e com a autonomia. A dependência diz respeito às alterações biológicas, que se traduz em deficiências ou incapacidades, podendo distinguir-se três



tipologias: a estruturada, relacionada com a participação no processo produtivo; a física, caracterizada pela incapacidade funcional em realizar atividades; e a comportamental, induzida socialmente (Baltes & Silvenberg, 1995 *cit. in* Sousa & Galante, 2003). Por sua vez, a autonomia relaciona-se com a capacidade de manter o poder de decisão (Baltes & Silvelberg, 1995 *cit. in* Figueiredo, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, entende-se por funcionalidade a capacidade de participação, de realizar atividades e de exercício de todas as funções do corpo (Leitão, 2004). Esta é uma condição multifatorial estando associada à interação de diversos fatores económicos, epidemiológicos, sociais, demográficos e comportamentais, podendo nesta medida, afetar a qualidade de vida das pessoas idosas (Nunes et al., 2009). Por sua vez, segundo Alves & Machado (2008:1199), *“a incapacidade funcional pode ser definida pela dificuldade ou necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas quotidianas básicas ou mais complexas, necessárias para a vida independente na comunidade e tarefas relacionadas à mobilidade”*. Assim, este conceito inclui deficiências, dificuldades na realização das atividades e na participação (Leitão, 2004). Esta relaciona-se com a dificuldade em desempenhar papéis sociais, nomeadamente, atividades de forma independente relacionadas com a família e o trabalho. (Nagi, 1974 *cit. in* Alves & Machado, 2008).

A ausência de informação sobre a tendência de incapacidade é particularmente relevante em pessoas idosas por dois motivos (Sagardui-Villamor, Guallar-Castillón, García-Ferruelo, Banegas, & Rodríguez-Artejo, 2005): primeiro, porque é nesta faixa etária em que a incapacidade é mais frequente e tem um impacto maior sobre a procura de cuidados de saúde e de serviços sociais, tanto formais como informais (Sagardui-Villamor et al., 2005); segundo, porque o aumento da esperança de vida está a proporcionar a chegada à velhice a pessoas que experimentaram condições de vida muito difíceis (Sagardui-Villamor et al., 2005).

Aos 65 ou mais anos a incidência de incapacidades é sobretudo estudada em função da perceção das dificuldades, onde muitas vezes as pessoas experimentam simultaneamente mais do que um tipo de dificuldades (Cambois, Désesquelles, & Ravaud, 2004). Segundo os mesmos autores, esta situação é mais visível nas pessoas que vivem em condições mais desfavoráveis, como as pessoas idosas que estão acamadas, em que as dificuldades na realização das ABVD e das AIVD são causadas por problemas físicos, sensoriais e/ou cognitivos.



1.1.3. Parâmetros de mensuração da funcionalidade

Com o aumento da população com idades mais avançadas, possibilitado pelos progressos médicos e consequente melhoria das condições de vida, as causas de morte deixam de estar associadas às doenças infectocontagiosas, passando a associar-se às doenças crónico degenerativas e às suas complicações (Paschoal, 2004). O envelhecimento fisiológico e, consequente, aumento das doenças crónico degenerativas contribui para uma maior prevalência de pessoas idosas com incapacidade funcional (Paschoal, 2004). Assim, é primordial perceber quando um indivíduo é considerado dependente, ou seja, quando é que necessita de ajuda para realizar atividades quotidianas (Figueiredo, 2007).

Existem instrumentos de mensuração específicos para traçar o perfil de incapacidade, sendo o relato das ABVD, das AIVD e das de mobilidade os preferidos entre os investigadores (Alves et al., 2008).

A avaliação da autonomia da pessoa idosa em realizar as ABVD pode ser realizada através da escala proposta por Katz et al. (1963), como análise da recuperação ou deterioração da autonomia (Duque, Gruner, Clara, Ermida, & Veríssimo, n.d.; Marín & Casasnovas, 2001). O desempenho e/ou participação de cada indivíduo nas AIVD pode ser avaliado através da escala apresentada por Lawton e Brody (1969) (Marín & Casasnovas, 2001). Os itens são classificados em função da assistência, da qualidade da execução e da iniciativa (Duque et al., n.d.). Estas escalas determinam o grau de dependência de um indivíduo em função da necessidade de ajuda nas ABVD e/ou nas AIVD (Marín & Casasnovas, 2001). As ABVD relacionam-se com a mobilidade, com o alimentar-se, com o vestir-se e com a higiene pessoal e as AIVD com o realizar atividades domésticas, gerir os rendimentos, usar os meios de transporte, realizar compras e gerir a medicação (Figueiredo, 2007). Existem cinco níveis distintos de mensuração do grau de dependência consoante a pontuação obtida: dependência total, dependência grave, dependência moderada, dependência ligeira e, por último, independente (Duque et al., n.d.).

A mobilidade pode ser avaliada através da escala de classificação funcional da marcha proposta por Holden et al. (1986) que estabelece seis categorias de autonomia na marcha: marcha ineficaz, marcha dependente nível II, marcha dependente nível I, marcha dependente com supervisão, marcha independente (superfície plana), e, por último, marcha independente (Duque et al., n.d.).



O crescente número de pessoas com incapacidade na velhice pode pôr em causa não só as políticas e programas concebidos para servir esta população emergente, mas também a própria forma de educar e formar profissionais que trabalham nas áreas de gerontologia e da incapacidade (Doka & Lavin, 2003). Logo o panorama internacional caracterizado pela necessidade de um instrumento de avaliação e mensuração da qualidade de vida, aliada ao aumento da esperança de vida e, conseqüentemente, do envelhecimento populacional contribuiu para que a Organização Mundial de Saúde criasse um instrumento de classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) (Laurenti, 2003). Este tem como objetivo harmonizar e unificar a linguagem, bem como construir um marco para descrever a saúde e os seus estados. (Leitão, 2004). A CIF compreende duas partes, a primeira relacionada com a funcionalidade e com a incapacidade, com dois elementos, as funções e estruturas do corpo e as atividades e participação. A segunda parte diz respeito aos fatores contextuais, tendo também dois elementos, os fatores ambientais e os fatores pessoais (Fontes, Fernandes, & Botelho, 2010; Laurenti, 2003).

A afirmação do envelhecimento populacional levou à necessidade de informações sobre a incapacidade da pessoa idosa (Ravaud, 2014). Assim desde o ano de 1990, têm-se vindo a realizar inquéritos em larga escala que representem a população (Ravaud, 2014). Estes inquéritos, à escala geográfica, devem contemplar comparações e pedidos internacionais, aumentando a representatividade dos dados ao nível local, particularmente para fornecer informações pertinentes para a formulação de políticas de bem-estar (Ravaud, 2014). A investigação sobre a incapacidade deve ter como objetivo a sua redução e até mesmo a sua prevenção, uma vez que esta não pode ser encarrada como um problema pessoal mas social, na medida em que a sociedade tem a responsabilidade de criar condições de participação (Aronson & Mccoll, 1999).

Em Portugal no censo de 2011 foram questionadas pela primeira vez seis domínios de funcionalidade: ver (mesmo usando óculos ou lentes de contacto), ouvir (mesmo usando aparelho auditivo), andar ou subir degraus, tomar banho ou vestir-se sozinho, memória ou concentração, compreender os outros ou fazer-se compreender (INE, 2011a, 2012). Estes domínios foram avaliados em três graus: não tem dificuldade ou tem pouca, tem muita dificuldade e não consegue efetuar a ação, baseando-se os mesmos na autoavaliação, ou seja, no grau de dificuldade que cada pessoa percebe pelo menos há seis meses na realização das ABVD (INE, 2011a).

Segundo os mesmos, cerca de 50% da população com 65 ou mais anos tem dificuldade em realizar pelo menos uma das seis ABVD questionadas, o que perfaz um total de 995 213 pessoas idosas



portuguesas (INE, 2012). A dificuldade em andar ou subir degraus, como se pode verificar no quadro 2 abaixo apresentado, é a principal limitação manifestada pelas pessoas idosas, afetando 700 987, cerca de 34,78% das pessoas idosas com 65 ou mais anos, seguida da dificuldade de ver e da dificuldade de memória ou concentração (INE, 2011b, 2012). A partir dos 75 anos, é notória a incidência e alargamento da tipologia das dificuldades, para além da dificuldade em andar, o aumento da idade abrange as dificuldades em compreender ou fazer-se compreender e o tomar banho ou vestir-se sozinho (INE, 2012).

Segundo dados do censo de 2011, no grupo etário dos 65 ou mais anos, verifica-se entre as mulheres maior prevalência de sofrerem de pelo menos uma dificuldade na realização das atividades diárias em relação aos homens, nomeadamente, as relacionadas com o andar ou subir degraus, ver, memória ou concentração, tomar banho ou vestir-se sozinho (INE, 2012). No entanto os homens têm mais dificuldade em ouvir, compreender os outros ou fazer-se compreender, do que as mulheres (INE, 2012). Em Portugal 22% das pessoas idosas com pelo menos uma dificuldade em realizar as atividades da vida diária residia sozinha, 34,8% na companhia de apenas outras pessoas idosas e 7,1% em instituições de apoio social (INE, 2012).

Quadro 2: População Portuguesa segundo o tipo de dificuldade, homens e mulheres, ano 2011.

Tipo de dificuldade	População total (10562178 habitantes)		Grupo etário dos 65 ou mais anos (2010064 habitantes)		
	Nº de habitantes com dificuldades	% *	Nº de habitantes com dificuldades	% **	%***
Ver	920519	8,72%	508 406	25,29%	55,23%
Ouvir	533202	5,05%	381 592	18,98%	71,57%
Andar ou subir degraus	980000	9,28%	700 987	34,87%	71,53%
Memória ou concentração	655377	6,20%	392 879	19,55%	59,95%
Tomar banho ou vestir-se sozinho	471557	4,46%	365 962	18,21%	77,61%
Compreender os outros ou fazer-se compreender	399889	3,79%	256 211	12,75%	64,07%

Nota: * Em relação à população total; ** Em relação à população total do seu grupo etário; *** Em relação ao número de habitantes com dificuldades.

Adaptado de INE, 2015.



1.2. O envelhecimento Português no contexto Europeu

1.2.1. Envelhecimento demográfico

O envelhecimento demográfico define-se pelo aumento da proporção de pessoas idosas em relação à população total (INE, 2002). Esta tem vindo a aumentar ao nível mundial, sobretudo nos países desenvolvidos devido à diminuição da taxa de fecundidade e ao aumento da esperança média de vida (Carneiro et al., 2012).

Os nascimentos, os óbitos a emigração e a imigração influenciam a evolução da população, no entanto, são afetadas pela distribuição por idade e sexo (Gomes & Moreira, 2014). Assim, observa-se um estreitamento da base da pirâmide etária, com redução dos efetivos jovens e um alargamento do topo, com acréscimo de efetivos de pessoas idosas (Carneiro et al., 2012).

O envelhecimento é um fenómeno demográfico tem consequências para além da demografia (Lutz *et al.*, 2009 *cit. in* Moreira & Gomes, 2014). Neste sentido, a transformação da estrutura etária provoca um conjunto de instabilidades para a sociedade e suas instituições (Osório, 2007). Segundo Fontaine (2000), as consequências são verificadas no plano económico, social, cultural, médico, biológico e psicológico. O mesmo autor refere que: i) economicamente o envelhecimento aumentará o número de reformados; ii) socialmente haverá a necessidade de se adaptar infraestruturas de apoio social; iii) culturalmente, o aumento do tempo de lazer trará profundas alterações na forma de encarar o envelhecimento; e, iv) no âmbito médico, biológico e psicológico o envelhecimento continuará a constituir um objeto de estudo para os investigadores.

Na Europa, o fenómeno do envelhecimento surge devido ao processo de industrialização que possibilitou a melhoria das condições de vida, aumentando a longevidade das pessoas idosas, conduzindo a implementação dos regimes de segurança social (SS) (Cardoso et al., 2012). A evolução do comportamento demográfico da população europeia caracteriza-se pela diminuição da fecundidade e da mortalidade e pelo crescimento da migração internacional (Moreira & Gomes, 2014). Desta conjugação adveio uma modificação no estudo do processo de envelhecimento que se refletiu numa distribuição territorial diferenciada (Avdeev et al., 2011). Segundo Apóstolo (2013), estima-se que até 2060, ou seja, num período de 50 anos, a esperança média de vida aumente em 4,9 anos para as mulheres e 5,2 anos para os homens, aumentando, consequentemente o rácio de dependência das pessoas idosas. Assim, o envelhecimento é um dos



desafios que a Europa enfrenta na atualidade com impacto significativo ao nível económico, social e familiar (Carneiro et al., 2012).

O envelhecimento é então um fenómeno global, mas no entanto existem diferenças entre os países quer seja na velocidade em que se processa este fenómeno, quer na idade em que se dá a entrada na velhice, uma vez que são adotadas políticas diversificadas (Kapteyn, 2010). Em 2011, todos os estados-membros da União Europeia apresentavam transversalmente uma tendência de envelhecimento populacional, embora comportando alguma heterogeneidade no que se refere ao ritmo e intensidade (Moreira & Gomes, 2014). Assim, a compreensão de como as políticas adotadas podem interferir na caracterização do envelhecimento de cada país e a análise de dados relativos a cada um requer um estudo cuidadoso, devido às diferenças entre as instituições e os estilos de cada área territorial (Kapteyn, 2010).

Como se pode verificar, no quadro 3 abaixo apresentado, em 2011 a uniformização demográfica na Europa é evidente, consequência da mortalidade, fecundidade, migração internacional e do envelhecimento (Avdeev et al., 2011). O país mais envelhecido é a Alemanha, com 20,6% de população com 65 ou mais anos, seguido da Itália com 20,3%, da Grécia com 19,3%, de Portugal com 19,1% e da Suécia e Bulgária com 18,5% (Moreira & Gomes, 2014). Os países menos envelhecidos são a Irlanda com 11,5% de população com 65 ou mais anos, seguido da Eslováquia com 12,6%, da Polónia com 13,5%, do Luxemburgo com 13,9%, dos Países Baixos com 15,6% e da França com 16,9% (Moreira & Gomes, 2014).

A alteração da composição da população aumenta a taxa de dependência do grupo etário dos 65 ou mais anos face às gerações mais novas (Kapteyn, 2010). Este aspeto não passou despercebido pelos países que estão a formular políticas com vista a diminuir as consequências do envelhecimento (Kapteyn, 2010). Como os diversos países estão em etapas diferentes no processo de envelhecimento há a possibilidade de uns aprenderem com as experiências dos outros ao projetarem as suas próprias políticas (Kapteyn, 2010).

Os últimos sessenta anos foram assinalados pelos progressos técnicos e científicos que alteraram profundamente a dinâmica populacional portuguesa que de jovem se tornou envelhecida (Moreira & Gomes, 2014). Segundo o censo de 2011, 19% da população são pessoas idosas (INE, 2012). Assim, a estrutura etária da população portuguesa está a sofrer alterações, uma vez que assiste a um gradual aumento do grupo etário dos 65 ou mais anos e uma diminuição da população mais jovem (Soares et al., 2012). Este facto deve-se à diminuição da taxa de natalidade e de mortalidade



ao longo das últimas décadas (Soares et al., 2012), conjugando os efeitos das migrações tanto interna com externa (Gomes & Moreira, 2014), traduzindo-se no envelhecimento da estrutura demográfica portuguesa (Soares et al., 2012).

Quadro 3: Percentagem de população com 65 ou mais anos por país da União Europeia.

	2001	2011	2014
EU-28	15,8	17,5	18,5
Bélgica	16,9	17,1	17,8
Bulgária	16,3	18,5	19,6
Republica Checa	13,9	15,6	17,4
Dinamarca	14,8	16,8	18,2
Alemanha	16,6	20,6	20,8
Estónia	15,2	17,0	18,4
Irlanda	11,2	11,5	12,6
Grécia	16,8	19,3	20,5
Espanha	16,9	17,1	18,1
França	16,1	16,9	18,0
Croácia	*	*	18,4
Itália	18,4	20,3	21,4
Chipre	11,3	12,7	13,9
Letónia	15,2	18,4	19,1
Lituânia	14,1	17,9	18,4
Luxemburgo	13,9	13,9	14,1
Hungria	15,1	16,7	17,5
Malta	12,3	15,5	17,9
Países Baixos	13,6	15,6	17,3
Áustria	15,4	17,6	18,3
Polónia	12,4	13,5	14,9
Portugal	16,4	19,1	19,9
Roménia	13,5	14,9	16,5
Eslovénia	14,1	16,5	17,5
Eslováquia	11,4	12,6	13,5
Finlândia	15,0	17,5	19,4
Suécia	17,2	18,5	19,4
Reino Unido	15,8	16,7	17,5

Nota: * Os dados referentes a estes anos não estão disponíveis no Eurostat.

Adaptado de Eurostat (2015).

Para Moreira & Gomes (2014), a melhoria das condições de saúde e de vida refletiram-se no desenvolvimento do bem-estar da população, que consequentemente aumentou a esperança média de vida. Segundo os mesmos autores, o grupo das pessoas com 65 ou mais anos assistiu a um acréscimo populacional marcante, rondando os 241%. Este fator também é visível no grupo etário com 75 ou mais anos, rondando os 40% (Moreira & Gomes, 2014). Em 2011 em cada 100



habitantes, nove têm mais de 75 anos e cinco mais de 80 anos, aumentando também o índice de dependência em cerca de 29% (Moreira & Gomes, 2014).

1.2.2. Envelhecimento regional em Portugal

Caracterizar as diferenças e as especificidades regionais é primordial para a compreensão do processo de envelhecimento do País (Moreira & Gomes, 2014). Para uma melhor caracterização deste fenómeno em Portugal é fundamental usar o sistema hierárquico da União Europeia para dividir o território económico com vista à recolha e tratamento da informação estatística. Assim, existem três níveis de nomenclaturas de unidades territoriais para fins estatísticos (NUTS): Nível I, principais regiões socioeconómicas; Nível II, regiões de base para a aplicação das políticas regionais; Nível III, pequenas regiões para diagnósticos específicos (EUROSTAT, 2014). Logo, em Portugal temos três NUTS I (Continente, Região Autónoma da Madeira (RAM) e Região Autónoma dos Açores (RAA)), sete NUTS II (Norte, Centro, Lisboa, Alentejo, Algarve, RAM e RAA) e 30 NUTS III (Minho-Lima, Cávado, Ave, grande Porto, Tâmega, Entre Douro e Vouga, Douro, Alto Trás-os-Montes, Baixo Vouga, Baixo Mondego, Pinhal Litoral, Pinhal Interior Norte, Pinhal Interior sul, Dão-Lafões, Serra da Estrela, Beira Interior Norte, Beira Interior Sul, Cova da Beira, Oeste, Grande Lisboa, Península de Setúbal, Médio Tejo, Lezíria do Tejo, Alentejo Litoral, Alto Alentejo, Alentejo Central, Baixo Alentejo, algarve, RAM e RAA) que compreendem os 308 concelhos (Bandeira, 2014a).

No âmbito das NUTS II, segundo o censo de 2011, o Alentejo é a área territorial com maior proporção de pessoas idosas com cerca de 24,2%, seguido do Centro com 22,4% (Moreira & Gomes, 2014). Enquanto a área territorial com a menor proporção de população idosa é a RAA, com cerca de 13,1% (Moreira & Gomes, 2014). Em 2011, 52% das pessoas idosas do Alentejo têm uma idade superior a 75 anos (Moreira & Gomes, 2014). Nas NUTS II mais envelhecidas o índice de dependência é maior (Moreira & Gomes, 2014).

Assim, como se pode verificar no quadro 4 abaixo apresentado, segundo o censo de 2011, no âmbito das NUTS III, com vista à caracterização do fenómeno ao nível local, as áreas territoriais com maior proporção de pessoas idosas são o Pinhal Interior Sul (33,6%), a Serra da Estrela (28,8%) e a Beira Interior Sul (28,7%). Nestas áreas, a proporção de pessoas idosas é superior à dos jovens. O Pinhal Interior Sul é a NUT III Europeia mais envelhecida, surgindo a Serra da Estrela em terceiro lugar, seguida da Beira Interior Sul e da Beira Interior Norte (Castro et al., 2015). Em 2011 apenas



em cinco NUTS III o rácio de pessoas idosas não ultrapassa os 100 jovens, são elas a RAA (73,3%), o Tâmega (81,5%), o Cávado (87%), a RAM (90,7%) e o Ave (95,1%) (Moreira & Gomes, 2014). Segundo os mesmos autores, a dinâmica migratória contribui para a variação do índice de envelhecimento, pois se por um lado o retorno ao país dos emigrantes conduz a um aumento do grupo das pessoas idosas com 85 ou mais anos, por outro lado, a imigração influencia a leitura do envelhecimento de âmbito local.

Quadro 4: Proporção de pessoas idosas e índice de envelhecimento distribuídos por NUTS III.

NUTS II	NUTS III	Proporção de pessoas idosas		Índice de envelhecimento	
		2001 (%)	2011 (%)	2011	
Norte	Minho Lima	20,0	23,1	174,2	113,3
	Cávado	11,8	14,3	87	
	Ave	11,4	14,8	95,1	
	Grande Porto	13,1	16,6	111,4	
	Tâmega	11,8	14,1	81,5	
	Entre Douro e Vouga	12,6	16,4	109,4	
	Douro	20,0	23,2	175,5	
	Alto Trás-os-Montes	22,7	27,9	249,2	
Centro	Baixo Vouga	15,6	18,8	128,2	163,4
	Baixo Mondego	18,7	22,1	173	
	Pinhal Litoral	15,9	19,3	129,3	
	Pinhal Litoral Norte	23,6	26,1	203,4	
	Dão-Lafões	19,7	23,3	169,5	
	Pinhal Interior Sul	31,0	33,6	325,2	
	Serra da Estrela	23,9	28,8	263,1	
	Beira Interior Norte	25,4	28,6	248,9	
	Beira Interior Sul	27,5	28,7	249,6	
	Cova da Beira	21,4	25,2	209	
	Oeste	17,9	20,1	132,6	
	Médio Tejo	20,9	23,9	174,1	
Lisboa	Grande Lisboa	15,8	19,3	119	117,4
	Península de Setúbal	14,3	18,0	113,2	
Alentejo	Alentejo Litoral	21,6	23,9	188,9	178,1
	Alto Alentejo	26,0	27,3	215,5	
	Alentejo Central	22,4	24,4	183,7	
	Baixo Alentejo	24,0	25,2	188,9	
	Lezíria do Tejo	19,8	22,0	150,4	
Algarve	Algarve	18,6	19,5	131,1	131,1
RAA	RAA	13,0	13,1	73,3	73,3
RAM	RAM	13,7	14,9	90,7	90,7

Adaptado de Moreira & Gomes (2014) e INE (2015).



1.2.3. Parâmetros que contribuem para a variabilidade do fenómeno nas diversas áreas territoriais

Identificar as populações idosas vulneráveis e compreender as causas e consequências desta vulnerabilidade é motivo de preocupação humana e uma tarefa primordial da política social (Schröder-butterfill & Marianti, 2013). Para os mesmos autores, esta é o resultado de interações complexas, como o ser exposto a uma ameaça, a materialização dessa mesma ameaça e a ausência de defesa e/ou recursos para lidar com essa ameaça.

Para entender os modos de vida dos Europeus antes e depois da reforma é necessário comparar dados para estudar as diferenças na cultura, nas condições de vida e na política (Börsch-Supan et al., 2005). Neste sentido, para estudar a vulnerabilidade das pessoas idosas há a necessidade de investigar os indivíduos ou subgrupos em várias etapas que permitam compreender tanto as fontes como as consequências de vulnerabilidade (Schröder-butterfill & Marianti, 2013). Assim, é necessário compreender como a diversidade histórica, os contextos culturais e institucionais influenciam o processo de envelhecimento na Europa e as suas complicações para os indivíduos (Börsch-Supan et al., 2005). Segundo Schröder-butterfill et al. (2013), este estudo requer atenção não só para a exposição aos fatores como são criados e distribuídos ao longo do tempo, mas também, para a forma como as pessoas idosas gerem ou não os recursos sociais, materiais e públicos disponíveis para se protegerem(Schröder-butterfill & Marianti, 2013).

Para Kapteyn (2010), o aumento da disponibilidade de dados internacionalmente comparáveis sobre o envelhecimento populacional permite analisar as diferenças internacionais, as necessidades e os resultados. Segundo o mesmo, esta variação é visível entre os países e ao longo do tempo. Assim, as agências científicas e os governos estão a desenvolver diversos estudos em saúde e reforma, através da análise da informação recolhida, com vista a ajudar na melhoria da tomada de decisão política face ao envelhecimento (Kapteyn, 2010).

Como se pode verificar no quadro 5, abaixo apresentado, o impacto de diferentes tradições políticas provoca desigualdades das classes sociais no acesso à saúde reforçando a necessidade de refletir sobre o impacto das políticas públicas (Espelt et al., 2008). Para os mesmos autores, as políticas sociais são o mais importante mecanismo de redistribuição da riqueza do estado, como eles podem aumentar a proteção social e reduzir as desigualdades sociais. Os partidos sociais-democratas, que têm governado por longos períodos após a II Guerra Mundial, têm sido os mais



empenhados em apoios sociais, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde, seguidos das democracias cristãs e, por último, das democracias tardias (Espelt et al., 2008).

A percentagem que cada país disponibiliza do seu produto interno bruto para pensões e outros apoios sociais para pessoas idosas contribui para a diferenciação do fenómeno do envelhecimento entre os diversos países (Kapteyn, 2010). Assim, as desigualdades sociais e financeiras condicionam a longevidade, uma vez que em muitas situações os recursos individuais das pessoas idosas socialmente vulneráveis podem restringir as suas oportunidades (Bungener, 2004).

Quadro 5: Tradições políticas, acesso aos serviços e desigualdade social.

	Social democrática			Democracias cristãs				Democracias tardias	
	Suécia	Dinamarca	Áustria	França	Alemanha	Itália	Holanda	Espanha	Grécia
Poder dos recursos									
▪ Total de anos de governo entre 1946 e 2000 por partidos sociais-democratas)	45	35	31	13	15	10	14	14	15
Estado-Providência									
▪ Total público e privado de despesa em instituições de educação, (%) 2000	6,5	6,7	5,7	6,1	5,3	4,9	4,9	4,9	4,1
▪ Total público de despesa social, % PIB, 2001	28,6	28,9	25,6	28,3	27,2	24,1	21,8	19,9	23,6
Mercado Laboral									
▪ Total de desemprego por população ativa, 2000	5,9	4,5	4,6	9,7	7,9	10,7	2,7	13,9	11,0
▪ Força de trabalho feminino, (%) 2000	48	47	43	46	44	38	43	40	40
Desigualdade de Rendimentos									
▪ Coeficiente de Gini, 2000	24	23	25	27	28	35	25	33	35
▪ Desigualdade de distribuição (rácio de renda p80/p20), 2000	3,4	3,1	3,9	4,0	4,3	6,2	3,6	5,5	6,0
Saúde									
▪ PIB <i>per capita</i> , paridade no poder aquisitivo, 2000	26,91	28,48	26,56	26,35	25,16	25,35	27,32	20,48	16,28

Adaptado de Espelt et al. (2008).

Segundo Kapteyn (2010), na Europa o país que mais gastos apresenta neste setor é a Itália, seguida da Áustria e da França. Para o mesmo autor, as despesas com pensões e outros apoios sociais



representam apenas metade das despesas com o envelhecimento. A outra metade está relacionada com os gastos com a saúde e cuidados a longo prazo, variando estes entre países (Kapteyn, 2010).

O quadro 6 descreve as principais variáveis do estudo para homens e mulheres em função de cada tradição política realizado por Espelt et al., em 2004, a 16 901 indivíduos distribuídos por nove países Europeus. Neste, os homens apresentam uma prevalência de 35,8% de má perceção da saúde enquanto nas mulheres era de 39,5%, esta percentagem é mais acentuada nas mulheres nas democracias tardias, cerca de 45% (Espelt et al., 2008). Segundo os mesmos autores, o predomínio em ter uma doença de longa duração é de 47,1% para os homens e de 50% para as mulheres, sendo semelhante nas diferentes tradições políticas. Estes concluem ainda que a situação perante o emprego e a classe social diferem em função da tradição política e do sexo, verificando-se que a percentagem de mulheres que realizam o trabalho doméstico é superior nas democracias tardias em comparação com as restantes democracias.

Segundo os mesmos as pessoas com menor escolaridade têm uma saúde mais precária. As desigualdades na perceção de saúde são mais evidentes no âmbito das habilitações literárias do que em outras dimensões da vida social (Espelt et al., 2008). As pessoas com um nível educativo superior são mais críticas em relação à sua perceção de saúde (D’Uva, O’Donnell, & Doorslaer, 2008). No entanto, as pessoas com menos habilitações literárias têm menos expectativas e padrões relacionados com a saúde, porque observam uma maior incidência de problemas de saúde no seu meio (D’Uva et al., 2008). Um conjunto de evidências a partir do estudo realizado nos Estados Unidos e em outros países da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) indica que um maior nível de educação tende a estar associado com um menor nível de incapacidade (Lafortune & Balestat, 2007). Os mesmos autores referem que este aspeto é verificado em todas as idades, incluindo a faixa etária dos 65 ou mais anos, no entanto, esta disparidade tende a diminuir em idades mais avançadas.

Conforme foi demonstrado a caracterização da transformação demográfica é afetada por características sociodemográficas, como os grupos etários, o sexo (Moreira & Gomes, 2014), as habilitações literárias (D’Uva et al., 2008), a situação conjugal e o rendimento (Gaymu et al., 2008 *cit. in* Azevedo & Batista, 2014). Em Portugal estas características sociodemográficas também caracterizam a população com 65 ou mais anos, bem como a sua distribuição no território (Azevedo & Batista, 2014).



Cambois et al., (2004) no seu estudo realizado em França verificam que a incapacidade é mais notória nas mulheres do que nos homens, uma vez que a esperança de vida feminina é mais longa. Além deste aspeto, verificou-se que, com a mesma idade, as mulheres sofrem mais dificuldades do que os homens (Cambois et al., 2004). Em todos os países da Europa dos 27 (referente ao ano de 2010) as mulheres apresentam uma maior esperança de vida em relação aos homens, no entanto, vivem proporcionalmente com maior incapacidade (Bandeira, 2014b). Em Portugal a esperança média de vida sem incapacidade é, em 2010, de 76,7 nos homens e de 82,8 nas mulheres (Bandeira, 2014b).

Quadro 6: Perceção do estado de saúde segundo o sexo, idade e tradição política, ano de 2004.

Variáveis	Homens				Mulheres			
	Social democrática %	Democracias cristãs %	Democracias tardias %	Total %	Social democrática %	Democracias cristãs %	Democracias tardias %	Total %
Auto percepção da saúde								
▪ Boa	71,1	63,3	64,9	64,2	67,7	60,8	55,0	60,5
▪ Má	28,9	36,7	35,1	35,8	32,3	39,2	45,0	39,5
Doença de longa duração								
▪ Não	52,9	52,9	52,4	52,9	49,7	50,5	47,9	50,0
▪ Sim	47,1	47,1	47,6	47,1	50,3	49,5	52,1	50,0
Classe social								
▪ Proprietário	15,6	16,5	26,4	18,1	8,3	12,1	24,2	13,6
▪ Trabalhador	84,4	83,5	73,6	81,9	91,7	87,9	75,8	86,4
Nível de educação								
▪ Alto	69,5	63,8	27,4	58,0	64,4	56,5	24,0	52,3
▪ Baixo	30,5	36,2	72,6	42,0	35,6	43,5	76,0	47,7
Grupo etário								
▪ 50 - 59	43,1	42,8	41,0	42,5	47,2	44,7	47,8	45,4
▪ 60 - 69	42,6	42,3	39,3	41,8	36,9	39,2	36,3	38,6
▪ 70 - 74	14,3	14,9	19,7	15,7	15,9	16,1	15,9	16,0
Situação perante o emprego								
▪ Empregado	43,1	36,6	39,0	37,5	36,8	28,8	24,7	28,8
▪ Desempregado	3,7	4,8	3,7	4,5	3,2	3,8	4,3	3,8
▪ Reformado	48,9	53,1	51,0	52,4	48,5	42,4	21,4	39,8
▪ Inválido	2,7	3,6	3,8	3,6	2,7	2,2	2,8	2,3
▪ Doméstico	0,2	0,4	0,4	0,4	6,9	21,0	44,6	23,4
▪ Outro	1,4	1,5	2,1	1,6	1,9	1,8	2,2	1,9

Adaptado de Espelt et al. (2008).



A situação conjugal tem um grande impacto na vida das pessoas, nomeadamente, no grupo etário dos 65 ou mais anos, com implicações no rendimento, na saúde e nos modos de vida (Festy e Rychtarihova, 2008 *cit. in* Azevedo & Batista, 2014). Os homens portugueses do grupo etário dos 65 aos 89 anos são sobretudo casados e a partir dos 90 anos a tendência é para a viuvez. Por sua vez, as mulheres vivenciam a viuvez mais cedo, por volta dos 75 anos, sendo que depois dos 90 anos a tendência é para a existência de mais mulheres solteiras do que viúvas (Azevedo & Batista, 2014).

Como já foi referido, um maior nível educacional pode traduzir uma menor perceção de incapacidade, uma vez que este está, frequentemente, associado a rendimentos mais altos, a padrões mais elevados de bem-estar e a um menor risco de acidentes de trabalho ou de doença, bem como a adoção de hábitos de vida mais saudáveis (Lafortune & Balestat, 2007). Em 2011 a escolaridade dos Portugueses melhorou em relação aos anos anteriores, mesmo na população dos 65 ou mais anos, no entanto é neste grupo etário onde se verifica menor nível de instrução, nomeadamente nas mulheres (Azevedo & Batista, 2014).

As condições financeiras condicionam o acesso ao alojamento, seja individual ou coletivo, bem como as regiões demográficas, traduzindo-se na longevidade das pessoas idosas (Bungener, 2004). Em Portugal, a gestão pública da velhice é contraditória, por um lado existe a necessidade de prolongar a atividade profissional como forma de sustentabilidade da SS, por outro, esta etapa é marcada pela precaridade (Cardoso et al., 2012). De 2001 para 2011, a conjuntura económica aumentou a taxa de desemprego com a deterioração do mercado de trabalho, tendo saído globalmente as mulheres mais prejudicadas do que os homens (Azevedo & Batista, 2014). Ambos os sexos mantêm-se disponíveis para a vida ativa, mesmo depois dos 75 anos apesar da atividade profissional diminuir a partir dos 60 anos nos homens e dos 65 nas mulheres (Azevedo & Batista, 2014).

No quadro 7 abaixo apresentado, estão alguns indicadores socioeconómicos que indicam as sinergias de desenvolvimento das NUTS III Portuguesas, podendo-se constatar que regiões idênticas apresentam semelhante desenvolvimento (Reis, 2009). As três NUTS III que em 2011 apresentam maior poder de compra *per capita* são a Grande Lisboa, o Grande Porto e o Baixo Mondego, por sua vez, as três NUTS III com maior percentagem de população com escolaridade são também a Grande Lisboa, o Grande Porto e o Baixo Vouga (INE, 2011b).



Quadro 7: Indicadores socioeconómicos por NUTS III, homens e mulheres, 2011.

NUTS III	População total			Grupo etário 65 ou mais anos	
	N.º de habitantes	Poder de compra <i>per capita</i>	População com escolaridade (%)	N.º de habitantes	População com escolaridade (%)
Minho Lima	244836	77,5	92,36	56628	75,84
Cávado	410169	85,88	94,81	58667	76,93
Ave	511737	81,15	94,66	75517	76,60
Grande Porto	1287282	111,28	96,24	213533	86,64
Tâmega	550516	67,15	93,20	77356	69,43
Entre Douro e Vouga	274859	84,42	94,94	45093	79,70
Douro	205902	74,08	91,15	47679	73,53
Alto Trás-os-Montes	204381	72,35	89,14	56966	71,07
Baixo Vouga	390822	90,87	95,29	73475	83,63
Baixo Mondego	332326	102,82	93,72	73410	79,55
Pinhal Litoral	260942	94,27	92,78	50387	73,64
Pinhal Litoral Norte	131468	67,42	91,29	34370	75,43
Dão-Lafões	277240	78,05	92,37	64672	76,51
Pinhal Interior Sul	40705	64,44	87,39	13680	69,75
Serra da Estrela	43737	69,82	91,60	12609	78,42
Beira Interior Norte	104417	76,78	90,66	29895	75,70
Beira Interior Sul	75028	86,75	88,92	21541	70,54
Cova da Beira	87869	80,37	90,64	22180	72,19
Oeste	362540	89,51	93,09	72868	76,26
Médio Tejo	220661	86,66	93,62	52663	81,03
Grande Lisboa	2042477	142,41	96,09	373657	88,37
Península de Setúbal	779399	101,09	95,13	140185	83,77
Alentejo Litoral	97925	92,86	86,60	23443	58,06
Alto Alentejo	118410	82,03	87,90	32332	67,40
Alentejo Central	166822	89,62	89,80	40767	69,06
Baixo Alentejo	126692	81,18	87,80	31885	65,10
Lezíria do Tejo	247453	91,26	91,64	54561	73,24
Algarve	451006	96,74	93,41	87769	79,05
R. A. dos Açores	246772	82,35	96,17	32378	85,06
R. A. dos Madeira	267785	85,05	92,80	39898	71,57

Adaptado de INE (2015).



1.3. Síntese

Considerando a bibliografia consultada importa ressaltar:¹

- Os progressos médicos, a melhoria das condições de vida que surgiram após a 2ª Guerra Mundial e a diminuição da taxa de fecundidade conduziram ao envelhecimento populacional. Desta forma o estudo desta problemática constitui um desafio para os investigadores, na medida em que as pessoas não envelhecem todas da mesma forma, havendo variabilidade inter e intraindividual. As causas endógenas e exógenas do envelhecimento relacionam-se com os aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos, sociais e com a sua relação com o meio, ou seja, com as condições políticas, históricas, culturais, geográficas e económicas;

- A velhice pode assumir três tipologias: a normal, a patológica e a bem-sucedida. Estas relacionam-se diretamente com as alterações de âmbito físico, psicológico e social que surgem com o envelhecimento. Biologicamente algumas das principais alterações físicas que ocorrem são a perda da eficiência da atividade cerebral, diminuição ou perda da visão e/ou da audição, atrofiamento dos órgãos e dos ossos, bem como o aumento da fadiga. Psicologicamente assiste-se à perda da memória e às dificuldades de raciocínio. Socialmente à perda e/ou alteração dos papéis sociais e a alteração de atitudes e de mentalidades;

- A qualidade de vida é caracterizada pela subjetividade, na medida em que esta é uma percepção individual, determinada pelo contexto sociocultural, pelos valores e pela posição que cada pessoa assume na vida. Desta forma a realização das ABVD e das AIDV podem condicionar a percepção da qualidade de vida junto das pessoas idosas. Assim, este conceito está intrinsecamente relacionado com a dependência e com a autonomia. A incapacidade é estudada no grupo etário dos 65 ou mais anos em função da percepção das dificuldades;

- A mensuração da funcionalidade das pessoas idosas pode ser realizada através de escalas, de instrumentos para descrever, avaliar e medir a saúde e pela realização de inquéritos. As escalas mais utilizadas pelos investigadores são: i) a ABVD proposta por Katz et al., (1963); ii) a AIVD proposta por Lawton & Brody (1969); iii) a de classificação funcional da marcha proposta por Holden et al., (1986). Os instrumentos relacionam-se com a CIF, que se subdivide em duas partes, a primeira relacionada com a funcionalidade e incapacidade e a segunda com os fatores contextuais. O recenseamento de 2011, realizado em Portugal, compreende um inquérito que permite a mensuração da funcionalidade, na medida em que neste foram questionados pela primeira vez seis

¹ Síntese elaborada tendo por referência os diversos autores citados ao longo do capítulo.



domínios da funcionalidade. Pode constatar-se que a percepção da dificuldade em andar ou subir degraus foi a que mais expressão teve, tanto na população total, como no grupo etário dos 65 ou mais anos;

- O envelhecimento demográfico é caracterizado pelo aumento da proporção das pessoas idosas em relação à população total. Na Europa este processo tem-se vindo a acentuar devido à diminuição das taxas de fecundidade e de mortalidade e com o aumento da esperança média de vida, e com impacto significativo ao nível económico, social e familiar. Este é um fenómeno global, verificando-se, no entanto heterogeneidade em relação ao ritmo e à intensidade em que ocorre. Portugal, em 2011, é o quarto país mais envelhecido da União Europeia;

- O envelhecimento regional em Portugal é caracterizado pelo aumento da proporção das pessoas idosas do recenseamento de 2001 para o de 2011. Em 2011, a NUT II com maior proporção de pessoas idosas é o Alentejo e a com menos é a RAA. No âmbito das NUTS III, o Pinhal Interior Sul apresenta a maior proporção de pessoas idosas no país, é também a NUT III mais envelhecida da Europa. Salienta-se que é no Centro interior que o envelhecimento é intenso, nomeadamente nas NUTS III de Pinhal Interior Norte, Pinhal Interior Sul, Serra da Estrela, Beira Interior Norte, Beira Interior Sul e Cova da Beira embora se dilua em termos das NUTS II emergindo o Alentejo com o índice de envelhecimento mais expressivo;

- O envelhecimento foi-se afirmando por força das dinâmicas demográficas que se estabeleceram, importando analisar as características que contribuem para a variabilidade do fenómeno nas diversas áreas territoriais. Com a revisão da literatura verifica-se que os fatores que podem contribuir para a definição de padrões territoriais relacionam-se com a tradição política que contribui para a desigualdade social, nomeadamente no acesso aos diversos serviços, como o da saúde. As características sociodemográficas como os grupos etários, o sexo, as habilitações literárias, a situação conjugal e o rendimento também podem contribuir para essa heterogeneidade no mapeamento do fenómeno.



2. A PERCEÇÃO DAS DIFICULDADES DA POPULAÇÃO PORTUGUESA: ANÁLISE DE PADRÕES

2.1. Metodologia

O presente estudo é um trabalho exploratório com recurso a uma metodologia quantitativa para a análise dos dados. Foi utilizada a análise multivariada (análise fatorial de componentes principais (AFCP) e análise de clusters (AC)) de modo a extrair as dimensões essenciais da problemática em estudo. A AFCP permitiu extrair as dimensões fundamentais das variáveis iniciais e a AC permitiu encontrar os padrões territoriais. Como forma de verificar a existência de associação entre as variáveis estudadas e alguns indicadores socioeconómicos, procedeu-se, também a análise bivariada (AB).

O objeto deste estudo são os residentes portugueses com 65 ou mais anos segundo o tipo de dificuldades e grau manifestado.

A informação trabalhada compreendeu os dados disponibilizados no censo 2011, sobre a perceção das dificuldades da população portuguesa. Este foi o primeiro censo em que a problemática das dificuldades foi questionada. Para além dos dados disponibilizados no *site*² do INE, também foram disponibilizados os dados referentes à dimensão das dificuldades por nível habilitacional.³

As dificuldades questionadas no censo de 2011 foram: ver, ouvir, memória ou concentração, andar ou subir degraus, tomar banho ou vestir-se sozinho e compreender os outros ou fazer-se compreender. No quadro 8 está representada a informação existente e disponibilizada pelo INE inerente às dificuldades. Todas as variáveis têm informação por concelho e segundo os seis tipos de dificuldades questionadas. Das variáveis apresentadas, foram recolhidas para este estudo, os dados relativos ao total da população para cada uma das dificuldades em função do sexo e do grau de dificuldade. Foi ainda recolhida toda a informação existente sobre o grupo etário 65 ou mais anos, tendo sido este subdividido em seis grupos quinquenais (65 ou mais anos) para ambos os sexos e todos os graus de dificuldade, posteriormente os dados foram trabalhados em dois grandes grupos (65-79; 80 ou mais anos).

² https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE

³ O apuramento dos dados relativos ao grupo etário dos 65 ou mais anos com dificuldade, por nível de escolaridade mais elevado completo (2011) não estava disponível. Este apuramento foi disponibilizado pelo INE.



Quadro 8: Dados existentes sobre as dificuldades da população portuguesa, com base no censo de 2011.

VARIÁVEIS	GRUPO ETÁRIO		SEXO			GRAU		
	Total	65 ou mais anos	Homens/Mulheres	Homens	Mulheres	Não tem dificuldade ou tem pouca em efetuar a	Tem muita dificuldade em efetuar a ação	Não consegue efetuar a ação
Tipo de dificuldade	X	X	X	X	X	X	X	X
Número de dificuldades por pessoa (total, 1,2,3,4,5,6).	X	X	X	X	X	-	-	-
Principal meio de vida (total; trabalho; reforma/pensão; subsídio de desemprego; subsídio por acidente de trabalho ou de doença profissional; rendimentos social de inserção; outro subsídio temporário; rendimento da propriedade ou da empresa; apoio social a cargo da família; outro)	X	X	X	X	X	-	X	X
Edifícios contruídos estruturalmente para possuírem 3 alojamentos, acessibilidades e existência de elevador (entrada acessível à circulação em cadeira de rodas, com/sem elevador; entrada não acessível à circulação em cadeira de rodas, com/sem elevador). Com totais.	X	X	X	X	X	-	-	-
Condição perante o trabalho (total; ativos; empregados; desempregados; população inativa; estudantes; domésticos; reformados; incapacitados permanentes; outros casos).	X	X	X	X	X	-	X	X
Dimensão das dificuldades por dificuldade (total, 1,2,3,4,5,6).	X	X	X	X	X	-	X	X
Nível habilitacional (total; nenhum; ensino básico 1º ciclo; ensino básico 2º ciclo; ensino básico 3º ciclo; ensino secundário; ensino pós-secundário; bacharelato; licenciatura; mestrado, doutoramento).	-	X	X	-	-	-	-	-

Procedeu-se à análise dos dados no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), tendo sido efetuada a AFCP, a AC e a AB. Por último, procedeu-se ao mapeamento dos dados no



território nacional, com vista à identificação dos padrões territoriais da informação analisada. Este processo foi realizado com recurso ao programa MapWindowGis.

Numa primeira fase procedeu-se à análise de 45 variáveis, com dados referentes a homens e mulheres (HM), relacionadas com: i) total da população com dificuldades, para os graus muita dificuldade em efetuar a ação e não consegue efetuar a ação a dividir pelo total da população residente em Portugal; ii) total da população com 65 – 79 anos, para os graus tem muita dificuldade em efetuar a ação e não consegue efetuar a ação a dividir pelo mesmo grupo etário da população residente em Portugal; iii) total da população com 80 ou mais anos, para os graus tem muita dificuldade em realizar a ação e não consegue efetuar a ação a dividir pelo mesmo grupo etário da população residente em Portugal; iv) número de dificuldades (1 e 2; 3 e 4; 5 e 6) do total da população residente a dividir pelo total da população residente; v) número de dificuldades (1 e 2; 3 e 4; 5 e 6) do grupo etário 65-79 anos a dividir pelo mesmo grupo etário da população residente; e, vi) número de dificuldades (1 e 2, 3 e 4, 5 e 6) do grupo etário 80 ou mais anos a dividir pelo mesmo grupo etário da população residente. Estes dados foram tratados inicialmente através da AFCP e depois através da AC.

Na segunda e última fase, através da AB, realizou-se a análise de dependência que permitiu a realização de comparações múltiplas dos clusters identificados com os seguintes indicadores socioeconómicos Portugueses para HM, correspondentes ao recenseamento de 2011: i) população com 65 ou mais anos; ii) percentagem da população com 65 ou mais anos; iii) percentagem de pessoas do grupo etário dos 65 ou mais anos, segundo as qualificações (sem, baixas, médias ou altas qualificações); iv) poder de compra *per capita*; v) valor médio das pensões da SS em euros; vi) beneficiários do RSI da SS; e, por último, vii) percentagem de beneficiários do RSI relativamente à população residente.

2.2. Principais indicadores da perceção das dificuldades (análise fatorial de componentes principais)

O quadro 9 representa a listagem de acrónimos usados para denominar as 45 variáveis analisadas. Com a AFCP, como se pode verificar no quadro 10, foi possível reduzir as 45 variáveis para 6 fatores, com uma variância explicada de 78,7%, indicando uma boa adequação do método para o tratamento da informação.



Quadro 9: Listagem de acrónimos das variáveis analisadas (AFCP).

ACRÓNIMO		VARIÁVEL	
TVM/THab		Total Ver Muita dificuldade/Total da população residente	
TVN/THab		Total Ver Não consegue/Total da população residente	
TOM/THab		Total Ouvir Muita dificuldade/Total da população residente	
TON/THab		Total Ouvir Não consegue/Total da população residente	
TAM/THab	Total (tipo e grau de dificuldade) HM	Total Andar Muita dificuldade/Total da população residente	
TAN/THab		Total Andar Não consegue/Total da população residente	
TMM/THab		Total Memória Muita dificuldade/Total da população residente	
TMN/THab		Total Memória Não consegue/Total da população residente	
TBM/THab		Total Banho Muita dificuldade/Total da população residente	
TMN/THab_A		Total Banho Não consegue/Total da população residente	
TCM/THab		Total Compreender Muita dificuldade/Total da população residente	
TCN/THab		Total Compreender Não consegue/Total da população residente	
SVM/SHab		Grupo etário dos 65-79 anos (tipo e grau de dificuldade) HM	65-79 Ver Muita dificuldade/65-79 da população residente
SVN/SHab			65-79 Ver Não consegue/65-79 da população residente
SOM/SHab	65-79 Ouvir Muita dificuldade/65-79 da população residente		
SON/SHab	65-79 Ouvir Não consegue/65-79 da população residente		
SAM/SHab	65-79 Andar Muita dificuldade/65-79 da população residente		
SAN/SHab	65-79 Andar Não consegue/65-79 da população residente		
SMM/SHab	65-79 Memória Muita dificuldade/65-79 da população residente		
SMN/SHab	65-79 Memória Não consegue/65-79 da população residente		
SBM/SHab	65-79 Banho Muita dificuldade/65-79 da população residente		
SBN/SHab	65-79 Banho Não consegue/65-79 da população residente		
SCM/SHab	65-79 Compreender Muita dificuldade/65-79 da população residente		
SCN/SHab	65-79 Compreender Não consegue/65-79 da população residente		
OVM/OHab	Grupo etário dos 80 ou mais anos (tipo e grau de dificuldade) HM		80 ou mais Ver Muita dificuldade/80 ou mais da população residente
OVN/OHab			80 ou mais Ver Não consegue/80 ou mais população residente
OOM/OHab		80 ou mais Ouvir Muita dificuldade/80 ou mais população residente	
OON/OHab		80 ou mais Ouvir Não consegue/80 ou mais população residente	
OAM/OHab		80 ou mais Andar Muita dificuldade/80 ou mais população residente	
OAN/OHab		80 ou mais Andar Não consegue/80 ou mais população residente	
OMM/OHab		80 ou mais Memória Muita dificuldade/80 ou mais população residente	
OMN/OHab		80 ou mais Memória Não consegue/80 ou mais população residente	
OBM/OHab		80 ou mais Banho Muita dificuldade/80 ou mais população residente	
OBN/OHab		80 ou mais Banho Não consegue/80 ou mais população residente	
OCM/OHab		80 ou mais Compreender Muita dificuldade/80 ou mais da população residente	
OCN/OHab	80 ou mais Compreender Não consegue/80 ou mais da população residente		
TU/THab	Total	Total 1 e 2 dificuldades/ Total da população residente	
TT/THab	(dimensão)	Total 3 e 4 dificuldades/ Total da população residente	
TC/THab	HM	Total 5 e 6 dificuldades/ Total da população residente	
SU/SHab	65-79 anos	65-79 1 e 2 dificuldades/ 65-79 da população residente	
ST/SHab	(dimensão)	65-79 3 e 4 dificuldades/ 65-79 da população residente	
SC/SHab	HM	65-79 5 e 6 dificuldades/ 65-79 da população residente	
OU/OHab	80 ou mais	80 ou mais 1 e 2 dificuldades/ 80 ou mais da população residente	
OT/OHab	anos	80 ou mais 3 e 4 dificuldades/ 80 ou mais da população residente	
OC/OHab	(dimensão) HM	80 ou mais 5 e 6 dificuldades/ 80 ou mais da população residente	



Foram adicionalmente realizados testes de validação dos dados iniciais que permitiram validar a AFCP, nomeadamente: i) comunalidades – todas as variáveis apresentam um valor $> 0,6$; ii) teste do KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin*) – teste global de validação da análise de componentes principais = 0,794; iii) matriz anti-imagem – levou à exclusão da variável OT/OHab por esta não estar suficientemente explicada pelos fatores retidos.⁴

No quadro 10, estão representados os *loadings* para cada item em cada um dos 6 fatores, bem como a percentagem de variância explicada por cada fator. O primeiro fator explica 32,8% da variância total dos dados e apresenta pesos fatoriais elevados para as variáveis relacionadas com: i) *“total da população residente (HM) com muita dificuldade em ouvir, em compreender os outros ou fazer-se compreender, em andar ou subir degraus, em tomar banho ou vestir-se sozinho, de memória ou concentração e em ver a dividir pelo total da população residente (HM)”*; ii) *“total da população residente (HM) com 1 e 2, 3 e 4, 5 e 6 dificuldades a dividir pelo total da população residente (HM)”*; iii) *“total da população residente (HM) que não consegue tomar banho ou vestir-se sozinho, compreender os outros ou fazer-se compreender, andar ou subir degraus, memória ou concentração a dividir pelo total da população residente (HM)”*; e, por último, iv) *“grupo etário dos 65-79 (HM) com muita dificuldade em andar ou subir degraus a dividir pelo mesmo grupo etário (HM) da população residente”*.⁵

Por sua vez, o segundo fator, apresenta pesos fatoriais elevados em relação às variáveis relacionadas com: i) *“grupo etário dos 65-79 anos (HM) com muita dificuldade de memória ou concentração, em tomar banho ou vestir-se sozinho, em ver, em ouvir e em compreender os outros ou fazer-se compreender a dividir pelo mesmo grupo etário da população residente (HM)”*; ii) *“grupo etário dos 80 e mais anos (HM) com muita dificuldade de memória ou concentração, em compreender os outros ou fazer-se compreender, em andar ou subir degraus, em tomar banho ou vestir-se sozinho, em ver e em ouvir a dividir pelo mesmo grupo etário da população residente (HM)”*; iii) *“grupo etário dos 65-79 anos (HM) com 3 e 4, 5 e 6 dificuldades a dividir pelo mesmo grupo etário da população residente (HM)”*; e, por último, iv) *“grupo etário dos 80 e mais anos (HM)*

⁴ Para mais informações sobre aspetos técnicos da análise de componentes principais ver (Maroco, 2007).

⁵ Corresponde aos seguintes acrónimos: TOMTHab; TTTHab; TCMTHab; TAMTHab; TBMTHab; TCTHab; TMMTHab; TUTHab; TVMTHab; TMNTHab_A; TCNTHab; TANTHab; TMNTHab; e, SAMSHab.



com 5 e 6 dificuldades a dividir pelo mesmo grupo etário da população residente (HM)".⁶ Este fator explica ainda 19,27% da variância total.

O terceiro fator explica 12,86% da variância total dos dados e apresenta pesos fatoriais elevados para as variáveis relacionadas com: i) *"grupo etário dos 65-79 anos (HM) que não consegue tomar banho ou vestir-se sozinho, andar ou subir degraus, memória ou concentração e compreender os outros ou fazer-se compreender a dividir pelo mesmo grupo etário da população residente (HM)";* e, ii) *"grupo etário dos 80 e mais anos (HM) que não consegue tomar banho ou vestir-se sozinho, andar ou subir degraus, memória ou concentração e compreender os outros ou fazer-se compreender a dividir pelo mesmo grupo etário da população residente (HM)".*⁷

O quarto fator expõe pesos fatoriais elevados para as variáveis relacionadas com os *"grupos etários 65-79 e 80 ou mais anos para a dimensão 1 e 2 dificuldades por pessoa"*, explicando 6,38% da variância total dos dados.⁸

O quinto fator explica 4,7% da variância dos dados e representa as variáveis com pesos fatoriais elevados para o *"não conseguir ouvir para os três grupos etários analisados (total da população residente, 65-79 anos e 80 ou mais anos)".*⁹

Por sua vez, o sexto fator associa as variáveis com pesos fatoriais elevados para o mesmo *"não conseguir ver para os três grupos etários analisados (total da população residente, 65-79 anos e 80 ou mais anos)"*¹⁰, explicando 2,66% da variância total dos dados.

⁶ Corresponde aos seguintes acrónimos: OMMOHab, SMMSHab, OCMOHab, OAMOHab, SCSHab, OBMOHab, OCOHab, SBMSHab, SVMShab, STSHab, OVMOHab, OOMOHab, SCMSHab e SOMSHab.

⁷ Corresponde aos seguintes acrónimos: OBNOHab, OANOHab, OMNOHab, OCNOHab, SBNSHab, SANSHab, SMNSHab e SCNSHab.

⁸ Corresponde aos seguintes acrónimos: OUOHab e SUSHab.

⁹ Corresponde aos seguintes acrónimos: OONOHab, TONTHab e SONSHab.

¹⁰ Corresponde aos seguintes acrónimos: SVNSHab, TVNTHab e OVNOHab.



Quadro 10: Pesos fatoriais de cada item nos 6 fatores retidos.

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
TOMTHab	,914					
TTTHab	,909			,308		
TCMTHab	,909	,315				
TAMTHab	,904					
TBMTHab	,902					
TCTHab	,897	,303				
TMMTHab	,890	,363				
TUTHab	,847			,433		
TVMTHab	,836	,308				
TMNTHab_A	,821		,408			
TCNTHab	,785		,417			
TANTHab	,782		,444			
TMNTHab	,682		,514			
SAMSHab	,520	,367		,370		
OMMOHab		,844				
SMMSHab		,833				
OCMOHab		,810		-,353		
OAMOHab		,808				
SCSHab		,801	,337			
OBMOHab		,793				
OCOHab		,784		-,401		
SBMSHab		,770	,326			
SVMSHab	,301	,767		,411		
STSHab		,765	,349	,354		
OVMOHab		,737			,347	
OOMOHab	,317	,722				
SCMSHab		,712	,483			
SOMSHab	,422	,682		,342		
OBNOHab			,846			
OANOHab			,821			
OMNOHab			,802			
OCNOHab			,773			
SBNSHab			,749			
SANSHab			,749			
SMNSHab			,738			
SCNSHab			,701			
OOUHab				,790		
SUSHab	,313	,479		,701		
OONOHab					,738	
TONTHab	,611				,622	
SONSHab					,561	
SVNSHab						,799
TVNTHab	,553				,345	,655
OVNOHab			,377		,442	,503
Variância explicada Σ 78,70%	32,80%	19,27%	12,86%	6,38%	4,70%	2,66%



O quadro 11 representa a súmula dos elementos diferenciadores de cada fator, que permitem a sua caracterização. Assim, o primeiro fator é designado como “*perceção global das dificuldades*” da população residente em Portugal. Por sua vez, o segundo fator por “*perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos*”. O terceiro por “*perceção da incapacidade da população residente com 65 ou mais anos*”, enquanto o quarto fator por “*dimensão das dificuldades da população com 65 ou mais anos*”. O quinto fator por “*perceção da incapacidade global auditiva*” e, por último, o sexto fator por “*perceção da incapacidade global visual*”.

Quadro 11: Denominação de cada fator.

Fator	Denominação	Grupo etário	Número de dificuldades	Grau de dificuldade	Tipo de dificuldades
1	Perceção global das dificuldades	Total	1 e 2; 3 e 4; 5 e 6.	Muita dificuldade	A; O; A; T, M; C.
				Não consegue	T; C; A; M.
2	Perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos	+ 65	3 e 4; 5 e 6.	Muita dificuldade	T; M; C; V; O. (65-79 anos); A; O; A; T, M; C. (80 e mais anos).
3	Perceção da incapacidade da população com 65 ou mais anos	+ 65	-	Não consegue	T; A; M; C.
4	Dimensão das dificuldades da população com 65 ou mais anos	+ 65	1 e 2.	-	-
5	Perceção da incapacidade global auditiva	Total	-	Não consegue	Ouvir
6	Perceção da incapacidade global visual	Total	-	Não consegue	Ver

Legenda: V= Ver; O= Ouvir; A= Andar ou subir degraus; T= Tomar banho ou vestir-se sozinho; M= Memória ou concentração; C= Compreender os outros ou fazer-se compreender.

Com a representação cartográfica da perceção das dificuldades por concelho e NUTS III é possível encontrar regiões homogéneas que agreguem características específicas das dificuldades da população portuguesa com 65 ou mais anos. Deste processo podem-se identificar padrões territoriais das dificuldades das pessoas idosas que podem constituir novas formas de análise das dinâmicas do envelhecimento ao nível regional.



Para a representação dos padrões territoriais dos dados em mapas referentes aos seis fatores, foi utilizada uma escala de cinco categorias: [< -1]; [$< -0,5$ e ≥ -1]; [$<0,5$ e $\geq -0,5$]; [<1 e $\geq 0,5$]; e [≥ 1] correspondendo, respetivamente a: muito abaixo da média; abaixo da média; média; acima da média; e, muito acima da média. Foi ainda apresentado o *ranking* dos 10 concelhos com *scores* mais elevados e dos 10 concelhos com *scores* mais baixos para cada fator.

Mapa 1 – “Perceção global das dificuldades” (fator 1)

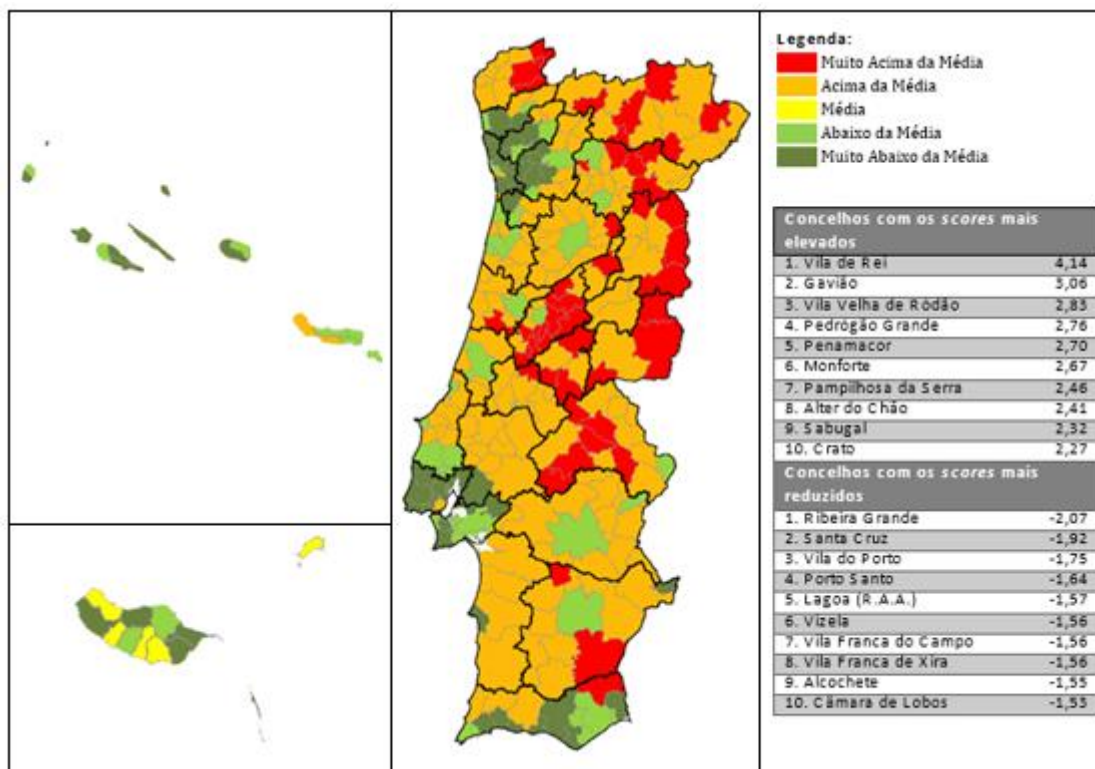
O mapa 1 corresponde à “*perceção global das dificuldades*” da população portuguesa, verificando-se que existe um padrão territorial distinto em relação às mesmas. Como é visível no mesmo, nenhum concelho do continente nem da RAA apresenta valores dentro da média, no entanto, na RAM existem cinco concelhos com valores dentro da média, são os concelhos de Porto Santo, Porto Moniz, Ponta do Sol, Câmara de Lobos e do Funchal. Outra diferença que ressalta no âmbito da distribuição da *perceção global das dificuldades* é que no Continente existe uma maior expressão de concelhos que apresentam valores acima da média ou muito acima da média, denotando que existe uma maior expressão da população em percecionar muita dificuldade ou em não conseguir efetuar as ações das ABVD. No entanto este aspeto não é verificado em nenhum concelho da RAM e na RAA não havendo nenhum concelho que apresentem *scores* muito acima da média.

Onde é observada uma maior expressão deste fator é na região Norte nas NUTS III do Minho-Lima, Alto Trás-os-Montes e Douro. Em toda a região Centro, de forma mais acentuada nas regiões mais a Interior, como nos concelhos de Figueira de Castelo Rodrigo, Almeida, Sabugal, Penamacor e Idanha-a-Nova e na NUT III do Pinhal Interior Norte. No Alentejo, também de forma mais acentuada em alguns concelhos da NUTI III Alto Alentejo e nos concelhos do Alentejo de Mora, Alvito e Mértola e no Algarve em Alcoutim. Por sua vez, é no Litoral Norte, nomeadamente nas NUTS III do Cávado, Ave, Tâmega e Sousa e Área Metropolitana do Porto, nas duas NUTS III da região de Lisboa e no Algarve onde existe uma menor expressão da população em percecionar as dificuldades, bem como nos concelhos de Barrancos, Sines e Benavente na região do Alentejo. Esta característica é também visível nas Regiões Autónomas (RA), à exceção dos concelhos de Ponta Delgada, Lagos e Vila Franca do Campo na RAA.

Pode-se ainda verificar que o concelho do país onde a população perceciona sentir mais dificuldade é o de Vila de Rei (Pinhal Interior Sul), com um *score* de 4,14, seguido do concelho do Gavião (Alto

Alentejo) e de Vila Velha de Ródão (Beira Interior Sul). O concelho do país com o *score* mais baixo neste fator é o da Ribeira Grande (-2,07), seguido do de Santa Cruz e do de Vila do Porto, localizando-se o primeiro e o terceiro na RAA e o segundo na RAM.

Mapa 1: Perceção global das dificuldades.



Mapa 2 – “Perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos” (fator 2)

Com a análise do mapa 2, verifica-se que a “perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos” que apresenta muita dificuldade em realizar as ações localiza-se sobretudo nas regiões Norte, Centro, Alentejo e nas RA. Por sua vez, as NUTS II onde a perceção das dificuldades deste grupo etário não é tão acentuada são em Lisboa e no Algarve. Da análise do mesmo, ressalta que a maior parte dos concelhos do país apresentam valores dentro da média para este fator, correspondendo a 112 concelhos, no entanto, nenhum concelho da RAA apresenta valores dentro da média. Nesta região existe uma maior expressão de concelhos com *scores* acima da média.

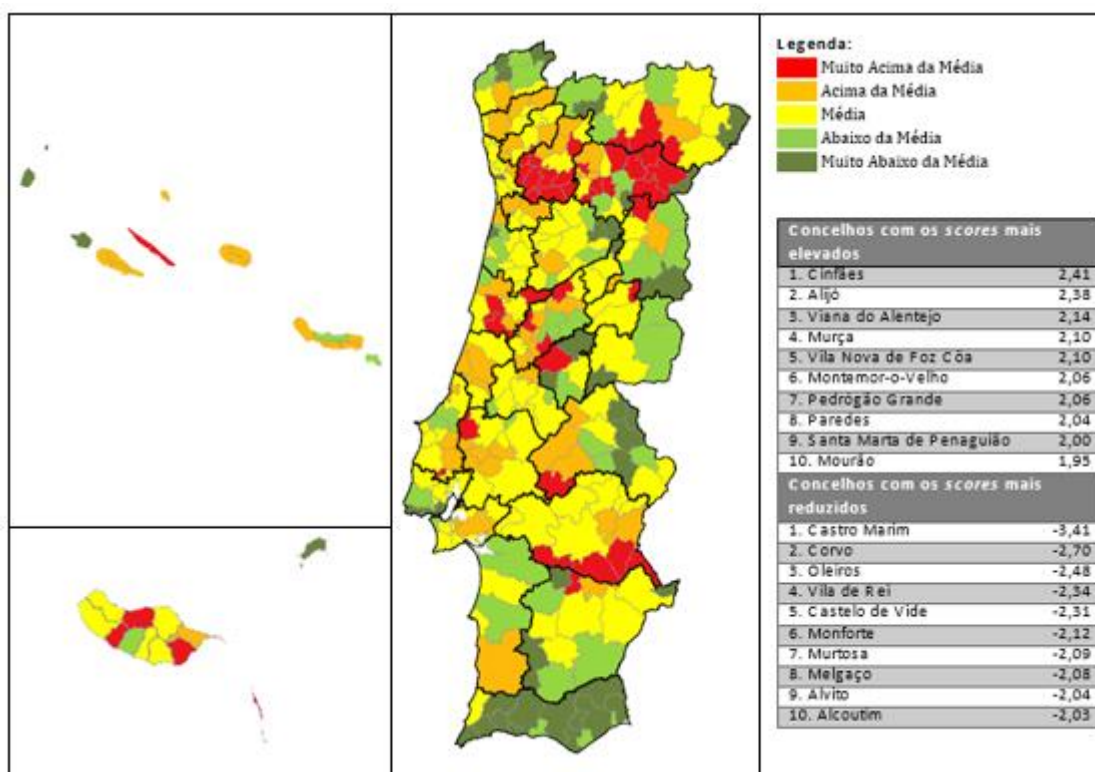
São nas NUTS III do Alto Trás-os-Montes, do Douro e do Tâmega onde é visível uma maior expressão dos valores muito acima da média para este indicador, bem como em alguns concelhos do Centro,



seguido da NUT III do Alentejo Central, nomeadamente, nos concelhos de Mourão, Reguengos de Monsaraz, Portel e Viana do Alentejo. Nas RA também existem concelhos que apresentam valores muito acima da média, nomeadamente Velas e Calheta na RAA e São Vicente, Ponta do Sol e Santa Cruz na RAM. O Algarve é a região do país onde a perceção das dificuldades deste grupo etário apresenta valores muito abaixo da média, ou seja, é a região do país onde a expressão deste fator é menos acentuada. Os concelhos da região Norte, nomeadamente de Valença, Paredes de Coura, Melgaço, Boticas, Miranda do Douro, Freixo de Espada à Cinta, Penedono também apresentam valores muito abaixo da média. Este aspeto também é verificado em alguns concelhos das NUTS III da Beira Interior Norte, da Beira Interior Sul, do Alto Alentejo e do Baixo Alentejo. Nas RA esta característica é observada em cinco concelhos, nomeadamente no Corvo, Santa Cruz das Flores, em Lajes das Flores, na Horta na RAA e em Porto Santo na RAM.

Se analisarmos o *ranking* dos concelhos em relação à perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos, verifica-se que o concelho que ocupa a primeira posição é o de Cinfães (Tâmega), com um *score* de 2,41, seguido do concelho de Alijó (Douro) e na terceira posição surge o concelho de Viana do Alentejo (Alentejo Central). Por sua vez, os concelhos onde esta dificuldade assume uma menor expressão são, em primeiro lugar, o de Castro Marim (Algarve) com um *score* de -3,41, seguido do concelho do Corvo (RAA) e do concelho de Oleiros (Pinhal Interior Sul).

Mapa 2: Perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos.



Mapa 3 – “Perceção da incapacidade da população com 65 ou mais anos” (fator 3)

No mapa 3 está representada a “perceção da incapacidade da população com 65 ou mais anos”, ou seja, o não conseguir efetuar as ABVD. No Continente verifica-se que há uma desigualdade na distribuição da perceção das dificuldades, uma vez que é notório a distinção entre o litoral Norte e Centro e Lisboa em relação ao restante território. O primeiro é caracterizado pelos concelhos onde, maioritariamente, se verificam *scores* acima ou muito acima da média, o segundo é caracterizado pelo oposto, ou seja, por concelhos onde os *scores* neste fator se encontram, maioritariamente, abaixo ou muito abaixo da média. Nenhum concelho da RAA apresenta valores dentro da média, maioritariamente apresenta valores acima da média ou muito acima da média. Por sua vez, na RAM os concelhos apresentam *scores* dentro da média, acima ou muito acima da média, à exceção do Funchal que apresenta valores muito abaixo da média.

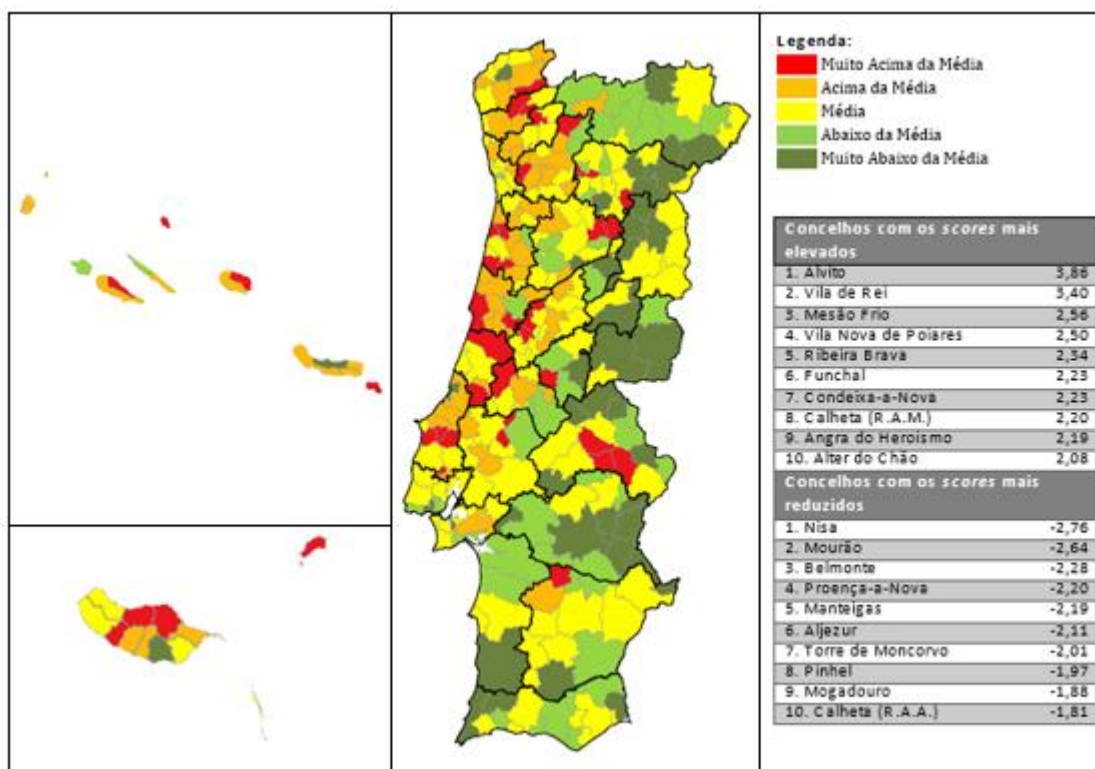
Verifica-se que é nas NUTS III do Minho-Lima, Cávado, Ave, Baixo Vouga, Baixo Mondego, Pinhal Litoral, Pinhal Interior Norte, Oeste e RA onde a população com 65 ou mais anos apresenta valores acima da média ou muito acima da média em relação à incapacidade, uma vez que não conseguem



realizar as ações como tomar banho ou vestir-se sozinho, andar ou subir degraus, memória ou concentração e compreender os outros ou fazer-se compreender. Por sua vez, é nas NUTS III do Alto Trás-os-Montes, Douro, Beira Interior Norte, Serra da Estrela, Cova da Beira, Beira Interior Sul, Alentejo Central, Alentejo Litoral e Algarve onde a perceção da incapacidade não é tão notória.

O concelho do Alvito (Baixo Alentejo) é o concelho do país onde o *score* neste fator é mais elevado (3,86), ocupando a primeira posição, seguido do concelho de Vila de Rei (Pinhal Interior Sul) e do concelho de Mesão Frio (Douro). É notório verificar que o concelho do país onde o *score* é mais elevado, ou seja, onde há uma maior expressão da população com 65 ou mais anos percecionar a incapacidade, localiza-se numa região caracterizada, maioritariamente, por valores dentro da média, abaixo ou muito abaixo da média. O concelho de Nisa (Alto Alentejo) é o concelho que apresenta um *score* mais baixo (-2,76), situando-se na primeira posição do *ranking* cujos concelhos apresentam valores muito abaixo da média, seguido do concelho de Mourão (Alentejo Central) e do concelho de Belmonte (Cova da Beira).

Mapa 3: Perceção da incapacidade da população com 65 ou mais anos.





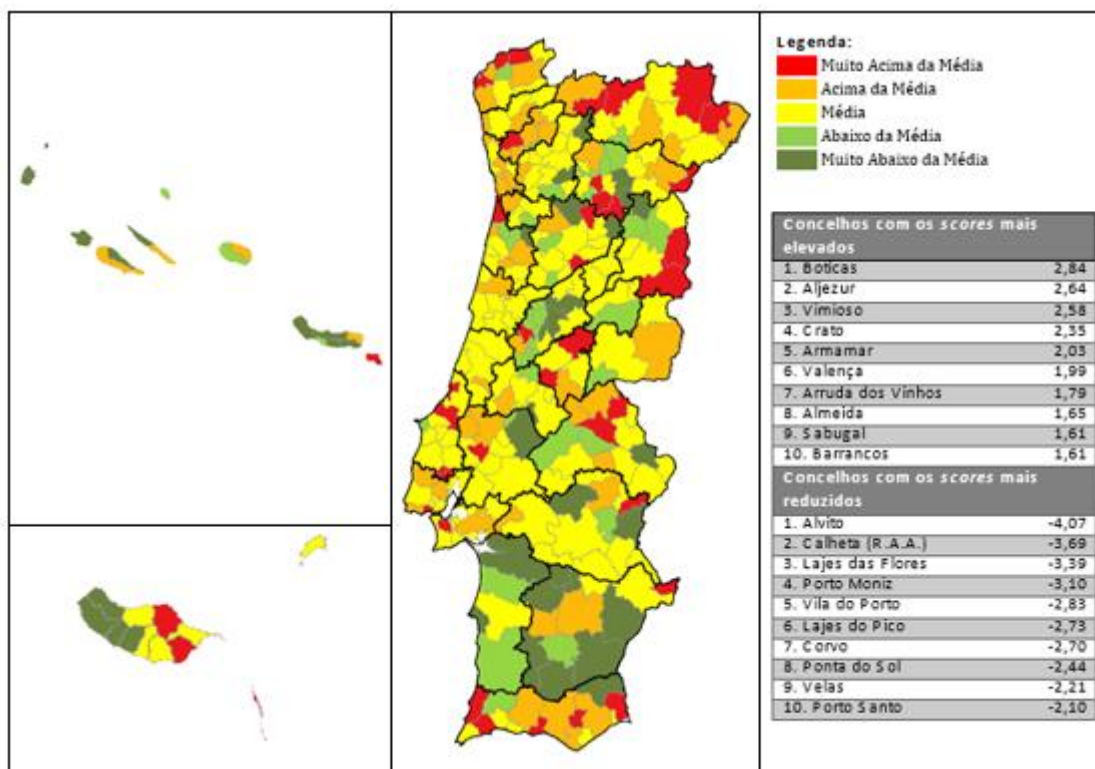
Mapa 4 – “Dimensão das dificuldades da população com 65 ou mais anos” (fator 4)

O mapa 4 indica a “dimensão das dificuldades da população com 65 ou mais anos”, ou seja, o número de dificuldades que cada pessoa percebe que varia numa escala de uma a seis dificuldades relacionadas com a realização das ABVD. Ao analisar o cartograma verifica-se uma maior expressão dos concelhos com *scores* dentro da média, acima e muito acima da média, por sua vez, a RAA não apresenta concelhos com valores dentro da média. Ao analisar o padrão territorial, dos 41 concelhos que apresentam valores muito abaixo da média, 10 localizam-se na RAA e 13 na NUT II do Alentejo, os restantes 18 concelhos encontram-se distribuídos pelas restantes NUTS II, à exceção de Lisboa.

É nas NUTS III de Minho-Lima, Alto Trás-os-Montes, Cávado, Ave e Grande Porto, Baixo Vouga, Baixo Mondego, Pinhal Litoral, Oeste, Grande Lisboa e Península de Setúbal e Algarve onde a população deste grupo etário acumula mais dificuldades. Na RAA só o concelho de Vila do Porto apresenta valores muito acima da média, bem como os concelhos de Santana e de Santa Cruz na RAM. Verifica-se que é maioritariamente nos concelhos do Alentejo onde a população deste grupo etário acumula menos dificuldades, nomeadamente em sete concelhos na NUT III do Baixo Alentejo. Este fator também apresenta menor expressão, como vimos, na RAA. No Norte do continente só os concelhos de Ribeira da Pena e Baião no Tâmega e de Penedono e de São João da Pesqueira no Douro é que apresentam valores muito abaixo da média. No Centro os concelhos de Sever do Vouga no Baixo Vouga, de Castro-Daire e de Aguiar da Beira no Dão-Lafões, de Mêda na Beira Interior Norte, de Arganil, Góis e Castanheira de Pera no Pinhal Interior Norte e de Constância no Médio Tejo. No Algarve o concelho de Alcoutim e na RAM os concelhos de porto Moniz, Calheta, Madalena, Lajes do Pico e Nordeste.

Ao analisar-se o *ranking* dos concelhos que apresentam *scores* mais elevados neste fator, em primeiro lugar em terceiro lugar surgem dois concelhos do Alto Trás-os-Montes, o de Boticas e o de Vimioso. O concelho de Aljezur (Algarve) ocupa a segunda posição do *ranking*. Os concelhos onde a população dos 65 ou mais anos percebe acumular menos dificuldades é no concelho do Alvito (Baixo Alentejo) com um *score* de -4,07, seguido dos concelhos da Calheta e de Lajes das Flores, na RAA.

Mapa 4: Dimensão das dificuldades da população com 65 ou mais anos.



Mapa 5 – “Perceção da incapacidade global auditiva” (fator 5)

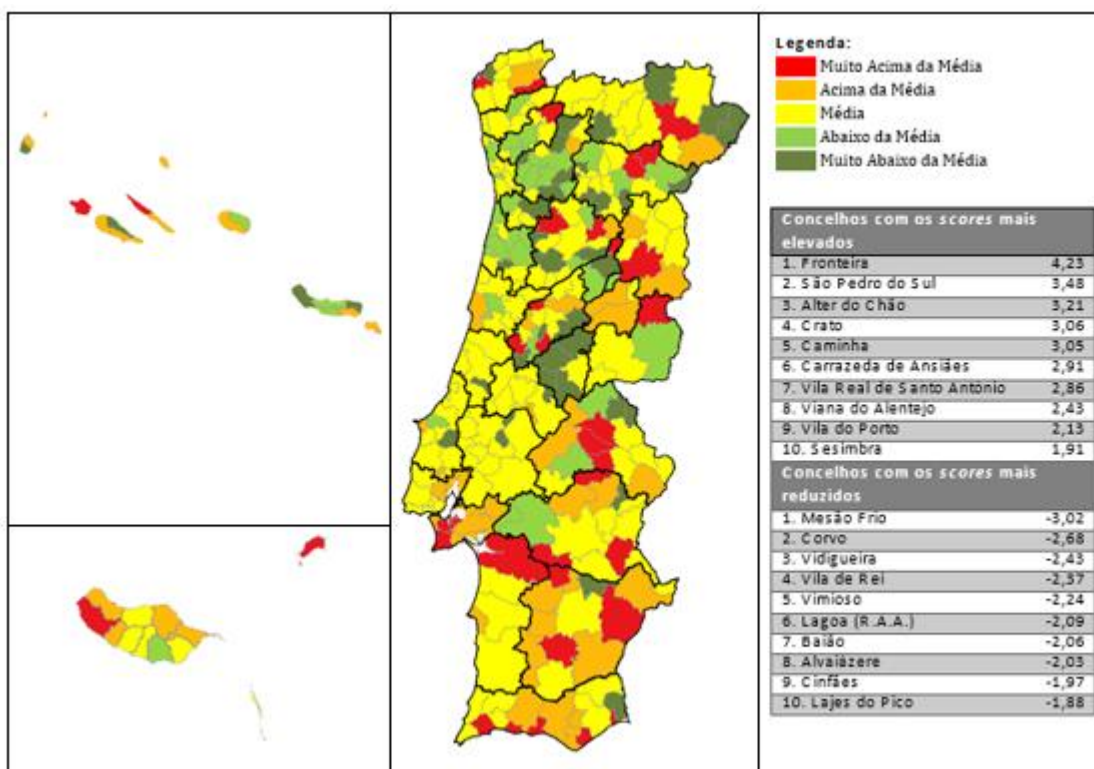
No mapa 5 está representada a distribuição no território da “perceção da incapacidade global auditiva”. Ao analisar-se o padrão territorial deste fator constata-se que a distribuição deste no território não é uniforme. No Continente existe uma maior expressão de concelhos com valores dentro da média, assistindo-se a uma predominância dos valores acima e muito acima da média nas regiões de Lisboa, Alentejo e Algarve, enquanto os valores abaixo e muito abaixo da média localizam-se sobretudo nos concelhos da região Centro e da região Norte. Na RAA não existe concelhos com valores dentro da média, havendo maior expressão dos concelhos com *scores* acima da média. Os concelhos da RAM apresenta todos valores dentro da média, acima ou muito acima da média, à exceção do Funchal que apresenta valores abaixo da média.

É nas regiões de Lisboa, do Alentejo, do Algarve e das RA onde há maior incidência de concelhos onde os indivíduos expressam não conseguir ouvir, sendo uma dificuldade que tem o mesmo padrão territorial para todos os grupos etários. As NUTS III que apresentam valores abaixo da média ou muito abaixo da média localizam-se na região Norte, como no Tâmega, Douro, Entre Douro e

Vouga. No Centro, como no Baixo Vouga, Dão-Lafões, Serra da Estrela, Pinhal Interior Norte e Pinhal Interior Sul. A NUT III do continente onde a perceção da incapacidade de audição é menos visível é no Pinhal Litoral Norte, onde todos os concelhos à exceção do de Proença-a-Nova apresentam valores muito abaixo da média nacional.

Os concelhos de Fronteira e o de Alter do Chão, localizados na NUT III do Alto Alentejo, ocupam o primeiro e o terceiro lugar, respetivamente, no *ranking*. Nestes dois concelhos limítrofes é onde há maior expressão da população portuguesa percecionar incapacidade auditiva mesmo usando aparelho auditivo. Na segunda posição surge o concelho de S. Pedro do Sul, localizado na NUT III Dão-Lafões. O concelho de Mesão Frio é o concelho que apresenta o *score* mais reduzido (-3,02), ocupando a primeira posição em relação aos concelhos com valores muito abaixo da média. Na segunda posição surge o concelho do Corvo, seguido do concelho de Vidigueira. Estes concelhos três concelhos localizam-se em NUTS III diferentes, no Douro, na RAA e no Baixo Alentejo, respetivamente.

Mapa 5: Perceção da incapacidade global auditiva.





Mapa 6 – “Perceção da incapacidade global visual” (fator 6)

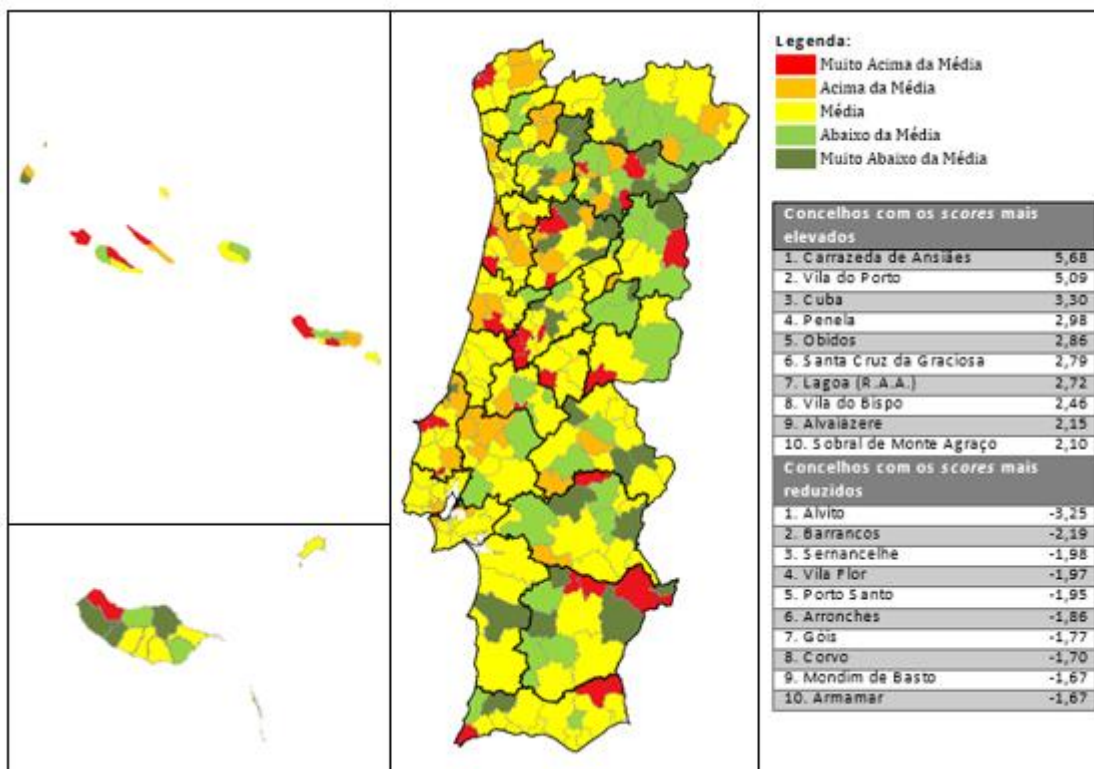
O mapa 6 corresponde à representação do padrão territorial da “*perceção da incapacidade global visual*”. Verifica-se com a análise deste mapa, que o padrão territorial do continente é caracterizado, maioritariamente, por concelhos que apresentam valores dentro da média, havendo uma maior incidência de concelhos cuja população expressa incapacidade em ver, mesmo usando óculos ou lentes de contacto, com valores acima ou muito acima da média no litoral Norte e no Centro. Na RAA esta característica também é visível, na medida em que nos 19 concelhos que constituem o arquipélago, 14 apresentam valores dentro da média, acima ou muito acima da média. Na RAM só no concelho de Porto Moniz esta característica assume valores muito acima da média.

As NUTS III do país onde é visível uma maior expressão de concelhos que apresentam valores acima ou muito acima da média localizam-se no Minho-Lima, no Ave, Grande Porto, no Douro, no Baixo Vouga, no Dão-Lafões, no Baixo Mondego, no Pinhal Interior Norte, no Oeste, no Médio Tejo, na Grande Lisboa, na Península de Setúbal, no Baixo Alentejo e na RAA. Pode-se ainda constatar que a população que expressa valores abaixo ou muito abaixo da média localiza-se sobretudo na NUT III do Tâmega, no Alto Trás-os-Montes, na Beira Interior Norte e na RAM. Nos concelhos localizados a Sul do continente do Gavião, de Arronches, de Monforte, de Arroios, do Alandroal, de Barrancos, do Alvito, da Serpa, de Aljustrel e de Santiago do Cacém localizados no Alentejo e do concelho de Monchique no Algarve.

Ao analisar-se o *ranking* dos concelhos onde é visível uma maior expressão da percepção da incapacidade global visual, verifica-se que é o concelho de Carraceda de Ansiães (Douro) que ocupa a primeira posição, com um *score* de 5,68. Na segunda posição surge o concelho de Vila do Porto (RAA) e na terceira posição o concelho de Cuba (Baixo Alentejo). Os concelhos onde este fator assume uma menor expressão, são em primeiro lugar no concelho do Alvito, com um *score* de -3,25, seguido do concelho de Barrancos, ambos localizados na NUT III do Baixo Alentejo e na terceira posição o concelho de Sernancelhe (Douro). Com a análise do mapa verifica-se que a expressão da percepção da incapacidade visual pela população geral assume um padrão controverso, uma vez que para este fator nas mesmas NUTS III (Douro e Baixo Alentejo) existe concelhos com *scores* muito elevados e concelhos com *scores* muito reduzidos.



Mapa 6: Perceção da incapacidade global visual.



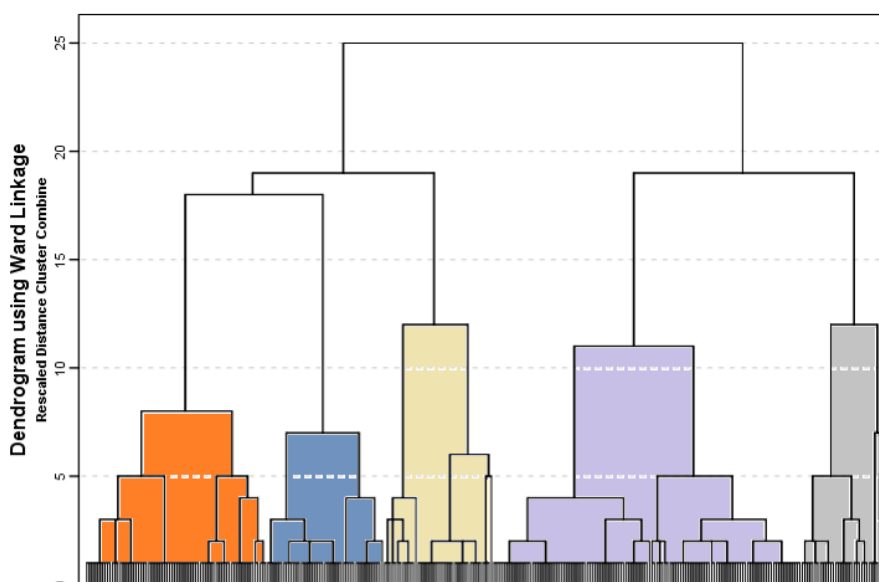
Com a análise dos seis mapas correspondentes aos seis fatores dos principais indicadores da percepção das dificuldades, conclui-se que existem diferenças nos padrões territoriais de cada um. A representação no território da “*perceção global das dificuldades*” (mapa 1) tem um padrão territorial idêntico ao do envelhecimento. Neste as regiões onde há uma menor expressão desta dificuldade correspondem às áreas metropolitanas de Lisboa e Porto e ao Algarve e RAM. No entanto, a “*perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos*” (mapa 2) apresenta um padrão territorial oposto ao do envelhecimento, concentrado sobretudo em quatro grandes núcleos: Norte, litoral Centro, Alentejo e RAA. Outro fator que não segue o padrão do envelhecimento é o da “*perceção da incapacidade da população com 65 ou mais anos*” (mapa 3), uma vez que tem uma maior expressão no território no litoral Norte e Centro e nas RA. O mapa 4 “*dimensão das dificuldades da população com 65 ou mais anos*” apresenta uma maior expressão no território sobretudo no Norte, interior Centro e no Algarve. A “*perceção da incapacidade global auditiva*” apresenta um padrão territorial caracterizado por três grandes núcleos onde há uma maior expressão desta incapacidade, sendo estes o interior Centro, o Alentejo e Algarve e a RAA. No entanto, a “*perceção da incapacidade global visual*”, apresenta um padrão territorial disperso mas com maior expressão no litoral Norte e Centro.



2.3. Padrões territoriais (análise de clusters)

Depois de sintetizada a informação em fatores através da ACP, com vista à compreensão da expressão territorial do padrão das dificuldades do grupo etário dos 65 ou mais anos constituíram-se clusters para a criação de grupos homogêneos, permitindo uma leitura da distribuição territorial desagregada por concelho. Assim, para compreender as semelhanças e as dissemelhanças entre os casos procedeu-se a análise de clusters recorrendo à medida da distância euclidiana e ao método de agregação da mínima variância (*Ward*). Com esta análise produziu-se o dendrograma representado na figura 1, onde se pode verificar a criação de cinco clusters distintos.

Figura 1: Dendrograma da análise de clusters.



Com a AC para além da identificação dos cinco grupos funcionais é fundamental a observação do peso que cada fator revela em relação a cada cluster. Para tal procedeu-se à identificação de cada cluster procedendo ao realce das características dominantes e diferenciadoras de cada um. A identificação de cada cluster está indicada no quadro 12 e representada no mapa 7.



Quadro 12: Médias de cada cluster retido.

Clusters		Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6
		Perceção global das dificuldades	Perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos	Perceção da incapacidade da população com 65 ou mais anos	Dimensão das dificuldades da população com 65 ou mais anos	Perceção da incapacidade global auditiva	Perceção da incapacidade global visual
1	Média N	-,346 70	-,498 70	-,477 70	,714 70	,419 70	-,071 70
2	Média N	,007 32	-,363 32	,278 32	-,909 32	,273 32	1,636 32
3	Média N	,513 42	-,907 42	,077 42	-,964 42	,211 42	-,876 42
4	Média N	-,254 119	,504 119	,602 119	,156 119	-,163 119	,001 119
5	Média N	,725 45	,546 45	-1,122 45	,022 45	-,611 45	-,238 45
Total	Média N	,000 308	,000 308	,000 308	,000 308	,000 308	,000 308

Legenda:

	++		+		-		--
	[≥ 0,7[[> 0,0 e < 0,7]		[> - 0,7 e < 0,0]		[≤ - 0,7[

[-1; -0,7]
[-0,7; -0,4]

[0,7; 1]
[0,4; 0,7]

Cluster 1 – “Elevado número de dificuldades dos maiores de 65 anos e incapacidade auditiva da população Portuguesa” (sedes de distrito)

De acordo com o quadro 12, o cluster 1 é designado como “elevado número de dificuldades dos maiores de 65 anos e incapacidade auditiva da população Portuguesa”, uma vez que apresenta um score de 0,714 para o fator correspondente à “dimensão das dificuldades da população com 65 ou mais anos” e um score de 0,419 para o fator correspondente à “perceção da incapacidade global auditiva”. Apresenta scores negativos nos restantes fatores, com menor expressão em relação aos fatores relacionados com “perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos” e com a “Perceção da incapacidade da população com 65 ou mais anos”. Como se pode verificar com a análise ao mapa 7, este é característico em vários concelhos do país distribuídos pelas NUTS III de Minho-Lima, Alto Trás-os-Montes, Douro, Grande Porto, Entre Douro e Vouga, Dão-Lafões, Beira



Interior Norte, Beira Interior Sul, Pinhal Interior Norte, Baixo Mondego, Médio Tejo e Oeste. Está também representado em todas as NUTS III da região de Lisboa, do Alentejo e do Algarve, bem como na RAM. Em suma, a sua representação territorial está, maioritariamente, relacionada com as sedes de distrito.

Cluster 2 – “Incapacidade visual da população Portuguesa e reduzido número de dificuldades dos maiores de 65 anos” (situação residual e disperso no território)

Com a análise ao quadro 12, denomina-se o cluster 2 como “*incapacidade visual da população Portuguesa e reduzido número de dificuldades dos maiores de 65 anos*”, uma vez que apresenta um score muito elevado (1,636) no fator relacionado com a “*perceção da incapacidade global visual*” e um score reduzido (-0,909) no fator “*dimensão das dificuldades da população com 65 ou mais anos*”. Como se observa no mapa 7, este tem pouca expressão no território, apresentando uma mancha dispersa, relacionada com as atividades económicas e zonas piscatórias, correspondendo a 32 concelhos. Respetivamente Caminha, Viana do Castelo, Carraceda de Ansiães, Penedono, Vale de Cambra, Sever do Vouga, Estarreja, Murtosa, Vagos, São Pedro do Sul, Santa Comba Dão, Castanheira de Pera, Alvaiázere, Peniche, Óbidos, Golegã, Alpiarça, Fronteira, Alter do chão, Moura, Cuba, Sines e Vila do Bispo localizados no Continente. Nos concelhos de Santa Cruz das Flores, Horta, São Roque do Pico, Ponta Delgada, Vila Franca do Campo e Povoação na RAA e nos concelhos de Porto Moniz e Ribeira Brava na RAM.

Cluster 3 – “Reduzido número e perceção das dificuldades dos maiores de 65 anos e reduzida incapacidade visual da população Portuguesa” (zona de transição Interior - Litoral e Alentejo)

O cluster 3, de acordo com a análise ao quadro 12, denomina-se “*reduzido número e perceção das dificuldades dos maiores de 65 anos e reduzida incapacidade visual da população Portuguesa*”, apresentando scores negativos altos em relação aos fatores “*dimensão das dificuldades da população com 65 ou mais anos*”, “*perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos*” e “*incapacidade global visual*”. Apresenta um score positivo em relação à “*perceção global das dificuldades*”. Da análise do mapa 7 ressalta que é na NUT III do Baixo Alentejo e em dois concelhos do Minho-Lima onde estas características são mais visíveis. Esta particularidade também é notória nos concelhos localizados mais a Centro e no Interior do país, bem como nas RA.



Cluster 4 – “Perceção das dificuldades e da incapacidade dos maiores de 65 anos” (faixa litoral Norte e Centro)

De acordo com o quadro 12, o cluster 4 denomina-se “perceção das dificuldades e da incapacidade dos maiores de 65 anos” uma vez que apresenta *scores* elevados nos fatores “perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos” e “perceção da incapacidade da população com 65 ou mais anos”. O padrão territorial do mesmo é muito distinto, localizando-se maioritariamente nas NUTS III do Litoral Norte e Centro do País, bem como nas RA. Este é o *cluster* com maior expressão no país, agregando 119 concelhos.

Cluster 5 – “Perceção das dificuldades da população Portuguesa” (Interior do País)

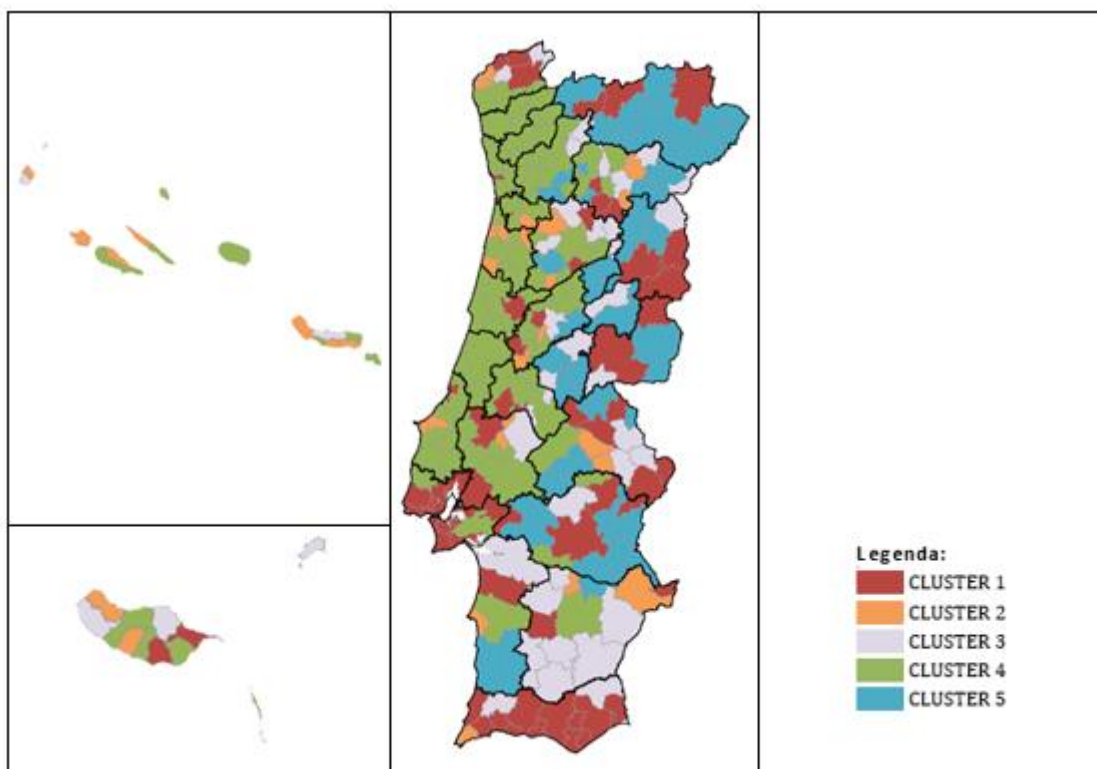
O cluster 5, de acordo com a análise ao quadro 12, denomina-se “*perceção das dificuldades da população Portuguesa*”, uma vez que apresenta *scores* elevados nos fatores “*perceção global das dificuldades*” e “*perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos*”. Neste cluster o fator “*perceção da incapacidade da população com 65 ou mais anos*” apresenta um *score* negativo muito elevado (-1,122) e o fator “*perceção global da incapacidade auditiva*” apresenta também um *score* negativo. Como se pode verificar no mapa 7, este é característico em vários concelhos do país, no entanto, existe uma maior expressão nas NUTS III do Alto Trás-os-Montes, Douro, Beira Interior Norte, Serra da Estrela, Cova da Beira, Beira Interior Sul, Pinhal Interior Sul, Alto Alentejo e Alentejo Central. Por outro lado, não há expressão desta característica nas regiões do Litoral Norte e Centro, Lisboa e Algarve, bem como nas RA.

Da análise ao quadro 12 e ao mapa 7 ressalta que o cluster 1 “*elevado número de dificuldades dos maiores de 65 anos e incapacidade auditiva da população Portuguesa*” com expressão territorial localizada, maioritariamente, nas sedes de distrito caracteriza-se por um território cuja população com 65 ou mais anos não tem uma perceção tão acentuada das dificuldades e da incapacidade. No entanto, percecionam sentir muitas dificuldades e percecionam incapacidade no âmbito da audição. Neste cluster a incapacidade auditiva é transversal a toda a população independentemente do grupo etário. Por sua vez, o cluster 2 “*incapacidade visual da população Portuguesa e reduzido número de dificuldades dos maiores de 65 anos*” apresenta um padrão territorial disperso e com pouca expressão territorial. Em relação ao cluster 3 “*reduzido número e perceção das dificuldades dos maiores de 65 anos e reduzida incapacidade visual da população*”



Portuguesa” caracteriza-se por um padrão territorial marcado pela percepção das dificuldades da população em geral, onde o grupo etário dos 65 ou mais anos não percebe a sentir dificuldades, bem como elevado número das mesmas. Este cluster é ainda caracterizado como um território onde há uma reduzida percepção da incapacidade global visual. Verifica-se que se localiza numa zona de transição entre o Interior e o Litoral e no Alentejo. Por sua vez, o cluster 4 “*percepção das dificuldades e da incapacidade dos maiores de 65 anos*” é o cluster com maior expressão territorial, localizando-se, sobretudo no litoral Norte e Centro. O cluster 5 “*percepção das dificuldades da população Portuguesa*” apresenta um padrão territorial localizado sobretudo no Interior do País. Este é caracterizado pela percepção das dificuldades de todos os grupos estudados, no entanto, neste cluster a percepção da incapacidade da população com 65 ou mais anos e a percepção da incapacidade global auditiva não é tão notória.

Mapa 7: Clusters da distribuição das dificuldades.





2.4. Associação entre os indicadores socioeconómicos e os clusters (análise bivariada)

Depois de realizada a AFCP e AC optou-se por realizar uma AB para perceber a relação entre os cinco clusters identificados e os indicadores socioeconómicos. No quadro 13, estão representadas as variáveis analisadas.

Quadro 13: Listagem de acrónimos das variáveis analisadas (AB).

ACRÓNIMO	VARIÁVEL
pop65	População com 65 ou mais anos
perpop65	Percentagem da população com 65 ou mais anos
Sem_qual	Percentagem da população com 65 ou mais anos sem qualificações
Qual_baixo	Percentagem da população com 65 ou mais anos com nível baixo de qualificações
qual_medio	Percentagem da população com 65 ou mais anos com nível médio de qualificações
qual_sec_sup	Percentagem da população com 65 ou mais anos com nível alto de qualificações
ipc	Poder de compra <i>per capita</i>
pens_med_euros	Valor médio das pensões da SS em euros
benef_ss	Beneficiários do RSI da SS
per_benef_ss	Percentagem dos beneficiários do RSI relativamente à população residente

Para verificar os pressupostos da normalidade aplicou-se o teste *Kolmogorov-Smirnov* e adotou-se um nível de significância de 5%. Assim, sempre que o *p-value* obtido (pelo SPSS) seja inferior a 0,05 assume-se que a respetiva variável não segue uma distribuição normal. Pelo quadro 14 constata-se que as variáveis “*sem_qual*” e a “*qual_baixo*” possuem uma distribuição normal, na medida em que em ambas o *p-value* > 0,05. Nas restantes variáveis o *p-value* é igual 0,000, logo é < 0,05 indicando que as variáveis não seguem uma distribuição normal. Assim, aplicaram-se os testes: *ANOVA* (paramétrico) para as variáveis com distribuição normal e o teste *Kruskal-Wallis* (não paramétrico) para as variáveis que não seguem uma distribuição normal. Adicionalmente foi aplicado o teste *Post-Hoc LSD* (comparações múltiplas PAR-A-PAR) que permitiu identificar quais os clusters que diferem significativamente (Maroco, 2007).

Da análise ao quadro 14, ressalta que com a aplicação do teste *Kruskal-Wallis* ocorrem diferenças significativas entre os clusters para todos os indicadores socioeconómicos, uma vez que apresentam um *p-value* de 0,00 à exceção da variável relacionada com o indicador sobre a

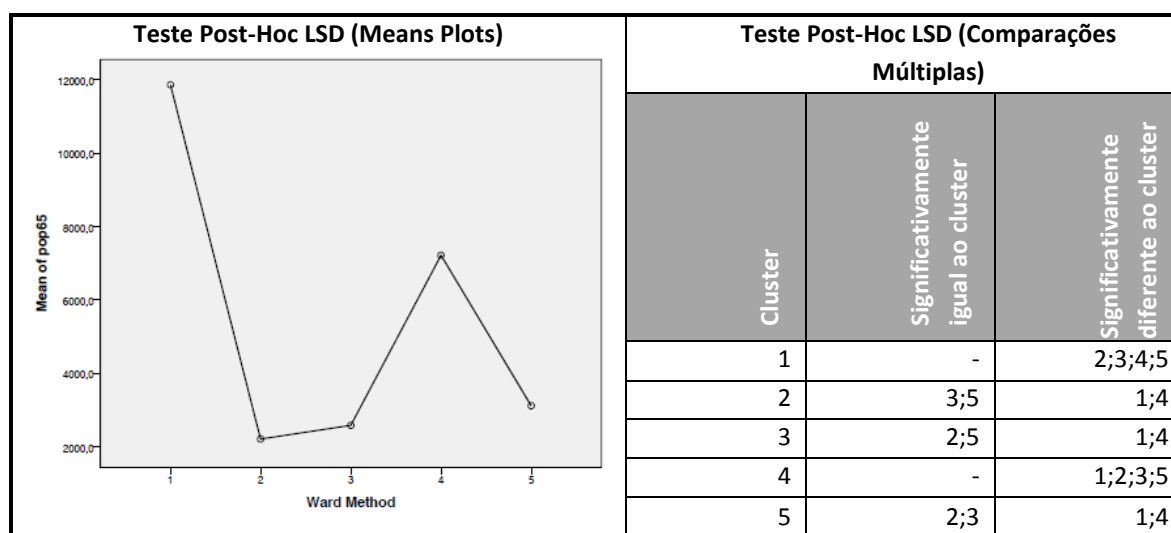
“percentagem beneficiários do RSI relativamente à população residente” que apresenta um *p-value* de 0,826.

Quadro 14: Teste da normalidade de Kolmogorov-Smirnov, teste da ANOVA e Teste Kruskal-Wallis

	Kolmogorov-Smirnov			ANOVA	Teste Kruskal-Wallis
	Statistic	df	Sig.	Sig.	Sig.
pop65	,276	308	,000	,000	,000
perpop65	,052	308	,046	,000	,000
sem_qual	,038	308	,200	,000	,000
qual_baixo	,050	308	,062	,000	,000
qual_medio	,154	308	,000	,000	,000
qual_sec_sup	,197	308	,000	,000	,000
ipc	,110	308	,000	,000	,000
pens_med_euros	,112	308	,000	,000	,000
bend_ss	,326	308	,000	,000	,000
per_benef_ss	,144	308	,000	,826	,703

Como se pode verificar nas figuras 2 a 11, com a realização do teste Post-Hoc LSD foi possível identificar em que indicadores socioeconómicos os cinco clusters diferem.

Figura 2: Relação do indicador socioeconómico “população com 65 ou mais anos” com os cinco clusters.

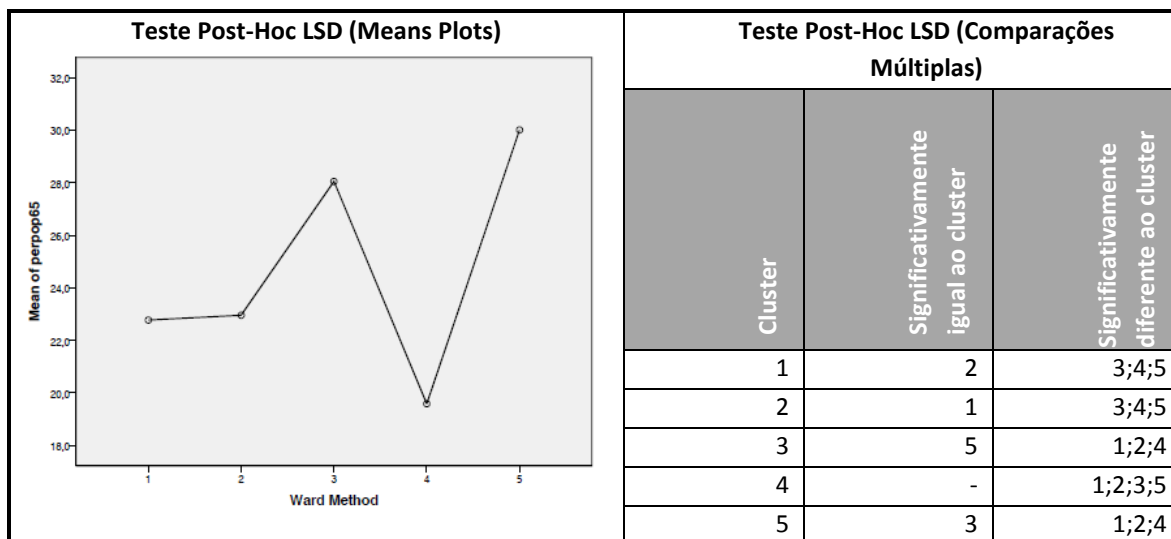


Com a realização das comparações múltiplas, como se pode verificar na figura 2, a diferença mais marcante entre os cinco clusters no que concerne ao indicador socioeconómico relacionado com “população com 65 ou mais anos” é entre o cluster 1 e 2. Os clusters com características mais semelhantes neste indicador são o 2, o 3 e o 5. Assim, o cluster 1 “elevado número de dificuldades



dos maiores de 65 anos e incapacidade auditiva da população Portuguesa” é onde se verifica uma maior expressão de população com mais de 65 anos. Por sua vez, é no cluster 2 “incapacidade visual da população Portuguesa e reduzido número de dificuldades dos maiores de 65 anos” onde há uma menor expressão da população com 65 ou mais anos.

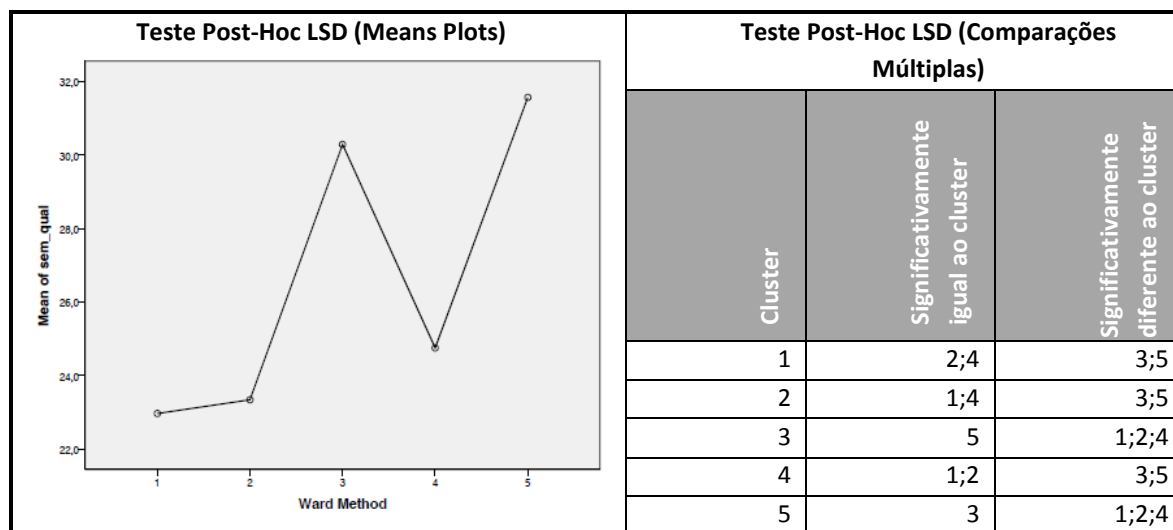
Figura 3: Relação do indicador socioeconómico “percentagem da população com 65 ou mais anos” com os cinco clusters.



Com a análise da figura 3 correspondente ao indicador socioeconómico relacionado com a “percentagem da população com 65 ou mais anos”, verifica-se que a diferença mais expressiva é entre os clusters 4 e 5, seguida dos clusters 1 e 2 em relação aos restantes. Os clusters com características mais semelhantes neste indicador são: i) 1 e 2; e, ii) 3 e 5. Assim, o cluster 5 “perceção das dificuldades da população Portuguesa” é o cluster com maior percentagem de pessoas com 65 ou mais anos, por sua vez, o cluster 4 “perceção das dificuldades e da incapacidade dos maiores de 65 anos” é onde a percentagem de população deste grupo etário é menor.

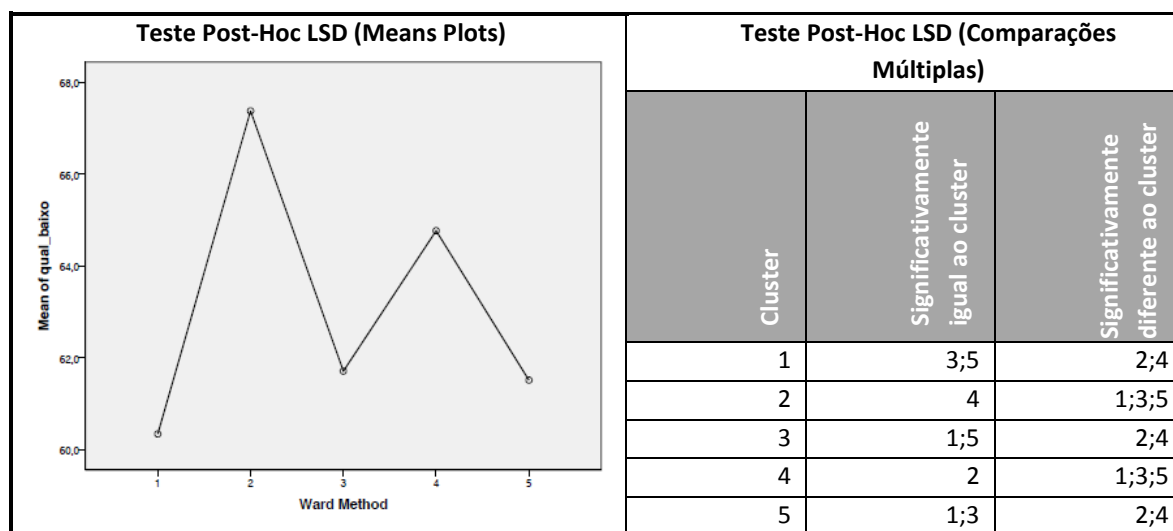


Figura 4: Relação do indicador socioeconómico “percentagem da população com 65 ou mais anos sem qualificações” com os cinco clusters.



Em relação à “percentagem da população com 65 ou mais anos sem qualificações”, como se pode verificar na figura 4, os clusters 1 e 5 são onde esta diferença é visível de forma mais acentuada. Assim, os clusters com este indicador mais semelhante são: i) 1, 2 e 4; e ii) 3 e 5. Desta análise, verifica-se que é no cluster 1 “elevado número de dificuldades dos maiores de 65 anos e incapacidade auditiva da população Portuguesa” onde existe menor percentagem de população deste grupo etário sem qualificações. No cluster 5 “perceção das dificuldades da população Portuguesa” é onde este há maior expressão de percentagem de população com 65 ou mais anos sem qualificações.

Figura 5: Relação do indicador socioeconómico “percentagem da população com 65 ou mais anos com nível baixo de qualificações” com os cinco clusters.



Da análise à figura 5 sobressai que existem diferenças significativas em relação ao indicador socioeconómico “percentagem da população com 65 ou mais anos com nível baixo de qualificações”. Estas diferenças são mais acentuadas em relação ao cluster 1, 3 e 5 em relação ao 2 e 4. Assim, é no cluster 2 “incapacidade visual da população Portuguesa e reduzido número de dificuldades dos maiores de 65 anos” onde há uma maior percentagem de população com 65 ou mais anos com nível baixo de qualificações e no cluster 1 “elevado número de dificuldades dos maiores de 65 anos e incapacidade auditiva da população Portuguesa” onde esta é menor.

Figura 6: Relação do indicador socioeconómico “percentagem da população com 65 ou mais anos com nível médio de qualificações” com os cinco clusters.

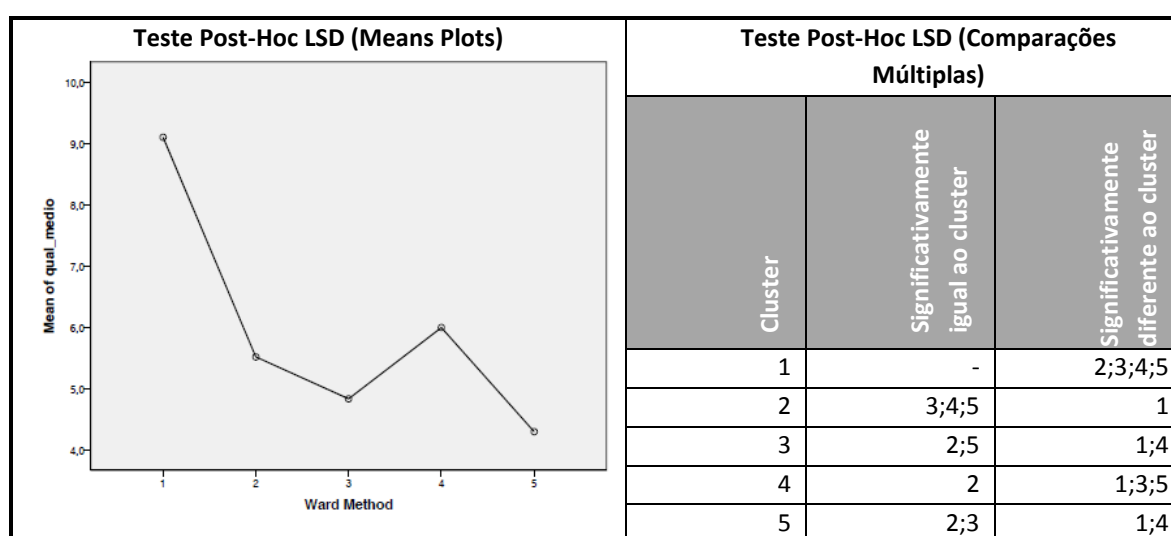
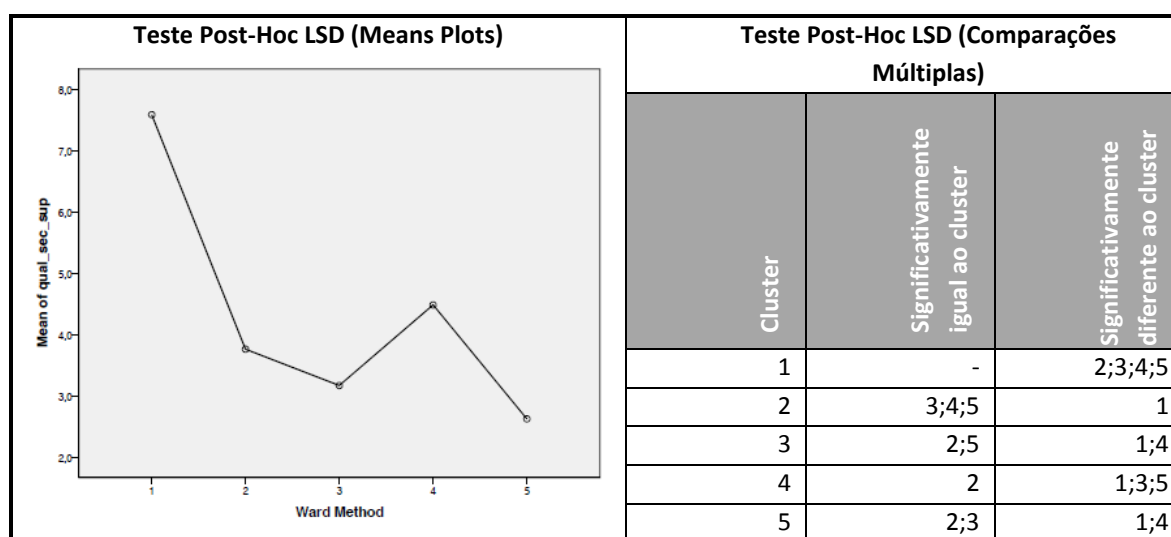


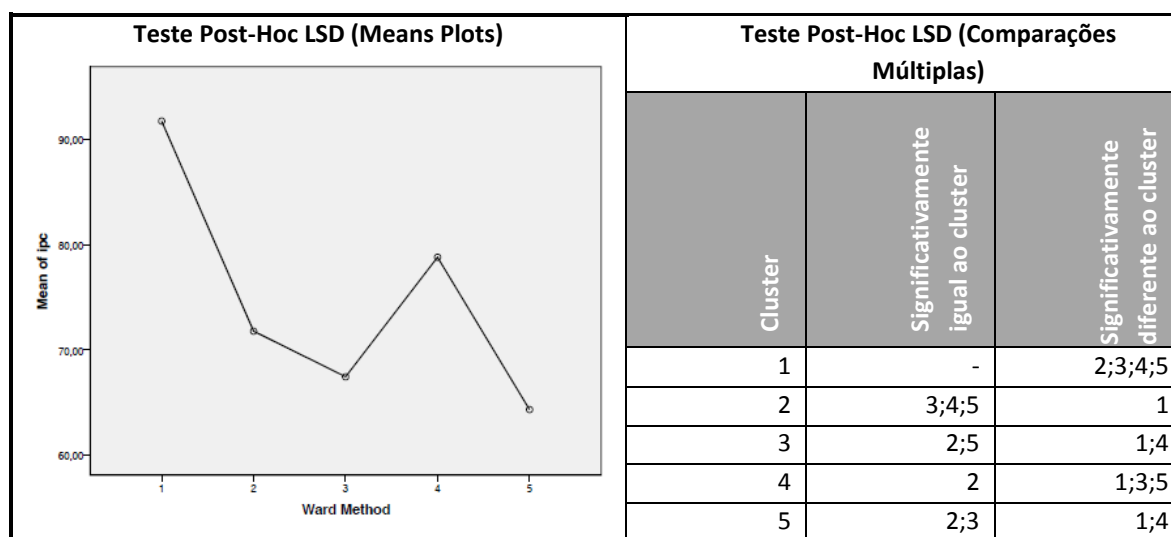
Figura 7: Relação do indicador socioeconómico “percentagem da população com 65 ou mais anos com nível alto de qualificações” com os cinco clusters.





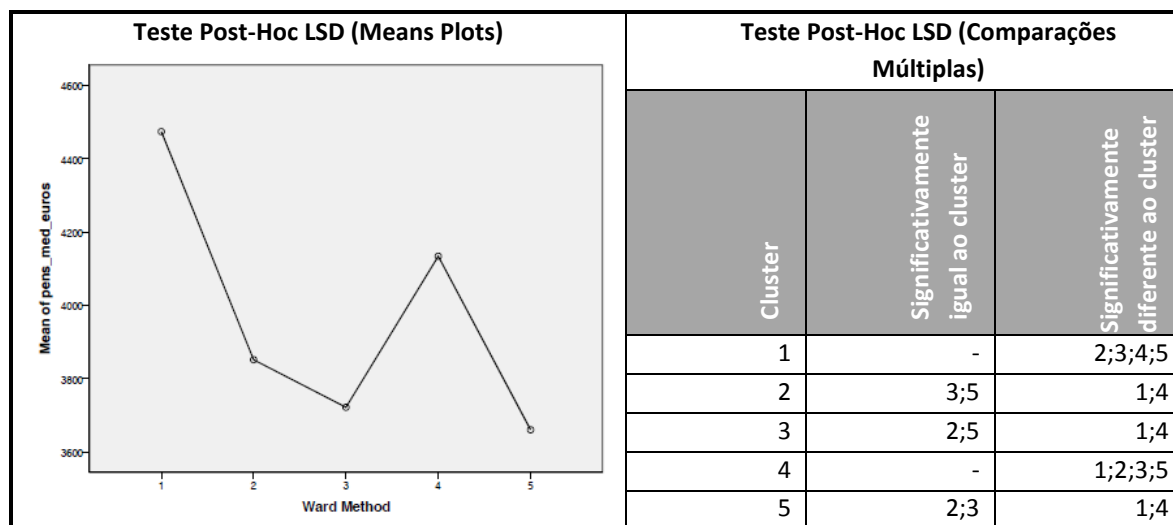
As figuras 6 e 7, relacionadas com os indicadores socioeconómicos “percentagem da população com 65 ou mais anos com nível médio de qualificações” e “percentagem da população com 65 ou mais anos com nível alto de qualificações”, respetivamente, apresentam semelhanças no que concerne à distribuição deste indicador nos cinco clusters. Em ambos, os clusters com diferenças mais expressivas são o 1 e o 5, o mesmo acontece em relação aos clusters com características mais semelhantes. Verifica-se que é no cluster 1 “elevado número de dificuldades dos maiores de 65 anos e incapacidade auditiva da população Portuguesa” onde existe maior percentagem de população deste grupo etário com nível médio ou alto de qualificações. No cluster 5 “perceção das dificuldades da população Portuguesa” é onde este há menor expressão de percentagem de população com 65 ou mais anos com nível médio ou alto de qualificações.

Figura 8: Relação do indicador socioeconómico “poder de compra per capita” com os cinco clusters.



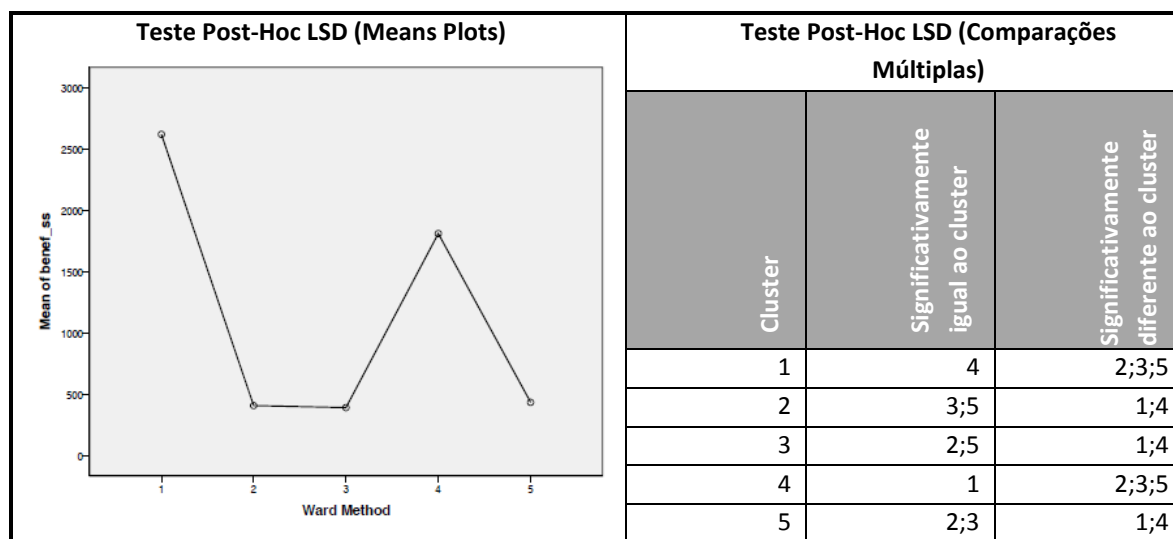
Da figura 8 ressalta que é em relação as clusters 1 e 5 onde há uma maior expressão de diferença no que diz respeito ao indicador socioeconómico relacionado com o “poder de compra per capita”. Assim, é no cluster 1 “elevado número de dificuldades dos maiores de 65 anos e incapacidade auditiva da população Portuguesa” onde é visível um maior poder de compra per capita por parte dos portugueses, o oposto é verificado no cluster 5 “perceção das dificuldades da população Portuguesa”.

Figura 9: Relação do indicador socioeconómico “valor médio das pensões da SS em euros” com os cinco clusters.



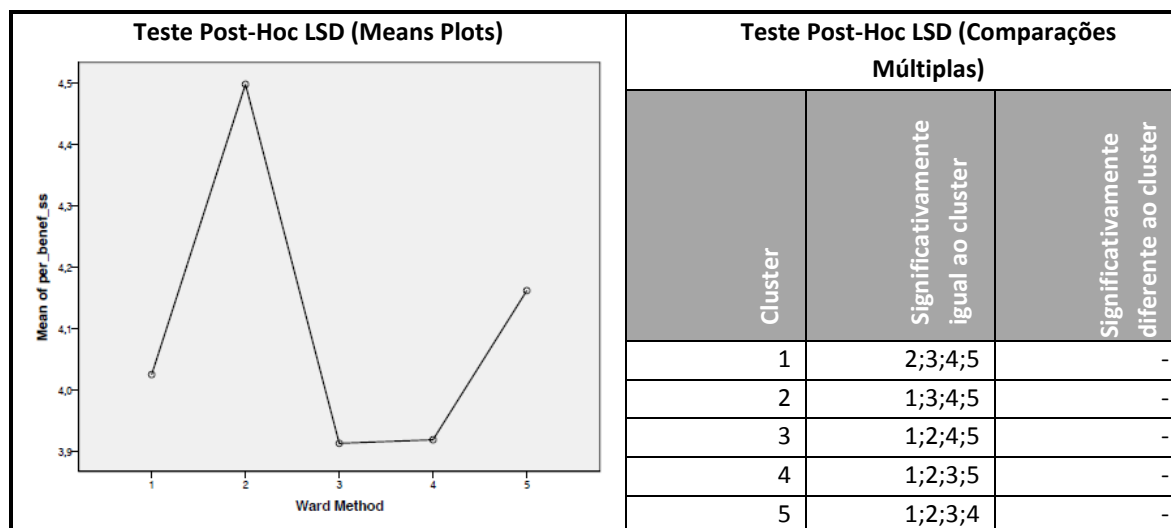
Na figura 9 está representada a relação dos cinco clusters com o indicador socioeconómico “valor médio das pensões da SS em euros”, com a análise do mesmo verifica-se que existe uma diferença muito significativa entre o cluster 1 e o cluster 3 e 5. É no cluster 1 “elevado número de dificuldades dos maiores de 65 anos e incapacidade auditiva da população Portuguesa” onde o valor médio das pensões da SS é mais elevado, por sua vez, o valor médio das pensões é mais reduzido no cluster 3 “reduzido número e perceção das dificuldades dos maiores de 65 anos e reduzida incapacidade visual da população Portuguesa” e no cluster 5 “perceção das dificuldades da população Portuguesa”.

Figura 10: Relação do indicador socioeconómico “beneficiários do RSI da SS” com os cinco clusters.



Como se observa na figura 10, os clusters 2, 3 e 5 são muito semelhantes em relação ao indicador socioeconómico “beneficiários do RSI da SS”, sendo notória significativas diferenças em relação aos clusters 1 e 4. Assim, no cluster 2 “incapacidade visual da população Portuguesa e reduzido número de dificuldades dos maiores de 65 anos”, no cluster 3 “reduzido número e percepção das dificuldades dos maiores de 65 anos e reduzida incapacidade visual da população Portuguesa” e no cluster 5 “percepção das dificuldades da população Portuguesa” é onde é visível um baixo número de beneficiários do RSI. No entanto, é no cluster 1 “elevado número de dificuldades dos maiores de 65 anos e incapacidade auditiva da população Portuguesa” onde há mais beneficiários deste subsídio.

Figura 11: Relação do indicador socioeconómico “percentagem dos beneficiários do RSI relativamente à população residente” com os cinco clusters.



Como se pode verificar na figura 11, não existem diferenças significativas entre os cinco clusters no que diz respeito à percentagem dos beneficiários do RSI relativamente à população residente.

No quadro 15 estão representados os elementos diferenciadores de cada indicador socioeconómico caracterizador de cada cluster, tendo por base a análise das figuras 2 à 10. Os acrónimos usados têm por base a posição que ocupam na figura em relação aos restantes clusters, correspondendo a muito alto (MA), alto (A), baixo (B) e muito baixo (MB). Assim, o padrão territorial do cluster 1 “elevado número de dificuldades dos maiores de 65 anos e incapacidade auditiva da população portuguesa” é caracterizado por um território com forte presença de população com 65 ou mais anos, no entanto, a percentagem deste grupo etário é baixa. Apresenta os valores mais altos para os restantes indicadores socioeconómicos à exceção dos relacionados com a ausência ou baixa escolaridade no grupo etário dos 65 ou mais anos.



O cluster 2 *“incapacidade visual da população Portuguesa e reduzido número de dificuldades dos maiores de 65 anos”*, apresenta um território marcado por muito baixa presença de população com 65 ou mais anos em relação aos restantes clusters, por baixa percentagem de população com 65 ou mais anos sem qualificações, no entanto, é o cluster onde há maior expressão de população com baixo nível de qualificações. Este cluster é ainda caracterizado com baixo número beneficiários do RSI.

O padrão territorial do cluster 3 *“reduzido número e perceção das dificuldades dos maiores de 65 anos e reduzida incapacidade visual da população Portuguesa”* é caracterizado com valores altos em relação aos restantes clusters no que se relaciona com uma maior percentagem da população com 65 ou mais anos e da percentagem do mesmo grupo etário sem qualificações. Apresenta valores baixos nos indicadores socioeconómicos relacionados com a percentagem da população com 65 ou mais anos com nível médio ou alto de qualificações, bem como no poder de compra *per capita* e no valor médio das pensões. É neste cluster onde há menos pessoas a usufruir do RSI.

O cluster 4 *“perceção das dificuldades e da incapacidade da população dos maiores de 65 anos”* é caracterizado por um território onde apresenta em quase todos os indicadores socioeconómicos analisados o segundo valor mais alto em relação aos cinco clusters. Este aspeto é visível em relação à população com 65 ou mais anos com baixo, médio ou alto nível de qualificações, no poder de compra *per capita*, no valor médio das pensões e no número de beneficiários do RSI. Este cluster é ainda caracterizado por ter um elevado número de população com 65 ou mais anos, no entanto, a percentagem deste grupo etário é a mais baixa em relação aos restantes clusters.

O padrão territorial do cluster 5 *“perceção das dificuldades da população Portuguesa”* apresenta os valores mais altos em relação aos restantes clusters relativamente à percentagem da população com 65 ou mais anos e à percentagem da população do mesmo grupo etário sem qualificações. Apresenta valores baixos em função da população com 65 ou mais anos e da percentagem da população do mesmo grupo etário com baixo nível de qualificações. É um território marcado pelos valores mais baixos no âmbito da percentagem da população com 65 ou mais anos com médias ou altas qualificações, do poder de compra *per capita* e do valor médio das pensões da SS.



Quadro 15: Elementos diferenciadores de cada indicador socioeconómico caracterizador de cada cluster.

Indicadores Socioeconómicos	Cluster				
	1	2	3	4	5
	Elevado número de dificuldades dos maiores de 65 anos e incapacidade auditiva di população Portuguesa	Incapacidade visual da população Portuguesa e reduzido número de dificuldades dos maiores de 65 anos	Reduzido número e perceção das dificuldades dos maiores de 65 anos e reduzida incapacidade visual da população Portuguesa	Perceção das dificuldades e da incapacidade dos maiores de 65 anos	Perceção das dificuldades da população Portuguesa
População com 65 ou mais anos	MA	MB		A	B
Percentagem da população com 65 ou mais anos	B		A	MB	MA
Percentagem da população com 65 ou mais anos sem qualificações	MB	B	A		MA
Percentagem da população com 65 ou mais anos com nível baixo de qualificações	MB	MA		A	B
Percentagem da população com 65 ou mais anos com nível médio de qualificações	MA		B	A	MB
Percentagem da população com 65 ou mais anos com nível alto de qualificações	MA		B	A	MB
Poder de compra <i>per capita</i>	MA		B	A	MB
Valor médio das pensões da SS em euros	MA		B	A	MB
Beneficiários do RSI da SS	MA	B	MB	A	



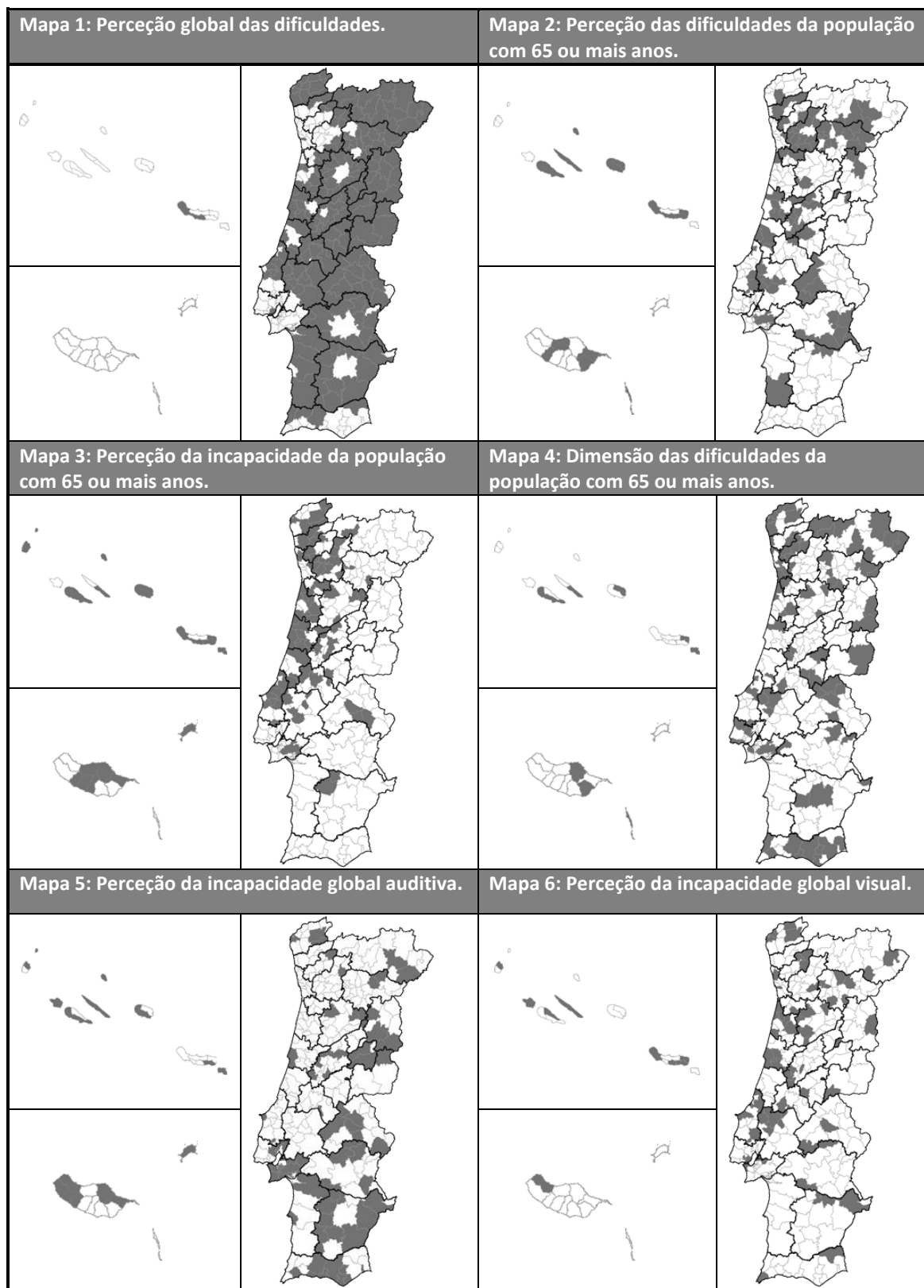
2.5. Síntese

Considerando os resultados importa ressaltar:

▪ Através da AFCP foi possível passar de 45 variáveis para 6 fatores. Destes, três estão relacionados com a população geral (fator 1 *“perceção global das dificuldades”*, fator 5 *“perceção da incapacidade global auditiva”* e o fator 6 *“perceção da incapacidade global visual”*) e três com o grupo etário dos 65 ou mais anos (fator 2 *“perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos”*, fator 3 *“perceção da incapacidade da população com 65 ou mais anos”* e o fator 4 *“dimensão das dificuldades da população com 65 ou mais anos”*). Como se pode verificar na figura 12, cada um dos fatores apresenta um padrão territorial distinto. Nesta os concelhos cujos scores apresentam valores acima ou muito acima da média estão representados a cinzento-escuro. Assim, o fator 1 segue o padrão do envelhecimento, uma vez que há uma grande expressão da *“perceção global das dificuldades”* apresentando uma mancha homogénea, ocupando quase a totalidade do território, à exceção das áreas metropolitanas de Lisboa e Porto, no Algarve e na RAM. No entanto, o fator 2 e 3 apesar de corresponderem ao grupo etário dos 65 ou mais anos não acompanham o padrão do envelhecimento populacional. Como se pode constatar na figura 12, o fator 2 *“perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos”* apresenta um padrão territorial disperso embora com maior expressão desta perceção no Norte do Continente, no litoral Centro do Continente, no Alentejo e na RAA. O fator 3 *“perceção da incapacidade da população com 65 ou mais anos”* com uma maior expressão na faixa litoral Norte e Centro do país e nas RA. Em relação à expressão no território do fator 4 *“dimensão das dificuldades da população com 65 ou mais anos”* verifica-se que este é disperso, no entanto, os concelhos com scores mais elevados neste fator concentram-se, maioritariamente, em três grandes núcleos: Norte, interior Centro e Algarve. Ao observar na figura 12 os mapas 2, 3 e 4 correspondentes apenas ao grupo etário dos 65 ou mais anos, constata-se que existe uma diferenciação do padrão territorial para cada um deles, mas existe uma predominância para os valores acima da média e muito acima da média nos concelhos localizados sobretudo no litoral Norte e no Centro. O padrão territorial da *“perceção da incapacidade global auditiva”* (fator 5) e o da *“perceção da incapacidade global visual”* (fator 6) é distinto, no primeiro a maior expressão da incapacidade localiza-se sobretudo no interior Centro, no Alentejo e Algarve e na RAA. No segundo, embora com um padrão disperso, com maior incidência no litoral Norte e Centro.



Figura 12: Imagem síntese dos seis mapas da AFCP.





▪ Com a realização da AC foi possível identificar o padrão territorial das dificuldades da população com 65 ou mais anos, através da criação de 5 clusters e com a AB foi possível relacionar os clusters identificados com os indicadores socioeconómicos analisados. Assim, o cluster 1 *“elevado número de dificuldades dos maiores de 65 anos e incapacidade auditiva da população Portuguesa”* é caracterizado por grande expressão da *“dimensão das dificuldades da população com 65 ou mais anos”* (fator 4) e por *“perceção da incapacidade global auditiva”* (fator 5) e por menor expressão da *“perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos”* (fator 2) e da *“perceção da incapacidade da população com 65 ou mais anos”* (fator 3). Em relação aos indicadores socioeconómicos, este cluster é caracterizado por elevado número de população com 65 ou mais anos, com muito alta percentagem de população com 65 ou mais anos com nível médio ou alto de qualificações e com muito elevado poder de compra *per capita*, valor médio das pensões da SS e número de beneficiários do RSI. No entanto, apresenta baixa percentagem de população com 65 ou mais anos. Com a sua representação no cartograma verifica-se que este é, maioritariamente, característico das sedes de distrito. O cluster 2 *“incapacidade visual da população Portuguesa e reduzido número de dificuldades dos maiores de 65 anos”* é caracterizado por elevada expressão da *“perceção da incapacidade global visual”* (fator 6) e reduzida expressão da *“dimensão das dificuldades da população com 65 ou mais anos”* (fator 4). Este cluster, em relação aos indicadores socioeconómicos é caracterizado com muito alta percentagem de população com 65 ou mais anos com nível baixo de qualificações e com muito baixo número de população com 65 ou mais anos. Este apresenta uma situação residual e dispersa no território Português. O cluster 3 *“reduzido número e perceção das dificuldades dos maiores de 65 anos e reduzida incapacidade visual da população Portuguesa”* é caracterizado por pouca expressão da *“dimensão das dificuldades da população com 65 ou mais anos”* (fator 4), da *“perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos”* (fator 2) e da *“perceção da incapacidade global visual”* (fator 6). No entanto apresenta valores significativos em relação à *“perceção global das dificuldades”* (fator 1). Este cluster é ainda caracterizado com alta percentagem de população com 65 ou mais anos e percentagem do mesmo grupo etário sem qualificações. Neste, também se verifica, baixo poder de compra *per capita* e valor médio das pensões da SS e muito baixo número de beneficiários do RSI. A sua representação no cartograma é visível na zona de transição Interior-Litoral e no Alentejo. O cluster 4 *“perceção das dificuldades e da incapacidade dos maiores de 65 anos”* é caracterizado com elevada expressão da *“perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos”* (fator 2) e *“perceção da incapacidade da população com 65 ou mais anos”* (fator 3). Em relação aos indicadores socioeconómicos é caracterizado com muito baixa percentagem de



população com 65 ou mais anos e com alto número de população com 65 ou mais anos, percentagem da população com 65 ou mais anos com nível baixo, médio ou alto de qualificações e com alto poder de compra *per capita*, valor médio das pensões da SS e número de beneficiários do RSI. Este é o cluster com maior expressão no território, ocupando maioritariamente a faixa litoral Norte e Centro do país. Por último, o cluster 5 “*perceção das dificuldades da população Portuguesa*” é caracterizado por elevada expressão da “*perceção global das dificuldades*” (fator 1) e pela “*perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos*” (fator 2) e muito reduzida expressão da “*perceção da incapacidade da população com 65 ou mais anos*” (fator 3) e reduzida expressão da “*perceção da incapacidade global auditiva*” (fator 5). Em relação aos indicadores socioeconómicos é caracterizado com muito alta percentagem da população com 65 ou mais anos e percentagem do mesmo grupo etário sem qualificações. Com baixo número de população com 65 ou mais anos e com muito baixa percentagem da população com 65 ou mais anos com nível médio ou alto de qualificações, de poder de compra *per capita* e valor médio das pensões da SS. A sua representação no território localiza-se, sobretudo, nos concelhos localizados no Interior do país.





3. CONCLUSÕES

Com o intuito de analisar as dificuldades das pessoas residentes em Portugal com 65 ou mais anos e verificar as diferenças territoriais tendo por base o grupo etário, o tipo e grau de dificuldades, os rendimentos e as habilitações, discute-se os padrões territoriais identificados com este estudo.

Com a AFCP, numa primeira observação, constatou-se que as diferenças entre os dois grupos etários (65-79 anos; 80 ou mais anos) criados a partir do grupo etário dos 65 ou mais anos, não apresentou diferenças significativas, ficando estas variáveis associadas no mesmo fator. Esta característica também foi observada em relação à perceção da incapacidade visual e da incapacidade auditiva, na medida em que os grupos etários analisados (total da população; 65-79 anos; 80 ou mais anos) foram agrupados no mesmo fator, passando a existir um fator relacionado com a perceção da incapacidade global auditiva e outro com a perceção da incapacidade global visual. Este aspeto contrapõe com a revisão da literatura, uma vez que segundo Zimmerman (2007), a perda da audição e da visão são duas das modificações que caracterizam o envelhecimento, nomeadamente, no âmbito biológico. Cerqueira (2010) acrescenta que o envelhecimento é caracterizado por diversas mudanças no indivíduo com o seu término na velhice.

Verificou-se, ainda que não existem diferenças significativas em relação aos graus muita dificuldade e ao não consegue efetuar a ação e à dimensão das dificuldades, uma vez que as variáveis relacionadas com estes, em função do tipo de dificuldades para a população em geral, ficaram agrupadas no fator perceção global das dificuldades.

Em relação ao fator 1 “*perceção global das dificuldades*”, verifica-se que o padrão territorial do mesmo tem uma grande expressão em quase todas as regiões do país, à exceção dos dois centros urbanos (Grande Lisboa e Grande Porto), do Algarve e da RAM. Estas regiões apresentam características que definem semelhanças territoriais, nomeadamente, no âmbito da densidade populacional (Reis, 2009). A Grande Lisboa e o Grande Porto são as NUTS III do país com mais habitantes, o primeiro com 2012477 e o segundo com 1287282 habitantes (INE, 2011b). As regiões onde há uma maior expressão da população Portuguesa percecionam as dificuldades coincidem com as regiões que Castro *et al.* (2015) caracterizam como fazendo parte da Europa envelhecida. Esta informação corrobora com o defendido por Bandeira (2014) que defende que o Interior do país é demograficamente mais despovoado e envelhecido em oposição às regiões do Litoral e com os dados relativos ao censo de 2011, sobre o número de habitantes por NUT III (INE, 2011b). Tratando-se de dados relativos à população em geral é um aspeto relevante verificar que onde há maior



expressão da perceção das dificuldades é nas áreas com menor número de habitantes e mais envelhecidas.

Com a análise do padrão territorial do fator 2 *“perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos”* verifica-se que apresenta um padrão territorial disperso, embora com maior expressão deste fator nos concelhos localizados a Norte, litoral Centro, Alentejo e RAA. Desta forma, constata-se que na maioria das regiões confirmadas pela revisão da literatura como as mais envelhecidas, são aquelas onde há uma menor expressão da perceção das dificuldades por parte deste grupo etário. A bibliografia remete para que as NUTS III com maior índice de envelhecimento, em 2011, sejam o Pinhal Interior Sul (325,2%), seguido da Serra da Estrela (263,1%) e da Beira Interior Sul (249,6%), onde a proporção de pessoas idosas é muito superior à dos jovens (Moreira & Gomes, 2014). Contudo apesar destas regiões apresentarem o maior índice de envelhecimento do país, cruzando com a informação obtida na análise dos resultados, nestas é onde a perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos não é tão acentuada. Encontrando-se os concelhos com *scores* dentro da média, abaixo ou muito abaixo da média, à exceção do concelho da Sertã, localizada na NUT III da Beira Interior Sul, que apresenta valores muito acima da média.

No entanto, ao analisar-se o padrão territorial do fator 2 *“perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos”* em relação ao fator 1 *“perceção global das dificuldades”*, os *scores* apontam para um resultado oposto em praticamente todos os concelhos do país. Outro aspeto que ressalta da análise destes dois padrões territoriais é o facto de nas regiões do Algarve, Oeste e Pinhal Litoral caracterizadas por Castro *et al.* (2015) como Europa próspera e de baixa densidade serem regiões cujos concelhos não apresentam valores muito acima da média nestes dois fatores. Correspondendo a regiões prósperas e jovens mas com comparativa baixa densidade demográfica (Castro *et al.*, 2015). Assim, depreende-se que a perceção das dificuldades difere em função do grupo etário, com um padrão territorial distinto em que as regiões mais envelhecidas não são necessariamente aquelas onde há uma maior expressão das pessoas idosas percecionarem as dificuldades.

Em relação ao fator 3 *“perceção da incapacidade da população com 65 ou mais anos”* verifica-se que a representação no cartograma dos valores mais acentuados localizam-se nos concelhos da faixa litoral Norte e Centro (exceção da NUT III do Grande Porto) e RA. Contrapondo com a revisão da literatura, segundo Lafortune & Balestat (2007), um maior nível educacional tende a estar associado a um menor nível de incapacidade. Este aspeto também é defendido por Sagardui-



villamor et al., (2005), com base num estudo realizado em Espanha, onde concluiu que a tendência de incapacidade foi menos favorável para os participantes com menor nível de ensino. Esta característica não é verificada neste padrão territorial, na medida em que as NUTS III identificadas como onde há uma maior perceção da incapacidade pelo grupo etário dos 65 ou mais anos é onde, segundo os dados do INE (2001b) apresentam, maioritariamente, uma percentagem mais elevada de escolaridade deste grupo etário.

Segundo Cambois et al., (2004) a incidência da incapacidade no grupo etário dos 65 ou mais anos é estudada tendo por base a perceção das dificuldades, havendo uma incidência em as pessoas idosas experimentarem simultaneamente mais do que um tipo de dificuldades em situações mais desfavoráveis. Assim, o padrão territorial do fator 4 *“dimensão das dificuldades da população com 65 ou mais anos”*, ou seja, o número de dificuldades que este grupo etário perceciona é disperso em todo o território nacional, embora com maior expressão no Norte, no interior Centro e no Algarve. Verifica-se que é a no Alentejo, nomeadamente, no Baixo Alentejo e na RAA que este grupo etário perceciona acumular menos dificuldades. Ao contrapor esta informação com dados disponibilizados pelo INE referente à percentagem de população deste grupo etário com escolaridade, constata-se que quatro das cinco NUTS III do Alentejo ocupam as quatro primeiras posições das regiões com menor percentagem de escolaridade (INE, 2011b). Curiosamente, a RAA é a segunda região do país com maior percentagem de escolaridade deste grupo etário (INE, 2011b).

Ao analisar estudos sobre a perceção da saúde em função do nível habilitacional, Espelt et al. (2008), defendem que as pessoas com baixa escolaridade expressam pior perceção da saúde do que aqueles que têm maior nível de escolaridade. Por sua vez, segundo D’Uva et al. (2008), defendem que as pessoas com mais habilitações literárias são mais críticas em relação ao seu estado de saúde. Também para Cerqueira (2010), níveis mais elevados de habilitações literárias e de rendimentos contribuem para uma melhor perceção da saúde. Os resultados obtidos com a AFCP apresenta um padrão distinto do defendido pelos autores, pois se, por um lado, a baixa escolaridade expressa pior perceção da saúde, tal não se verifica com este estudo, pois a região do Alentejo é caracterizada por baixa percentagem de escolaridade. Se por outro, mais escolaridade significa maior consciência do seu estado de saúde, a RAA apresenta uma percentagem elevada de escolaridade, mas também baixa perceção do número de dificuldades. A região do Alentejo apresenta características que vão ao encontro do defendido por D’Uva et al. (2008), na medida em



que as pessoas com menos habilitações literárias têm menos expectativas em relação à saúde, uma vez que observam uma maior ocorrência de problemas de saúde no seu meio.

O fator 5 *“perceção global da incapacidade auditiva”* apresenta um padrão territorial onde a existência de maior expressão deste fator localiza-se, sobretudo, no interior Centro, Alentejo, Algarve e RAA. Estas regiões são caracterizadas com baixa número de pessoas com 65 ou mais anos, à exceção do Algarve (INE, 2011b). O fator 6 *“perceção global da incapacidade visual”* apresenta um padrão territorial diferente, uma vez que a expressão da falta de visão pela população em geral concentra-se mais na faixa litoral Norte e Centro do país. Nestas é onde há uma maior expressão das NUTS III com mais população do grupo etário dos 65 ou mais anos, maior poder de compra e maior percentagem de escolaridade do grupo etário dos 65 ou mais anos (INE, 2011b).

Em 2011, só nas NUTS III da RAA (73,3%), o Tâmega (81,5%), o Cávado (87,0%), a RAM (90,7%) e o Ave (95,1%) é que o rácio das pessoas idosas não ultrapassa os 100 jovens (Moreira & Gomes, 2014), portanto estas são as regiões menos envelhecidas do país. Segundo Castro et al. (2015), o Ave e o Tâmega são consideradas regiões caracterizadas como Europa pobre e com baixo dinamismo socioeconómico. Contrapondo com os resultados deste estudo, estas regiões apresentam concelhos com *scores* dentro da média, acima ou muito acima da média, para o fator 2 *“perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos”*. Assim, constata-se que apesar destas regiões serem as menos envelhecidas é onde existe uma maior perceção das dificuldades das pessoas idosas. Esta característica também é visível em relação ao fator 3 *“perceção da incapacidade da população com 65 ou mais anos”*, apenas com uma expressão menos acentuada em relação ao fator anterior na região do Tâmega. Na zona mais a Litoral destas regiões é onde os valores se encontram muito abaixo da média para o fator 1 *“perceção global das dificuldades”*, ou seja, é onde a população em geral perceciona não ter muita dificuldade em realizar as ABVD. Por sua vez, em relação ao fator 5 *“perceção da incapacidade auditiva”* e ao fator 6 *“perceção da incapacidade visual”*, os concelhos destas regiões apresentam, maioritariamente, valores dentro da média, ou abaixo ou muito abaixo da média nacional. Assim, ao analisar-se os fatores correspondentes ao grupo etário dos 65 ou mais anos, verifica-se que nestas regiões os valores encontram-se, maioritariamente, dentro da média, ou acima ou muito acima da média. Por outro lado, ao analisar-se os fatores onde este grupo etário se encontra diluído na população em geral, o padrão é o oposto.



Contrapondo com a revisão da literatura, de acordo com o estudo desenvolvido por Moreira & Gomes (2014) as estruturas mais envelhecidas do país, em 2011, localizam-se sobretudo nas regiões no interior do Continente. Ao comparar estes dados com os obtidos na AC e na AB do presente estudo, verifica-se que os dois clusters com a percentagem mais alta de população com 65 ou mais anos são, respetivamente, o 5 *“perceção das dificuldades da população Portuguesa”* e o 3 *“reduzido número e perceção das dificuldades dos maiores de 65 anos e reduzida incapacidade visual da população Portuguesa”*. O presente estudo caracteriza o cluster 5 como o cluster cujo número de população com 65 ou mais anos é baixo. Assim, neste cluster apesar de ter a percentagem de população mais alta dos cinco clusters é o segundo mais baixo em relação ao número de pessoas deste grupo etário, depreendendo que a manifestação da perceção das dificuldades não se relaciona diretamente com o facto do acentuado envelhecimento demográfico de algumas regiões. Outro aspeto a reter da análise ao cluster 5 *“perceção das dificuldades da população Portuguesa”* é que este é o cluster com a mais alta percentagem da população com 65 ou mais anos sem qualificações, corroborando o defendido por Espelt et al. (2008), que as pessoas com menor escolaridade tem uma perceção mais precária em relação à sua saúde.

Segundo Bungener (2004), as desigualdades sociais e financeiras podem restringir as oportunidades das pessoas idosas, comprometendo a sua longevidade. Contrapondo com o presente estudo, o cluster 1 *“elevado número de dificuldades dos maiores de 65 anos e incapacidade auditiva da população Portuguesa”*, é o cluster onde se verificou *scores* mais altos em relação à percentagem da população com 65 ou mais anos com nível médio ou alto de qualificações, em relação ao poder de compra *per capita*, ao valor médio das pensões da SS e ao número de beneficiários do RSI. Também é o cluster com maior número de população com 65 ou mais anos. Assim, conclui-se que neste caso, o fato de possuir os rendimentos e qualificações mais altas não se manifesta necessariamente em melhor perceção de saúde e conseqüentemente, longevidade.

O cluster 4 *“perceção das dificuldades e da incapacidade dos maiores de 65 anos”*, como já foi referido é o que apresenta maior expressão no território, no entanto, este é caracterizado com muito baixa percentagem da população com 65 ou mais anos, apesar de elevada expressão do número de população deste grupo etário. Segundo Lafortune & Balestat (2007), um maior nível de habilitações e rendimentos mais altos, contribuem para padrões mais elevados de bem-estar e, conseqüente, menor perceção da incapacidade. O defendido por estes autores não é verificado, uma vez que neste cluster referente à perceção das dificuldades e da incapacidade do grupo etário dos 65 ou mais anos, apresenta um nível alto de qualificações neste grupo etário, bem como de



poder de compra *per capita*, valor médio das pensões da SS e número de beneficiários do RSI. A mesma conclusão advém da análise do padrão territorial do cluster 2 *“incapacidade visual da população Portuguesa e reduzido número de dificuldades dos maiores de 65 anos”*. Na medida em que é neste cluster onde a percentagem da população com 65 ou mais anos com nível baixo de instrução é mais acentuada e o número de beneficiários do RSI é baixo.

Os resultados deste estudo indicam que existem diferenças no padrão territorial Português em função do tipo de dificuldade, do grau de dificuldade, do rendimento, do nível habilitacional e do grupo etário. Neste último, foi analisado apenas os grupos etários total da população e o dos 65 ou mais anos, uma vez que como já foi referido, no âmbito da criação dos subgrupos 65-79 anos e 80 ou mais anos, não se verificou diferenças significativas, optando-se por analisar os dados obtidos associando estes dois intervalos de idades.

A opção de analisar as dificuldades da população em geral foi para verificar se o grupo etário dos 65 ou mais anos seguiam o mesmo padrão territorial, o que acabou por não se verificar em relação à perceção das dificuldades, da incapacidade e da dimensão das dificuldades, seguindo um padrão distinto. Por outro lado, a incapacidade auditiva e a incapacidade visual, com AFCP foram agrupadas para o total da população e para o grupo etário dos 65 ou mais anos, podendo sugerir que as pessoas idosas seguem o mesmo padrão territorial da restante população em relação ao não conseguir ouvir e ao não conseguir ver.

A diferença mais marcante verificada em relação aos dois grupos etários estudados é que o padrão territorial da perceção das dificuldades pela população geral é completamente o oposto da perceção das dificuldades e da incapacidade do grupo etário dos 65 ou mais anos. O primeiro com maior expressão na faixa Interior e os segundos com maior expressão na faixa Litoral.

Outro aspeto a reter é o facto do mapeamento da perceção das dificuldades pelas pessoas com 65 ou mais anos apresentar um padrão completamente oposto aos dados sobre o envelhecimento apresentados na literatura, ou seja, as NUTS III mais envelhecidas do país, são aquelas onde as dificuldades são menos percecionadas. O mesmo fenómeno ocorre com o oposto, onde as NUTS III menos envelhecidas apresentam maior expressão na perceção das dificuldades. Portanto o padrão territorial das dificuldades é diferente do padrão territorial do envelhecimento.

Em relação ao número de dificuldades que cada pessoa idosa perceciona verificou-se que existe uma relação entre baixa escolaridade e baixa perceção da saúde.



Com a realização da AC foi possível a criação de cinco clusters a partir dos 6 fatores analisados, identificado o padrão territorial das dificuldades. Através da AB foi possível verificar que todos os indicadores socioeconómicos analisados, à exceção do “*percentagem dos beneficiários do rendimento social de inserção (RSI) relativamente à população residente*”, contribuem para a diferenciação de cada cluster.

Da análise ao padrão territorial das dificuldades ressalta que: i) rendimentos mais altos não se traduzem em melhor perceção de saúde; ii) qualificações mais altas não estão diretamente relacionados com melhor perceção de saúde; e, iii) as regiões mais envelhecidas não são necessariamente onde há uma maior expressão das dificuldades deste grupo etário.

As limitações deste estudo relacionam-se com três aspetos fundamentais. Primeiro com o elevado número de dados recolhidos sobre a perceção das dificuldades da população portuguesa, tendo por base os dados disponibilizados no INE referentes ao apuramento do censo de 2011. Por uma questão temporal, dos sete quadros de apuramento recolhidos sobre a temática, ficaram por analisar os dados referentes a: i) edifícios construídos estruturalmente para possuírem três alojamentos, acessibilidades e existência de elevador por tipo de dificuldades, sexo e grupo etário; ii) condição perante o trabalho por tipo de dificuldades, sexo e grupo etário; iii) dimensão das dificuldades por dificuldade, sexo e grupo etário; iv) principal meio de vida por tipo de dificuldades, sexo e grupo etário; e, por último, v) nível habilitacional por tipo de dificuldades e grupo etário. Optando-se por realizar comparações entre os dados obtidos com os dois quadros de apuramento analisados e indicadores socioeconómicos (população, rendimento e habilitações). A segunda limitação relaciona-se com a importância de realizar mais comparações entre as diversas variáveis com vista a encontrar novos padrões territoriais. Por último, questionar os agentes políticos locais sobre a sua perspetiva acerca da temática, nomeadamente, sobre os padrões territoriais da perceção das dificuldades apurados. Assim, esta temática justifica a realização de outros estudos complementares, que colmatem as limitações expostas e que contribuam para a definição desta problemática junto das pessoas idosas. Depois de concluídas as comparações no âmbito nacional poder-se-á proceder a comparações de âmbito internacional. Poder-se-á, também, analisar a modificação da perceção das dificuldades em Portugal, com os dados sobre a perceção das dificuldades do próximo recenseamento da população em 2021, seria interessante fazer a comparação com os dados referentes a 2011, atendendo ao seu impacto territorial e variação temporal.



Uma das principais implicações deste estudo é a sua importância para os decisores políticos poderem identificar os padrões territoriais das dificuldades, podendo proceder ao desenho de políticas mais adequadas para cada área territorial. Para além deste aspeto, assume também importância na caracterização das pessoas que estão a envelhecer e da vulnerabilidade das mesmas, ao mapear no território a perceção das suas dificuldades, podendo ser um ponto de partida para muitas investigações e na formação dos profissionais da área da gerontologia e da incapacidade.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M. A., Gutierrez, G. L., & Marques, R. (2012). *Qualidade de vida* (pp. 1–141). São Paulo: Edições EACH.
- Alves, L. C., Leite, I. da C., & Machado, C. J. (2008). Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa : uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, *13*(4), 1199–1207. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/16.pdf>
- Apóstolo, J. L. A. (2013). Envelhecimento Saúde e Cidadania. *Revista de Enfermagem Referência*, *III Série*(9), 205–208. Retrieved from <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=bfafae67-3eef-4e6c-af81-ca44a53fe3a7@sessionmgr112&vid=1&hid=114>
- Aronson, K. J., & Mccoll, M. A. (1999). Ageing and disabilities. *Disability and Rehabilitation*, *21*(5/6), 193–195.
- Avdeev, A., Eremenko, T., Festy, P., Gaymu, J., Bouteillec, N., & Springer, S. (2011). Populations et tendances démographiques des pays européens (1980-2010). *Population-F*, *66*(1), 9–133. doi:10.3917/popu.1101.0009
- Azevedo, A. B., & Batista, M. I. (2014). Evolução das subpopulações. In M. L. Bandeira (Ed.), *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população Portuguesa (1950-2011): evolução e perspectivas* (pp. 82–109). Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Bandeira, M. L. (2014a). *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população Portuguesa (1950-2011): evolução e perspectivas*. (M. L. Bandeira, Ed.) (pp. 17–26). Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Bandeira, M. L. (2014b). Síntese retrospectiva e questões actuais acerca do processo de envelhecimento da população de Portugal. In M. L. Bandeira (Ed.), *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população Portuguesa (1950-2011): evolução e perspectivas* (pp. 418–422). Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Blanchet, D., Debrand, T., Dourgnon, P., & Laferrère, A. (2007). Santé, vieillissement et retraite en Europe. *Économie et Statistique*, *403-404*(403-404), 3–18.
- Börsch-Supan, A., Hank, K., & Jürges, H. (2005). A new comprehensive and international view on ageing: introducing the “survey of health, ageing and retirement in Europe.” *European Journal of Ageing*, *2*, 245–253. doi:10.1007/s10433-005-0014-9
- Bungener, M. (2004). Canicule estivale : la triple vulnérabilité des personnes âgées. *Mouvements*, *2*(32), 75–82. doi:10.3917/mouv.032.0075
- Cambois, E., Désesquelles, A., & Ravaud, J.-F. (2004). Femmes et hommes ne sont pas égaux face au handicap. *Gérontologie et Société*, *3*(110), 283–291. doi:10.3917/gs.110.0283



- Cardoso, S., Santos, M. H., Baptista, M. I., & Clemente, S. (2012). Estado e políticas sociais sobre a velhice em Portugal. *Análise Social*, 204, xlvii(3), 606–630.
- Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J., & Sacadura, M. (2012). *O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade. ... em: <http://www.qren.pt/np4/> ...* (pp. 1–363). Lisboa. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:O+envelhecimento+da+populacao+:+dependencia,+ativacao+e+qualidade#0>
- Castro, E. A., Martins, J. M., & Silva, C. J. (2015). *A demografia e o país, previsões cristalinas sem bola de cristal*. (G. Valente, Ed.) (pp. 1–220). Lisboa: Gradiva.
- Cerqueira, M. de M. (2010). *Imagens do envelhecimento e da velhice, um estudo na população portuguesa*. Universidade de Aveiro.
- D’Uva, T. B., O’Donnell, O., & Doorslaer, E. Van. (2008). Differential health reporting by education level and its impact on the measurement of health inequalities among older Europeans. *International Journal of Epidemiology*, 37(6), 1375–1383. doi:10.1093/ije/dyn146
- Doka, K. J., & Lavin, C. (2003). The paradox of ageing with developmental disabilities: increasing needs, declining resources. *Ageing International*, 28(2), 135–154. doi:10.1007/s12126-003-1021-9
- Duque, A. S., Gruner, H., Clara, J. G., Ermida, J. G., & Veríssimo, M. T. (n.d.). *Avaliação Geriátrica* (pp. 1–20).
- Espelt, A., Borrell, C., Rodríguez-Sanz, M., Muntaner, C., Pasarín, M. I., Benach, J., ... Navarro, V. (2008). Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions. *International Journal of Epidemiology*, 37(5), 1095–1105. doi:10.1093/ije/dyn051
- EUROSTAT. (2014). Eurostat statistics. Retrieved November 22, 2014, from <http://ec.europa.eu/eurostat>
- Figueiredo, D. M. P. de. (2007). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência*. Universidade de Aveiro.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento* (1ª ed., p. 194). Lisboa: Climepsi.
- Fontes, A. P., Fernandes, A. A., & Botelho, M. A. (2010). Funcionalidade e incapacidade : aspectos conceptuais , estruturais e de aplicação da classificação internacional de funcionalidade , incapacidade e saúde (CIF). *Elsevier Doyma*, 28(2), 171–178.
- Gomes, C. S., & Moreira, M. J. G. (2014). Dinâmicas demográficas do envelhecimento: análise retrospectiva e questões atuais. In M. L. Bandeira (Ed.), *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população Portuguesa (1950-2011)* (pp. 111–165). Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.



- Gomes, M. C. S. (2000). *Prospectiva do envelhecimento demográfico na região de Viseu. O caso particular dos equipamentos sociais para idosos*. Universidade Nova de Lisboa.
- Guerra, A. C. L. C., & Caldas, C. P. (2010). Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento : a percepção do sujeito idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2931–2940.
- INE. (2002). O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 1, 1–24.
- INE. (2011a). *Censos 2011 - preparação, metodologias e conceitos* (p. 166). Lisboa.
- INE. (2011b). Instituto Nacional de Estatística, Censos 2011. Retrieved January 13, 2015, from http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros_populacao
- INE. (2012, November). Dia internacional das pessoas com deficiência - 3 de dezembro saúde e incapacidades. *Destaque*, 1–15.
- Kapteyn, A. (2010). What can we learn from (and about) global aging? *Demography*, 47(s), S191–S209. doi:10.1353/dem.2010.0006
- Lafortune, G., & Balestat, G. (2007). *Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications* (p. 80).
- Laurenti, R. (2003). A mensuração da qualidade de vida. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 49(4), 361–362. doi:10.1590/S0104-42302003000400021
- Leitão, A. (2004). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde* (p. 238). Lisboa.
- Marín, D. C., & Casasnovas, G. L. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro* (pp. 1–242). Barcelona: Fundación “la Caixa.”
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3ª ed., pp. 329–457). Lisboa: Edições Sílabo.
- Marques, E. M. B. G., Sánchez, C. S., & Vicario, B. P. (2014). Percepção da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(1), 75–84. doi:10.12707/RIII1314
- Meneses, D. L. P., Júnior, F. J. G. da S., Melo, H. de S. F., Silva, J. C., Luz, V. L. E. de S., & Figueiredo, M. do L. F. (2013). A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. *Enfermanem Em Foco*, 4(1), 15–18.
- Moreira, M. J. G., & Gomes, C. S. (2014). Evolução da população Portuguesa. In M. L. Bandeira (Ed.), *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população Portuguesa (1950-2011): evolução e perspectivas* (pp. 29–82). Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Nunes, M. C. R., Ribeiro, R. C. L., Rosado, L. E. F. P. L., & Francschini, S. C. (2009). Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes Ubá , Minas Gerais. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13(5), 376–382.



- Osório, A. R. (2007). Os idosos na sociedade atual. In A. R. Osório & F. C. Pinto (Eds.), *As pessoas idosas - contexto social e intervenção educativa* (pp. 11–46). Lisboa: Horizontes Pedagógicos - Instituto Piaget.
- Paschoal, S. M. P. (2004). *Qualidade de vida do idoso : construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico*. Universidade de São Paulo.
- Ravaud, J.-F. (2014). Les enquêtes en population générale sur le handicap : un outil d'observation essentiel de la statistique publique. *Informations Sociales*.
- Reis, J. (2009). As relações inter-regionais em Portugal e o “efeito-capitalidade.” *Finisterra*, XLIV(88), 25–36.
- Sagardui-Villamor, J., Guallar-Castillón, P., García-Ferruelo, M., Banegas, J. R., & Rodríguez-Artejo, F. (2005). Trends in disability and disability-free life expectancy among flderly feople in Spain: 1986-1999. *Medical Sciences*, 60A(8), 1028–1034.
- Santos, R. M. da F., Santos, P. M. da F., Santos, V. L. D. B., & Duarte, J. C. (2013). A qualidade de vida do idoso : o caso da Cova da Beira. *Revista de Enfermagem Referência*, III(11), 37–48. doi:10.12707/RIII1210
- Schalock, R. L., & Verdugo, M. Á. (2003). *Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. (Alianza, Ed.) (pp. 1–448). Madrid.
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 585–593.
- Schröder-butterfill, E., & Marianti, R. (2013). A framework for understanding old-age vulnerabilities. *Ageing Soc.*, 26(1), 1–22. doi:10.1017/S0144686X05004423.A
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos : um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37(3), 364–371.
- Statistics, W. G. on D. (2010). *The measurement of disability recommendations for the 2010 round of censuses* (pp. 1–6).
- Tamer, L. N., & Petriz, G. (2007). A qualidade de vida dos idosos. In A. R. Osório & F. C. Pinto (Eds.), *As pessoas idosas - contexto social e intervenção educativa* (pp. 181–201). Lisboa: Horizontes Pedagógicos - Instituto Piaget.
- Ulysse, P.-J. (1997). *Population aging: an overview of the past thirty years. Review of the literature* (pp. 1–86). Ontario.
- Vincent, J. A. (2006). Ageing contested: anti-ageing science and the cultural construction of old age. *Sociology*, 40(4), 681–698. doi:10.1177/0038038506065154
- WHO. (2002). *Active ageing: a policy framework* (p. 59). Madrid.
- Zimmerman, G. I. (2007). *Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. Artmed Editora.



ANEXO 1

(QUADRO COM OS SCORES DE CADA CONCELHO EM RELAÇÃO À ANÁLISE FATORIAL DE COMPONENTES PRINCIPAIS E DA ANÁLISE DE CLUSTERS)



CONCELHO	FATOR 1	FATOR 2	FATOR 3	FATOR 4	FATOR 5	FATOR 6	CLUSTER
	Perceção global das dificuldades	Perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos	Perceção da incapacidade da população com 65 ou mais anos	Dimensão das dificuldades da população com 65 ou mais anos	Perceção da incapacidade global auditiva	Perceção da incapacidade global visual	
NUT III - Minho-Lima							
Arcos de Valdevez	1,13996	-0,73209	0,55189	0,74497	0,50753	0,62806	1
Caminha	0,08535	-0,89133	0,66960	1,25291	3,05283	1,11824	2
Melgaço	1,15796	-2,08411	0,58689	0,39919	-0,10462	-0,22636	3
Monção	0,48483	-0,66334	0,49047	1,53706	0,49166	0,56712	1
Paredes de Coura	-0,16951	-1,28174	-1,49065	-0,97178	0,47659	0,06148	3
Ponte da Barca	1,10799	0,40513	1,74341	0,29107	1,21172	0,23453	4
Ponte de Lima	-0,05390	0,59215	0,91595	-0,24841	0,05265	0,46505	4
Valença	-0,43977	-1,84209	0,02623	1,99054	0,39289	-0,08943	1
Viana do Castelo	-0,48434	-0,10529	0,35760	0,70167	0,35795	0,09252	4
Vila Nova de Cerveira	-0,09981	-0,96551	-0,14167	0,79375	-1,28075	1,82304	2
Amares	-0,89087	-0,24899	1,35943	0,82629	0,35022	0,11027	4
Barcelos	-1,00771	0,87859	0,74197	-0,01791	0,23923	-0,00255	4
Braga	-1,33596	-0,28137	0,54759	0,77013	-0,15292	-0,60958	4
Esposende	-0,99201	0,14321	0,43778	0,58799	-0,30301	0,22774	4
Terras de Bouro	0,39129	0,81178	0,38080	-0,09343	-0,25900	-0,12076	4
Vila Verde	-0,28996	0,50568	1,50550	0,05141	-0,87131	-0,55066	4
NUT III - Ave							
Fafe	-0,83598	0,50983	0,18168	0,74739	-0,42528	0,72523	4
Guimarães	-1,39913	0,31090	-0,00417	0,98267	-0,76298	-0,21737	4
Póvoa de Lanhoso	-0,45131	-0,05124	1,01881	0,6749	-0,39566	0,84267	4
Vieira do Minho	0,00818	0,06441	-0,35291	0,03821	1,25803	0,55733	4
Vila Nova de Famalicão	-1,13361	0,72430	0,71647	1,1038	-0,67425	-0,71815	4
Vizela	-1,55988	1,06650	0,29234	-0,66908	-0,39337	0,13695	4
Santo Tirso	-0,60705	0,49531	0,97863	0,87516	-0,74721	-0,09031	4
Trofa	-1,12425	0,93235	0,82783	0,90993	0,28744	0,17834	4
NUT III - Grande Porto							
Espinho	-0,39807	-0,18012	-0,06430	1,49912	0,49004	0,86935	1
Gondomar	-1,01586	0,36708	0,32368	0,72902	-0,47898	-0,40849	4
Maia	-1,51698	0,00694	-0,04267	0,91713	-0,03306	-0,38994	4
Matosinhos	-0,94688	-0,23498	0,12949	0,40677	-0,12593	-0,23563	4
Porto	-0,20406	-1,23925	-0,61422	0,67165	-0,63189	0,58136	1
Póvoa de Varzim	-1,13807	-0,11131	0,35633	0,96521	-0,34265	-0,08857	4
Valongo	-1,15602	0,69215	0,58879	0,38463	-0,44328	0,04596	4
Vila do Conde	-1,06384	-0,02964	0,73488	0,41493	-0,63871	0,59787	4
Vila Nova de Gaia	-1,06303	0,08292	-0,09586	0,59017	-0,25832	0,34811	4



CONCELHO	FATOR 1	FATOR 2	FATOR 3	FATOR 4	FATOR 5	FATOR 6	CLUSTER
	Perceção global das dificuldades	Perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos	Perceção da incapacidade da população com 65 ou mais anos	Dimensão das dificuldades da população com 65 ou mais anos	Perceção da incapacidade global auditiva	Perceção da incapacidade global visual	
NUT III - Tâmega							
Castelo de Paiva	-0,66632	1,36927	0,25723	0,34396	-0,02046	-1,01813	4
Cabeceiras de Basto	0,03744	0,59016	1,11389	-0,36645	-1,02430	-1,07384	4
Celorico de Basto	-0,05652	0,98488	0,53856	-0,22044	-1,24500	-0,20118	4
Amarante	-0,86736	0,17777	0,74469	0,23283	-0,80906	-0,70734	4
Baião	-0,06491	1,23086	0,47755	-1,67966	-2,05844	0,64011	5
Felgueiras	-1,34483	0,90538	0,15701	0,05593	-0,21433	-0,28867	4
Lousada	-1,39552	1,15811	0,95140	-0,2983	-0,51356	-0,59670	4
Marco de Canaveses	-1,02302	1,13512	0,77509	0,0609	-0,93550	-1,06211	4
Paços de Ferreira	-1,46517	1,22477	0,61040	0,42618	-1,81018	-0,58943	4
Paredes	-1,32897	2,03510	1,12395	0,6764	-0,64424	-0,33699	4
Penafiel	-1,21284	1,10004	0,57273	-0,05876	-0,59133	0,03711	4
Mondim de Basto	-0,33516	1,31068	-0,85652	-0,33077	0,96132	-1,67487	3
Ribeira de Pena	0,53656	-0,05331	-0,86166	-1,52569	-0,35370	-1,34456	3
Cinfães	0,33852	2,40695	-0,35809	-0,74972	-1,96914	0,21515	5
Resende	0,28955	1,25954	0,72753	-0,07223	-0,96663	-0,54774	4
NUT III - Entre Douro e Vouga							
Arouca	-0,09265	0,81341	0,67976	0,48988	-1,10241	-0,45523	4
Santa Maria da Feira	-1,13004	0,64382	0,11631	0,74481	-0,70546	-0,10338	4
Oliveira de Azeméis	-0,61721	0,15433	0,66595	0,02931	-0,38965	0,20203	4
São João da Madeira	-1,03169	-0,83558	-0,26866	0,49476	0,09918	0,80700	1
Vale de Cambra	-0,10225	-0,10849	0,32261	-0,82299	0,44457	0,88408	2
NUT III - Douro							
Carraceda de Ansiães	2,04546	1,08865	-1,10918	-0,06395	2,90516	5,67773	2
Freixo de Espada à Cinta	0,78322	-1,86267	0,47405	1,03241	-1,49676	-1,58875	3
Torre de Moncorvo	0,93577	1,06303	-2,01234	0,62347	-0,84950	-0,92176	5
Vila Flor	1,13996	1,10537	-0,25552	-0,23722	1,56402	-1,96547	3
Vila Nova de Foz Côa	1,20015	2,09518	-1,28019	0,10534	-0,35267	-1,20513	5
Alijó	1,58071	2,38309	-0,45941	-0,78484	-0,07377	0,75018	4
Mesão Frio	0,56540	0,80364	2,56089	0,28215	-3,01822	-1,02763	4
Peso da Régua	0,03446	0,84035	1,37555	-0,72381	0,29825	0,76858	4
Sabrosa	0,31690	0,06062	-0,65378	-0,88833	0,02867	-0,81738	3
Santa Marta de Penaguião	1,02745	1,99754	-0,72849	-0,49237	-1,68795	1,16609	5
Vila Real	-0,77028	0,55309	-0,17983	0,5906	-0,50928	-0,77784	4
Armamar	0,88232	1,69785	-0,34948	2,03005	0,05144	-1,67362	1
Lamego	-0,05838	0,45415	0,36939	-0,43154	-0,06016	-0,10107	4
Moimenta da Beira	-0,54642	-0,92459	-1,52421	1,48093	-1,40464	0,78886	1



CONCELHO	FATOR 1	FATOR 2	FATOR 3	FATOR 4	FATOR 5	FATOR 6	CLUSTER
	Perceção global das dificuldades	Perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos	Perceção da incapacidade da população com 65 ou mais anos	Dimensão das dificuldades da população com 65 ou mais anos	Perceção da incapacidade global auditiva	Perceção da incapacidade global visual	
Penedono	0,50997	-1,64384	1,34767	-1,58884	-1,41314	1,48473	2
São João da Pesqueira	-0,12476	-0,74420	-0,48908	-1,84653	-0,50570	-0,88813	3
Sernancelhe	0,28532	0,17506	0,05713	1,19291	0,15959	-1,98461	1
Tabuaço	0,63693	1,41327	-0,03222	-0,03852	0,03551	-0,20232	4
Tarouca	-0,36043	1,35295	-0,53434	-0,68294	-1,05700	-0,70310	5
NUT III - Alto Trás-os-Montes							
Alfândega da Fé	1,42204	1,41328	-1,02898	0,79652	-0,23653	0,76222	5
Bragança	0,17585	0,33004	0,18268	1,56634	0,26679	-0,41857	1
Macedo de Cavaleiros	0,49525	0,97251	-0,99424	0,46375	1,44523	-0,80719	5
Miranda do Douro	0,56479	-1,39931	-0,36111	0,58069	-1,07995	0,30975	5
Mirandela	0,25378	1,50186	-0,79752	0,73691	0,25679	-0,68170	5
Mogadouro	0,35834	-0,06793	-1,88394	-0,23394	0,53400	-0,81776	5
Vimioso	1,87986	0,42060	-0,62381	2,57966	-2,23818	0,72352	5
Vinhais	1,11617	-0,80453	-1,21922	0,14915	-1,38238	0,18854	5
Boticas	1,42191	-1,00201	0,70691	2,84376	0,28512	-0,25756	1
Chaves	-0,03440	-0,22970	-0,53021	1,25872	-0,21337	-0,59819	1
Montalegre	0,85557	-0,78804	-0,63671	0,96857	-0,39737	-0,35417	5
Murça	1,16304	2,10425	-0,33624	-0,54497	-0,45932	-1,16461	5
Valpaços	1,08808	0,49781	-0,95021	-0,46965	0,08560	-0,79405	5
Vila Pouca de Aguiar	-0,03382	-0,95163	-0,74562	-0,05689	-1,18537	0,22585	5
NUT III - Baixo Vouga							
Águeda	-0,34443	-0,29786	0,57406	0,54824	-0,54446	0,57562	4
Albergaria-a-Velha	-0,55052	0,30057	0,81409	-0,59162	-0,81735	0,71000	4
Anadia	0,35613	-0,27850	0,76763	0,24249	-0,42222	-0,06035	4
Aveiro	-0,98011	-0,76443	0,07182	0,3301	-0,83829	0,21799	4
Estarreja	-0,20566	-0,75881	1,81887	-0,77143	-0,07589	0,77793	2
Ílhavo	-0,97515	-0,29301	-0,30822	0,378	-0,92336	0,31573	4
Mealhada	-0,26899	-0,01509	0,19718	-0,36839	0,43094	-0,09657	4
Murtosa	-0,34143	-2,08884	1,33805	0,89659	-0,57805	1,33166	2
Oliveira do Bairro	0,00579	0,03339	1,55260	0,59409	-1,10877	0,21490	4
Ovar	-0,84368	0,62917	0,55307	1,0068	-0,67498	0,61944	4
Sever do Vouga	0,12735	0,48298	-0,80395	-2,06075	-0,85104	0,33549	2
Vagos	-0,43807	-0,61359	1,15367	-0,12558	0,18017	1,05439	2
NUT III - Baixo Mondego							
Cantanhede	0,65937	0,88133	0,85946	0,52837	0,19032	0,25876	4
Coimbra	-0,65766	-0,22843	-0,64128	0,06529	-0,16349	0,05075	1
Condeixa-a-Nova	0,17608	0,99914	2,22831	0,41627	0,06081	-0,45454	4



CONCELHO	FATOR 1	FATOR 2	FATOR 3	FATOR 4	FATOR 5	FATOR 6	CLUSTER
	Perceção global das dificuldades	Perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos	Perceção da incapacidade da população com 65 ou mais anos	Dimensão das dificuldades da população com 65 ou mais anos	Perceção da incapacidade global auditiva	Perceção da incapacidade global visual	
Figueira da Foz	0,33441	0,04853	1,13353	0,10624	0,63193	0,68979	4
Mira	0,15107	-0,72991	0,70435	-0,04856	-0,29083	0,06760	4
Montemor-o-Velho	0,56579	2,06145	0,66626	0,32342	-0,59586	0,86587	4
Penacova	0,70471	1,16969	0,53517	-0,37732	0,28464	-0,92030	4
Soure	1,46703	1,62091	0,50484	0,0347	0,27782	1,19798	4
NUT III - Pinhal Litoral							
Batalha	-0,26550	0,57845	0,63911	0,56969	-1,05928	-0,03018	4
Leiria	-0,57532	0,60752	0,42540	-0,02012	0,11797	-0,09381	4
Marinha Grande	-0,32021	0,92907	0,37039	0,32473	0,04158	0,40018	4
Pombal	0,49944	0,21110	1,02000	-0,45606	0,33517	0,35220	4
Porto de Mós	-0,07963	0,00623	1,01348	-0,03394	-0,22191	0,21069	4
Arganil	1,48756	0,88357	-0,08994	-1,04131	0,58315	0,05134	4
Góis	2,19529	-0,55108	0,99583	-1,99129	-0,32004	-1,76594	3
Lousã	-0,72764	0,82508	-0,46437	-0,64806	0,48278	-0,21111	1
Miranda do Corvo	0,49505	1,02768	1,48139	-0,72699	0,99183	0,10363	4
Oliveira do Hospital	0,43211	0,33871	0,39642	-0,41086	0,39827	0,04798	4
Pampilhosa da Serra	2,46319	-0,96671	0,20015	0,46801	-1,31862	-0,37553	5
Penela	1,49984	0,88185	1,23887	1,33097	0,43853	2,97671	4
Tábua	1,01852	1,00491	0,50127	0,11295	-0,12535	-0,68062	4
Vila Nova de Poiares	0,54044	0,40698	2,49661	-0,85663	1,06519	-1,17748	4
Alvaiázere	1,97696	0,54456	0,09512	-0,67501	-2,02524	2,15191	2
Ansião	0,44604	-0,44383	0,03993	0,90226	1,33308	1,33984	1
Castanheira de Pêra	1,13354	-0,74576	0,16384	-1,17283	-1,77438	1,45330	2
Figueiró dos Vinhos	1,47080	0,60338	0,21182	-0,726	-0,88105	0,46607	4
Pedrógão Grande	2,76247	2,05775	0,54296	-0,02887	1,85235	-0,15753	4
NUT III - Dão-Lafões							
Aguiar da Beira	1,45939	-1,31594	1,55899	-1,20137	0,53121	-1,13778	3
Carregal do Sal	0,49891	-0,18698	0,93243	-0,36343	0,06450	0,29341	4
Castro Daire	0,49168	0,42128	-0,47753	-1,07601	-0,07352	-1,20435	3
Mangualde	-0,12722	-0,57324	0,18387	-0,20533	-1,11215	-1,05509	4
Mortágua	0,57989	0,26504	0,09468	-0,1933	-0,21351	0,04100	4
Nelas	-0,37389	0,02911	-1,33223	1,18233	-0,61748	-0,05819	1
Oliveira de Frades	-0,46266	-0,41495	-0,40502	0,13364	-1,39405	0,88324	4
Penalva do Castelo	0,54433	-0,29203	-0,73295	-0,43268	0,16364	0,11923	4
Santa Comba Dão	0,12905	-0,52430	-0,37928	-0,60133	0,22087	1,29012	2
São Pedro do Sul	0,73766	0,13408	0,68143	0,77412	3,47520	1,68228	2
Sátão	0,41191	-1,43969	1,97133	0,26782	1,06985	-1,36492	3



CONCELHO	FATOR 1	FATOR 2	FATOR 3	FATOR 4	FATOR 5	FATOR 6	CLUSTER
	Perceção global das dificuldades	Perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos	Perceção da incapacidade da população com 65 ou mais anos	Dimensão das dificuldades da população com 65 ou mais anos	Perceção da incapacidade global auditiva	Perceção da incapacidade global visual	
Tondela	0,76026	0,88008	-0,56415	0,16633	-1,56291	0,88643	5
Vila Nova de Paiva	0,63226	-0,53177	-0,12756	1,54091	-0,83659	0,80393	1
Viseu	-0,57714	0,31643	0,33270	0,41352	-0,00020	-0,46737	4
Vouzela	0,28042	-0,33536	-0,68416	-0,89878	0,02363	-1,22520	3
NUT III - Pinhal Interior Sul							
Oleiros	1,41952	-2,47750	0,39690	1,24503	-1,25059	-0,26826	3
Proença-a-Nova	0,99908	-0,06465	-2,19567	0,35261	-0,28894	-0,16568	5
Sertã	0,90547	1,08655	-0,88117	0,28505	-1,02024	-0,35137	5
Vila de Rei	4,13632	-2,34136	3,39617	1,05623	-2,36749	1,70035	3
Mação	1,90162	-0,90003	-0,88113	0,56864	-1,48524	0,17758	5
NUT III - Serra da Estrela							
Fornos de Algodres	0,64859	-1,85096	-0,36296	-0,41456	1,23771	-0,88858	3
Gouveia	1,12525	0,10136	-1,04885	0,03802	-1,72155	-0,01486	5
Seia	0,48710	0,41714	-0,55913	-0,05357	-0,87259	-0,44796	5
NUT III - Beira Interior Norte							
Almeida	1,58272	-0,80776	-0,21529	1,65316	0,11619	1,16714	1
Celorico da Beira	0,55236	0,01834	-1,41464	0,35228	-0,19682	-0,21931	5
Figueira de Castelo Rodrigo	1,02836	-0,84456	-0,12926	-0,48407	0,18018	-1,53381	3
Guarda	-0,38806	-0,66725	-0,09873	-0,07459	1,26639	-0,48510	1
Manteigas	0,28450	0,62867	-2,19068	0,49771	-0,56006	0,96047	5
Meda	1,62256	1,08878	-1,58608	-1,2803	-0,03520	-0,69944	5
Pinhel	0,90811	0,86412	-1,97219	-0,60122	-0,14246	-0,89211	5
Sabugal	2,31864	-1,28918	0,49078	1,61421	0,58571	-0,89923	1
Trancoso	0,28880	0,14806	-1,62236	-0,70748	0,51211	-0,80911	5
NUT III - Beira Interior Sul							
Castelo Branco	-0,38834	-0,38938	-1,28245	0,22217	0,31187	-0,12319	1
Idanha-a-Nova	1,91308	-0,71537	-1,22727	0,88909	-0,78263	-0,58032	5
Penamacor	2,70335	-0,54026	-0,94770	0,06566	1,10070	0,28116	1
Vila Velha de Ródão	2,83232	-1,70620	-0,02133	-0,70213	-0,05305	1,24642	3
NUT III - Cova da Beira							
Belmonte	0,26278	1,40138	-2,27882	0,15654	0,19368	-1,53026	5
Covilhã	0,22444	0,34320	-0,02886	-0,42597	0,77574	-0,57141	3
Fundão	0,22298	-0,11109	-1,25417	-0,57001	0,61210	-0,90351	5
NUT III - Oeste							
Alcobaça	-0,09813	0,10672	0,68284	0,14004	0,18453	0,67571	4
Bombarral	0,69522	0,10590	1,40031	-0,16294	-0,44693	-0,00301	4
Caldas da Rainha	-0,15225	-0,66958	0,74117	1,07311	-0,08571	-0,20916	4



CONCELHO	FATOR 1	FATOR 2	FATOR 3	FATOR 4	FATOR 5	FATOR 6	CLUSTER
	Perceção global das dificuldades	Perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos	Perceção da incapacidade da população com 65 ou mais anos	Dimensão das dificuldades da população com 65 ou mais anos	Perceção da incapacidade global auditiva	Perceção da incapacidade global visual	
Nazaré	-0,64223	0,73683	-1,09949	1,13123	-0,29140	-1,06651	1
Óbidos	0,10503	-0,63460	0,80088	0,06781	-0,82386	2,85772	2
Peniche	-0,65704	-0,13653	-0,27387	-0,94217	0,80057	1,12693	2
Alenquer	-0,78251	0,94409	0,04994	0,31715	-0,09495	0,50651	4
Arruda dos Vinhos	-0,94663	-0,04629	0,97599	1,78765	-0,39579	0,36325	4
Cadaval	0,57163	0,65130	1,03567	-0,43356	-1,09687	0,01285	4
Lourinhã	-0,08400	0,01338	1,15680	-0,15257	-0,19157	-0,20880	4
Sobral de Monte Agraço	-0,54603	1,84444	1,07979	1,26726	0,79228	2,10245	4
Torres Vedras	-0,50890	0,45313	0,01042	0,43208	-0,07415	0,16962	4
NUT III - Médio Tejo							
Abrantes	0,36429	0,29818	-0,85170	-0,0135	0,42827	-0,13151	4
Alcanena	-0,12763	-0,85675	0,03639	-0,26891	0,27733	-0,37447	4
Constância	-0,24485	0,34753	-0,69373	-1,43344	0,59266	-0,67033	3
Entroncamento	-0,95519	-0,25742	0,28068	0,36777	-0,01805	-0,31988	4
Ferreira do Zêzere	1,26639	0,85319	-0,12783	-0,74537	0,18403	-0,38908	4
Sardoal	0,88478	-0,79524	0,54937	0,23514	-1,29315	-0,74605	3
Tomar	0,70012	0,17376	0,88870	0,41954	0,13487	-0,52716	4
Torres Novas	0,02332	-0,15372	0,11893	0,62896	0,23014	0,85154	1
Vila Nova da Barquinha	-0,07114	-0,34034	-0,37487	0,34851	0,20223	1,41641	1
Ourém	0,71723	-0,16597	1,66025	0,11845	0,26986	-0,28227	4
NUT III - Grande Lisboa							
Cascais	-1,19590	-1,50446	-0,61208	0,82396	0,25075	-0,15495	1
Lisboa	-0,35386	-1,38453	-0,75652	0,21192	-0,07659	0,88587	1
Loures	-1,10405	-0,33666	-0,22264	0,52878	0,54477	-0,35214	1
Mafra	-1,33836	0,15475	0,30305	0,65068	-0,36628	0,18791	4
Oeiras	-1,21572	-1,80238	-1,02196	1,0055	-0,13983	0,17582	1
Sintra	-1,50692	-0,61830	-0,31956	0,36474	0,31673	-0,19625	1
Vila Franca de Xira	-1,55888	-0,05216	-0,16584	0,32681	0,58773	-0,12762	1
Amadora	-1,16721	-0,72770	-1,39405	0,3072	0,13379	0,50907	1
Odivelas	-1,22839	-0,00110	-0,59567	0,38691	0,44210	-0,06808	1
NUT III - Península de Setúbal							
Alcochete	-1,54741	0,14335	-0,17742	-0,02211	0,79908	0,59135	1
Almada	-0,65689	-0,62388	-0,46007	-0,05209	0,70097	0,56122	1
Barreiro	-0,67408	0,13814	-1,00269	-0,16455	1,32125	0,02566	1
Moita	-0,88627	0,66153	-0,01035	-0,34075	1,11357	-0,08262	1
Montijo	-1,01984	0,15159	-0,37781	-0,30712	0,88690	-0,10117	1
Palmela	-0,68223	0,73044	0,80641	0,71029	0,62636	-0,18825	4



CONCELHO	FATOR 1	FATOR 2	FATOR 3	FATOR 4	FATOR 5	FATOR 6	CLUSTER
	Perceção global das dificuldades	Perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos	Perceção da incapacidade da população com 65 ou mais anos	Dimensão das dificuldades da população com 65 ou mais anos	Perceção da incapacidade global auditiva	Perceção da incapacidade global visual	
Seixal	-1,31217	0,06042	-0,22986	1,00684	1,56155	-0,31974	1
Sesimbra	-1,26406	0,35738	-0,23249	0,10639	1,91182	-0,21753	1
Setúbal	-0,86812	-0,20599	-0,58921	0,35858	0,92578	-0,14883	1
NUT III - Alentejo Litoral							
Odemira	-0,08195	0,61368	-1,29167	-0,92225	0,14963	-0,38957	5
Alcácer do Sal	-0,10780	-0,71635	-0,55088	-1,50221	1,29576	-0,13410	3
Grândola	-0,00514	-0,22991	-0,81439	-0,79295	-0,31790	0,32985	1
Santiago do Cacém	-0,24073	-0,65387	-0,40666	-0,35339	-0,14038	-1,14516	4
Sines	-1,13602	0,02289	-0,35655	-1,20341	0,59707	0,48017	2
NUT III - Alto Alentejo							
Mora	1,46107	1,13193	-1,70260	0,30373	0,01772	0,98923	5
Alter do Chão	2,40739	-0,92399	2,07933	-0,59103	3,21288	0,76467	2
Arronches	0,99511	-0,77688	-1,09781	-1,40963	0,15443	-1,86096	3
Avis	1,24208	0,76761	0,03841	0,27526	-0,88880	-0,73020	5
Campo Maior	-0,55068	-0,28618	-0,80631	-0,32336	-0,25230	-0,02535	1
Castelo de Vide	0,15865	-2,30714	-1,09458	1,07036	-1,52079	-0,02415	1
Crato	2,26979	0,41877	0,21905	2,34895	3,06045	-0,94658	1
Elvas	-0,43573	-0,45847	-0,24153	0,03197	0,64151	0,18489	1
Fronteira	0,84835	-0,80981	1,31882	0,86776	4,22566	0,20106	2
Gavião	3,06350	0,97567	-1,15320	0,63379	0,93259	-1,03112	1
Marvão	0,80802	-1,41193	-0,89091	-0,37312	-1,45849	-0,13286	5
Monforte	2,66514	-2,12454	1,32366	0,41041	-0,18243	-1,50066	3
Nisa	0,78117	-0,39905	-2,75969	0,82795	-0,66558	0,47569	5
Ponte de Sor	0,55630	0,76018	-0,25201	-0,58337	0,62738	0,23226	4
Portalegre	-0,41304	-1,12097	-0,82082	-0,30095	0,40769	-0,31518	3
NUT III - Alentejo Central							
Alandroal	0,45079	0,51611	-1,76802	-1,03874	-0,30109	-1,27680	5
Arraiolos	0,06867	0,46450	0,00576	-1,08739	0,77172	-1,05061	3
Borba	0,06746	-0,21001	-0,95674	-0,49102	-1,52343	-0,20836	5
Estremoz	0,32628	-0,40082	-0,31256	0,62075	0,70488	-0,70229	1
Évora	-0,88079	-0,20075	-1,25575	-0,19579	-0,10258	0,25542	1
Montemor-o-Novo	0,32681	0,41836	-0,76378	-0,01702	-0,67089	-0,94371	5
Mourão	0,07374	1,95096	-2,63680	-0,17277	0,20193	-0,06563	5
Portel	0,59220	1,21310	-0,79835	0,23103	0,39612	-0,41535	5
Redondo	-0,01663	0,54733	-1,38066	-0,67701	-0,22222	-0,96441	5
Reguengos de Monsaraz	0,20671	1,92941	-1,24084	0,34352	1,19798	-0,01935	5
Vendas Novas	-0,15603	0,45467	-1,26816	0,74048	-0,77229	0,02855	1



CONCELHO	FATOR 1	FATOR 2	FATOR 3	FATOR 4	FATOR 5	FATOR 6	CLUSTER
	Perceção global das dificuldades	Perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos	Perceção da incapacidade da população com 65 ou mais anos	Dimensão das dificuldades da população com 65 ou mais anos	Perceção da incapacidade global auditiva	Perceção da incapacidade global visual	
Viana do Alentejo	0,60076	2,13583	-0,79456	-0,03737	2,43216	0,82769	4
Vila Viçosa	-0,51004	-0,21592	-1,21942	1,20039	-0,34788	-0,38300	1
Sousel	0,68080	0,33478	-0,75964	-0,09557	1,15388	1,06140	4
NUT III - Baixo Alentejo							
Aljustrel	0,19346	0,27366	0,21724	0,79802	0,74667	-1,25814	1
Almodôvar	0,15953	-0,98862	-1,14089	-1,52889	-0,17156	-0,49037	3
Alvito	1,00096	-2,04009	3,85963	-4,07201	1,04467	-3,25452	3
Barrancos	-1,29845	-1,18450	-1,30990	1,60677	-0,24989	-2,19030	1
Beja	-0,55725	0,01454	-0,13328	0,53822	0,19774	0,26396	4
Castro Verde	-0,03403	0,29617	-0,43627	-0,73056	1,90678	-0,99381	3
Cuba	0,27250	1,17570	-0,66570	-1,47425	0,60332	3,30248	2
Ferreira do Alentejo	0,51999	-0,81112	0,97386	-1,86102	0,99120	-0,82166	3
Mértola	1,02250	-0,60154	-0,69780	-1,75189	0,85479	-0,25890	3
Moura	-0,16801	0,35459	-0,48698	-0,49868	0,50072	1,69264	2
Ourique	0,54432	-1,37145	-0,24872	-1,01759	0,68095	-0,82976	3
Serpa	0,12491	-0,11461	0,20178	-1,81332	1,14658	-1,14239	3
Vidigueira	-0,18645	0,59297	-0,88203	0,06269	-2,43352	1,12867	5
NUT III - Lezíria do Tejo							
Azambuja	-0,30872	0,99372	0,38170	-0,32287	-0,01730	-0,18643	4
Almeirim	-0,05447	0,67333	0,44389	-0,20833	0,02503	0,19596	4
Alpiarça	0,45618	0,06330	1,69127	-0,40822	-1,60250	0,73158	2
Benavente	-1,22458	0,38915	0,04701	-0,21895	0,30398	-0,78557	1
Cartaxo	-0,26097	0,89811	0,72357	1,10232	0,14307	0,54379	4
Chamusca	0,24800	-0,07375	-0,59033	-1,24774	0,25941	-0,85069	3
Coruche	0,65465	0,28611	0,05475	-0,07819	0,24152	-0,39049	4
Golegã	0,36665	-0,54224	1,18485	-0,60218	-1,15944	0,80969	2
Rio Maior	0,00919	1,31382	0,52013	0,7818	-0,48895	0,60650	4
Salvaterra de Magos	0,19187	0,64277	0,87937	0,0682	0,01893	-0,39472	4
Santarém	0,03333	0,10876	-0,01474	0,53252	0,00738	0,66312	1
NUT III - Algarve							
Albufeira	-1,51825	-0,86724	-0,83233	1,07749	1,62487	-0,23671	1
Alcoutim	1,85083	-2,02599	-0,89730	-1,03917	0,33700	1,37540	3
Aljezur	-0,20420	-0,43063	-2,10738	2,64123	0,27005	-0,74734	1
Castro Marim	-1,19533	-3,40819	-1,58989	1,32043	-1,46066	0,09107	1
Faro	-1,19366	-1,23009	-0,87788	0,74248	0,77548	-0,05179	1
Lagoa	-1,07011	-1,50855	-0,02866	0,2867	1,08815	-0,37559	1
Lagos	-1,19058	-1,70134	-0,21386	1,38722	1,03951	0,10032	1



CONCELHO	FATOR 1	FATOR 2	FATOR 3	FATOR 4	FATOR 5	FATOR 6	CLUSTER
	Perceção global das dificuldades	Perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos	Perceção da incapacidade da população com 65 ou mais anos	Dimensão das dificuldades da população com 65 ou mais anos	Perceção da incapacidade global auditiva	Perceção da incapacidade global visual	
Loulé	-1,08209	-1,23061	-0,77523	0,77327	0,75213	-0,06846	1
Monchique	-0,03960	-1,83802	-1,69374	-0,76252	0,06204	-1,17421	3
Olhão	-0,90815	-0,53963	-0,17907	0,48984	1,46904	0,01534	1
Portimão	-1,07913	-1,02535	-0,63491	0,25502	0,10607	-0,02189	1
São Brás de Alportel	-0,63554	-1,63017	-0,33841	1,43778	0,98808	-0,90426	1
Silves	-0,49935	-1,41042	-0,36537	0,56234	0,68688	0,27701	1
Tavira	-0,55666	-1,90191	-0,38334	0,6396	0,49845	-0,05242	1
Vila do Bispo	-0,73810	-1,80286	-1,66538	-0,4911	0,03682	2,46484	2
Vila Real de Santo António	-0,68559	-0,81935	-0,10226	0,42956	2,85517	-0,34651	1
NUT III - Região Autónoma dos Açores							
Vila do Porto	-1,75036	-1,21074	-0,86449	-2,83446	2,12577	5,08600	2
Lagoa (R.A.A.)	-1,56990	-0,18890	1,19103	-1,31629	-2,08662	2,72448	2
Nordeste	-0,81296	0,38581	0,64649	-0,17005	-0,20449	-0,50790	4
Ponta Delgada	-1,49743	0,54915	0,32703	0,03273	0,13368	0,42853	4
Povoação	-1,41207	1,54832	-0,80019	-1,25293	1,55634	1,60117	2
Ribeira Grande	-2,07249	1,66919	0,45286	-0,46876	-0,13693	0,89839	4
Vila Franca do Campo	-1,55905	0,43610	1,71745	-0,55474	0,22467	0,05073	4
Angra do Heroísmo	-0,89759	-0,07626	2,19136	0,02711	-0,80558	-0,59724	4
Vila da Praia da Vitória	-1,20996	0,70931	0,87985	-0,9868	-0,39721	-0,18077	4
Santa Cruz da Graciosa	-0,34338	-0,34350	0,31219	-1,90493	-0,58826	2,79456	2
Calheta (R.A.A.)	-0,83822	-0,92396	-1,81180	-3,68755	-0,80763	-0,58528	3
Velas	-0,64863	-0,05128	-0,43055	-2,2104	-0,09758	0,55340	2
Lajes do Pico	-0,41673	0,28199	-0,32865	-2,73016	-1,87966	1,87902	2
Madalena	-0,58203	0,36377	-0,07404	0,40774	-1,26269	0,61539	4
São Roque do Pico	0,16048	-0,42960	0,67795	-0,86975	-0,67990	-0,36321	4
Horta	-0,95424	-0,66522	1,45767	1,07383	-0,34582	0,14341	4
Lajes das Flores	-1,32162	-1,80856	-0,47038	-3,39011	-0,32358	-0,77050	3
Santa Cruz das Flores	-0,70263	-1,32471	0,00633	-1,87847	0,31066	0,68365	2
Corvo	-1,50913	-2,69775	-0,10963	-2,70168	-2,67835	-1,69982	3
NUT III - Região Autónoma da Madeira							
Calheta (R.A.M.)	-0,15688	-1,84465	2,19868	0,12692	1,30999	-0,39181	3
Câmara de Lobos	-1,53154	1,38361	1,50248	0,00935	-0,09092	-0,97868	4
Funchal	-0,64054	-0,45865	2,23441	1,13869	0,67544	-1,24334	3
Machico	-1,00189	1,02774	0,41460	1,43124	-0,35506	-0,81291	4
Ponta do Sol	-0,60323	-0,68696	0,86230	-2,44076	0,18024	0,06284	2
Porto Moniz	0,38483	-0,32560	0,19281	-3,09561	0,57225	1,49719	2
Ribeira Brava	-0,12525	1,83331	2,34166	-1,13606	0,89919	-1,39192	4



CONCELHO	FATOR 1	FATOR 2	FATOR 3	FATOR 4	FATOR 5	FATOR 6	CLUSTER
	Perceção global das dificuldades	Perceção das dificuldades da população com 65 ou mais anos	Perceção da incapacidade da população com 65 ou mais anos	Dimensão das dificuldades da população com 65 ou mais anos	Perceção da incapacidade global auditiva	Perceção da incapacidade global visual	
Santa Cruz	-1,92475	0,67093	0,65010	-0,32955	0,91867	-0,11890	1
Santana	-0,12502	-0,19116	-1,16804	-0,20881	-0,59472	0,07268	1
São Vicente	0,04690	-0,42902	0,59146	0,06613	0,34263	-0,42488	4
Porto Santo	-1,63858	-0,44008	0,10247	-2,09521	1,53540	-1,95397	3