

Grau de dependência dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco

MARIA FERNANDA AMARAL
MARIA ODETE VICENTE

Efectuou-se o diagnóstico do grau de dependência dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco.

Para instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário por administração indirecta. Este foi aplicado no decorrer de visitas domiciliárias e nas consultas no Centro de Saúde durante os meses de Maio a Dezembro de 1998 a uma amostra de 99 utentes.

Definimos como *dependência* «a pessoa que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual tem necessidade de uma ajuda importante a fim de realizar necessidades específicas resultantes da realização das actividades da vida diária».

No intuito de alcançar tal objectivo estudámos e analisámos dois indicadores: *situação física e funcional (S. F. F.) e atitude de relação (A. R.)* e definimos três graus de dependência.

Os resultados sugerem que as mulheres são mais dependentes do que os homens em ambos os indicadores analisados e que a dependência aumenta com o grupo etário. Cerca de 40,4% dos idosos são fortemente dependentes (perderam a autonomia em ambos os indicadores) e 49,5% são parcialmente dependentes (perderam a autonomia num dos indicadores). De salientar que apenas 10,1% são totalmente independentes.

1. Introdução

Da análise estatística e demográfica da Europa, facilmente se constata que existe um aumento crescente do número de idosos. Este facto é devido a um declínio da natalidade, mortalidade e aumento da esperança de vida (Nazareth, 1993).

Estima-se que 20% da população dos países desenvolvidos terão 65 anos de idade no ano 2020. Actualmente este número ronda os 15% e a taxa de crescimento do estrato dos realmente velhos (+ de 80 anos) cresce a um ritmo ainda maior do que a dos outros (Portugal. INE, 1992).

Este aumento de longevidade leva necessariamente a colocar como próximo objectivo um aumento paralelo na saúde, isto é, uma longa vida com um aumento da qualidade de vida e maior autonomia. Se entendermos, como referem, Fanshell e Bush (1970), que «a noção de 'boa saúde' está associada à capacidade de um indivíduo para desempenhar as suas actividades diárias habituais», facilmente acreditamos que é necessário efectuarmos uma abordagem compreensiva e multidimensional dos problemas dos idosos em função da sua situação física e funcional, mental e sócio-económica (Campos, 1982).

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

□

Maria Fernanda Amaral é médica de família, assistente graduada no Centro de Saúde de Castelo Branco.

Maria Odete Vicente é enfermeira no Centro de Saúde de Castelo Branco (CESE em Enfermagem na Comunidade).

Os idosos são o grupo populacional que maioritariamente utiliza os serviços de saúde, nomeadamente as consultas de medicina familiar, sendo os maiores consumidores de fármacos. São eles igualmente os que mais necessitam e utilizam os serviços de reabilitação, acumulando o maior número de doenças crónicas e incapacitantes, factos estes que os transformam num dos grupos sociais mais vulneráveis, exigindo por tal um equacionar de medidas de protecção social/saúde específicas (Portugal. Ministério da Saúde, 1999).

O desenvolvimento das funções necessárias para manter o equilíbrio, bem-estar e saúde dos idosos recai em primeira instância nos cuidados de saúde primários. Urge, pois, revalorizar o papel da pessoa idosa, melhorando a sua qualidade de vida, e fomentar a sua participação na vida comunitária (Portugal. Ministério da Saúde, 1999).

No concelho de Castelo Branco a população idosa é de 10 511 do total de 54 310 habitantes. Nos últimos quatro censos realizados em Portugal verifica-se um crescendo, quer nos dados colhidos quanto ao índice de dependência, quer quanto ao índice de envelhecimento, sendo estes indicadores sempre superiores no concelho de Castelo Branco relativamente à média do continente (Portugal. INE, 1999).

Por todas estas conjecturas, foi determinante proceder à execução deste estudo, cujo objectivo foi «determinar o grau de dependência da população com idade igual e superior a 65 anos inscrita no Centro de Saúde de Castelo Branco» e cujas hipóteses foram:

1. As mulheres são mais dependentes do que os homens;
2. O grau de dependência aumenta com a idade.

A coordenação de saúde do idoso conhecedora destes factos resolveu efectuar este estudo com a finalidade de planear correctamente as acções e actividades a desenvolver, rentabilizando os recursos humanos e materiais, de modo a prestar cuidados de saúde com qualidade, que respondam convenientemente às necessidades encontradas neste grupo funcional.

2. Material e métodos

Efectuámos um estudo descritivo simples a uma amostra aleatória da população, baseando-nos num questionário.

2.1. Universo em estudo

À data de 31 de dezembro de 1997 estavam inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco 12 940

utentes de 65 e mais anos, sendo 5465 (42%) do sexo masculino e 7475 (58%) do sexo feminino.

2.2. Amostra

Pretende ser representativa do universo considerado e foi obtida após o cálculo efectuado a partir da fórmula do erro-padrão

$$EP = \sqrt{\frac{N - np.q}{N - 1 n}}$$

EP = 0,05 (correspondendo a dois desvios-padrão)

Após a aplicação da fórmula acima referida, a dimensão da amostra ficou cifrada em 99 utentes. Em seguida procedeu-se à estratificação por sexo e por quatro grupos etários (65 a 69; 70 a 74; 75 a 79; 80 e mais anos). Retiraram-se aleatoriamente os processos individuais de cada grupo etário, tendo-se obtido uma amostra estratificada de 99 idosos.

2.3. Instrumento de colheita de dados

Os dados foram recolhidos utilizando para tal um questionário utilizado pelo Prof. Doutor Correia de Campos e aplicado por administração indirecta (Campos, 1982).

O questionário é constituído de quatro grupos de perguntas distintas, mas interligadas, cujo objectivo é o de analisar, avaliar, classificar e agrupar os elementos da amostra em classes e, *a posteriori*, em graus de dependência:

Grupo I — Pretende efectuar a identificação do inquirido através de sete perguntas fechadas.

Grupo II — Para avaliar a situação sócio-económica do inquirido foram introduzidas quatro perguntas fechadas.

Grupo III — Do terceiro grupo fazem parte nove perguntas fechadas que pretendem avaliar a situação física e funcional e a capacidade para o autocuidado dos inquiridos, sendo cada uma das nove perguntas composta por cinco itens.

Grupo IV — A quarta parte do questionário pretende avaliar a atitude de relação e é constituída por sete perguntas fechadas, cada uma com cinco itens.

2.4. Colheita de dados

A colheita dos dados decorreu ao longo de oito meses (Maio a Dezembro de 1998), em consultas nos

centros de saúde e no decorrer de visitas domiciliares.

2.5. Operacionalização da variável

A variável em estudo foi a dependência.

Este conceito é definido, segundo o Grupo Multidisciplinar do Conselho da Europa, como «a pessoa que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual tem necessidade de uma ajuda importante a fim de realizar necessidades específicas resultantes da realização das actividades da vida diária».

Foi adoptado o modelo sugerido por Thompson (1984) no intuito de procurar indicadores de dependência com o objectivo de quantificar a situação do idoso quanto à perda da capacidade para a execução de actividades da vida diária normal e para a manutenção de uma atitude de relação que lhe garanta o desempenho do papel que a sociedade espera dele. Assim, foram estudados e analisados dois indicadores de dependência:

I — Situação física e funcional.

II — Atitude de relação.

I — Situação física e funcional

É fundamental que o técnico de saúde mantenha e melhore a capacidade funcional do idoso, estimulando, orientando e promovendo o autocuidado, e seja portador de uma visão preventiva, de modo a dotar o idoso de características e qualidades que lhe favoreçam a sua autonomia.

Foi nesta base que foi introduzido este grupo de questões, visando quantificar e qualificar a situação física e funcional do idoso. Para mensurar esta variável foi utilizada uma escala ordinal cumulativa.

A cada uma das nove perguntas foram atribuídas pontuações, numeradas de 1 a 5, correspondendo a diferentes níveis de dependência crescente (1 corresponde à menor dependência e 5 à maior).

Os inquiridos foram posteriormente posicionados em classes, de acordo com o somatório obtido às nove questões, oscilando entre 9 pontos (menor dependência) e 45 pontos (maior dependência).

Classe I (9 a 13 pontos) — São posicionados os idosos independentes ou ocasionalmente dependentes em um ou outro item.

Classe II (14 a 22 pontos) — Corresponde aos idosos fracamente dependentes, que têm necessidade de recorrer a apoio mecânico ou dependência ocasional de terceiros em alguns itens.

Classe III (23 a 45 pontos) — Nesta classe estão agrupados os idosos fortemente dependentes, que necessitam do apoio de terceiros em todos os itens, estando alguns acamados.

II — Atitude de relação

O processo de socialização, que se inicia com o nascimento e decorre até à morte, é responsável, se tiver sido bem estruturado por uma equilibrada saúde mental.

Numa tentativa de prevenir, detectar e tentar minimizar os factores e situações de risco, foram introduzidas as questões do IV grupo de modo a poder avaliar sete dimensões. Tal como na situação anterior, também aqui foi utilizada uma escala ordinal cumulativa, permitindo, assim, agrupar os inquiridos em três classes. A cada uma das sete perguntas foram atribuídas pontuações, numeradas de 1 a 5, correspondendo a diferentes níveis de dependência crescente (1 corresponde à menor dependência e 5 à maior). Os inquiridos foram posteriormente posicionados em uma das três classes possíveis de acordo com a pontuação obtida nas sete questões.

Classe I — Indivíduos independentes, ou seja, os inquiridos que obtiveram unicamente nas respostas a pontuação 1 ou 2.

Classe II — Idosos que não estão abrangidos na classe anterior nem na classe seguinte e que são portadores de dependência moderada.

Classe III — Idosos fortemente dependentes, ou seja, aqueles que obtiveram uma resposta codificada com o numeral 5, independentemente das outras respostas, ou aqueles que obtiveram sete respostas de 4.

Grau de dependência

Após a distribuição dos inquiridos por uma das três classes nos dois indicadores analisados, foi então possível agrupá-los em graus, de modo a poder alcançar o objectivo proposto.

Seguimos o modelo proposto por Thompson, que refere que «a vantagem deste método é a de ser possível colocar a população idosa em um dos três graus de funcionalidade e mobilidade» (Thompson, 1984).

Partindo destes pressupostos, os inquiridos foram integrados em um dos três graus de dependência sugeridos por Thompson (1984).

Grau I — Idosos independentes: aqueles que estão incluídos na classe I em ambos os indicadores.

Grau II — Idosos fracamente dependentes: aqueles que não estão incluídos no grau I nem no grau III. Grau III — Idosos fortemente dependentes, em que estão incluídos os idosos que detêm a classe II em ambos os indicadores ou a classe III em, pelo menos, um indicador.

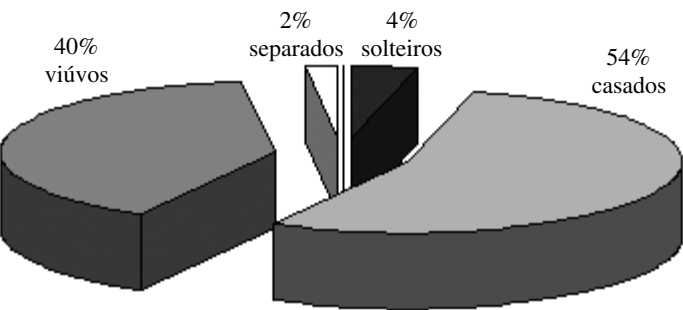
2.6. Tratamento e análise dos dados

A codificação foi feita pelas investigadoras. Os dados foram quantificados e contabilizados manualmente, recorrendo-se posteriormente ao uso de uma base de dados (*Access*). O tratamento estatístico foi possível recorrendo à análise percentual das frequências relativas, tendo-se utilizado o teste do qui-quadrado (*SPSS*) para testar a independência ou associação dos indicadores e variável.

3. Resultados

Num total de 99 idosos que fizeram parte da amostra, 37 pertencem ao sexo masculino e 62 ao sexo feminino. A média de idades dos elementos da amostra é de 73,6 e a classe modal o grupo etário de [70-74] anos. Registou-se uma distribuição de idades compreendida entre 65 e 98 anos (ponto mínimo e máximo) (*Quadro I*). 54% dos inquiridos são casados e 40% são viúvos, distribuindo-se os restantes pelos outros estados civis (*Figura 1*). No que concerne à ocupação exercida predominantemente durante a vida activa, 78% dedicaram-se ao sector primário, contrapondo os 20% para o sector secundário. A moradia/andar foi a habitação predominante com 53%.

Figura 1
Distribuição dos elementos da amostra por estado civil e sexo



Quadro I
Distribuição dos elementos da amostra por grupos etários e sexo

Sexo	Idade				TOTAL
	65-69 anos	70-74 anos	75-79 anos	+ de 80	
Masculino	10	15	5	7	37
Feminino	16	26	10	10	62
TOTAL	26	41	15	17	99
Percentagem	26,3	41,4	15,1	17,2	100

A fonte de rendimentos principal dos inquiridos é provida das pensões de reforma, 76%. Dos idosos inquiridos, 49% não sabem ler nem escrever, 19% têm o ensino primário completo e nenhum é possuidor de curso médio ou superior (Figura 2).

No que concerne à avaliação da situação física e funcional, aproximadamente 44,4% dos inquiridos são independentes em todas as dimensões avaliadas, 27,3% pertencem à classe II e uma margem de 28,3% pertence à classe III (Figura 3).

Figura 2
Distribuição dos elementos da amostra por grau de escolaridade

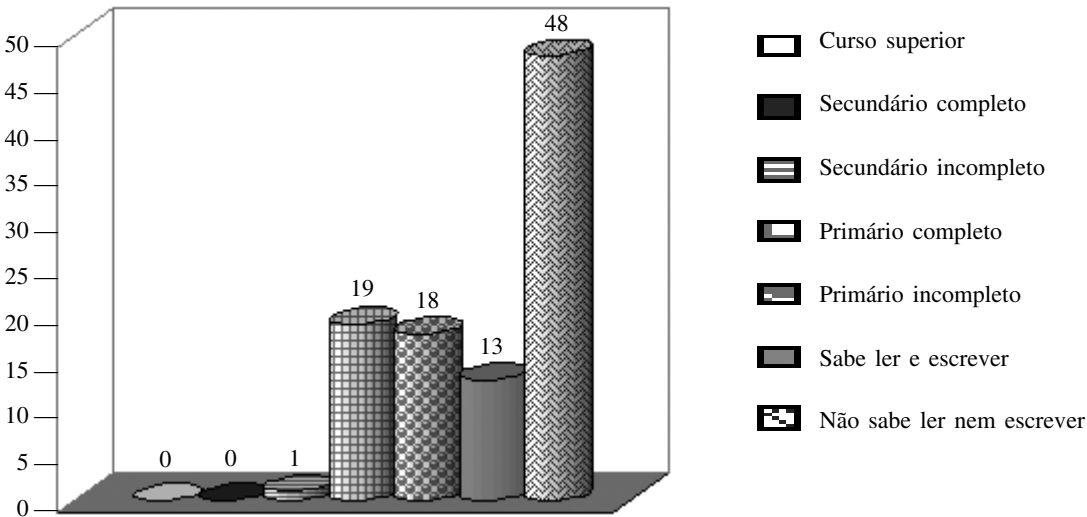
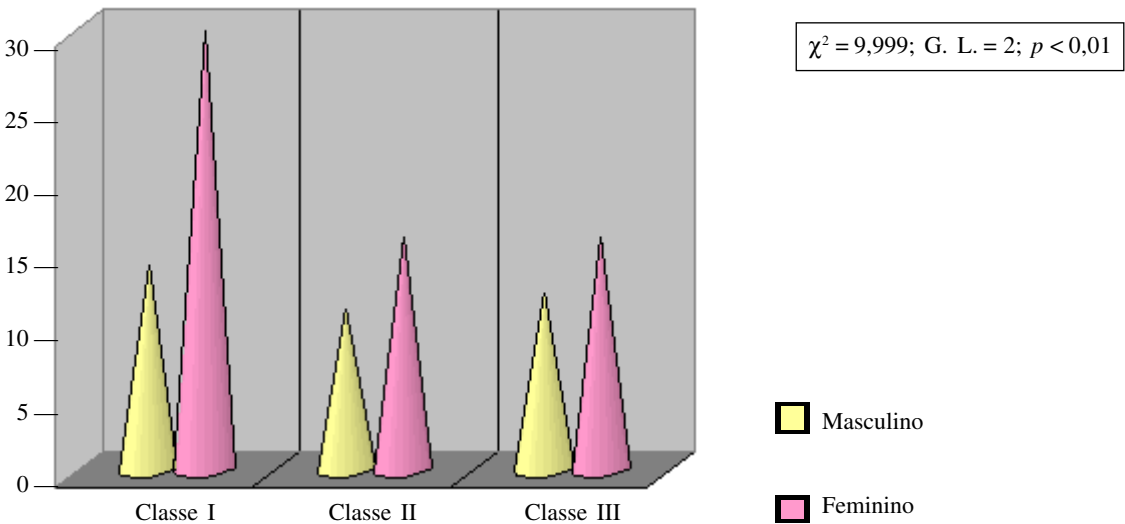


Figura 3
Distribuição dos elementos da amostra pelo indicador «situação física e funcional»



A percentagem decresce significativamente em relação ao indicador anterior no que concerne ao número de idosos independentes (classe I), cificando-se aqui em aproximadamente 16,2%, enquanto a fasquia dos dependentes moderados, correspondendo à classe II, se eleva para 43,4% (Figura 4).

Agrupando-os pelos três graus de dependência, verifica-se que 49,5% se encontram no grau II, enquanto 40,4% apresentam características que permitem classificá-los e integrá-los no grau III, ficando os restantes 10,1% integrados no grau I (Figura 5).

Figura 4
Distribuição dos elementos da amostra pelo indicador «atitude de relação».

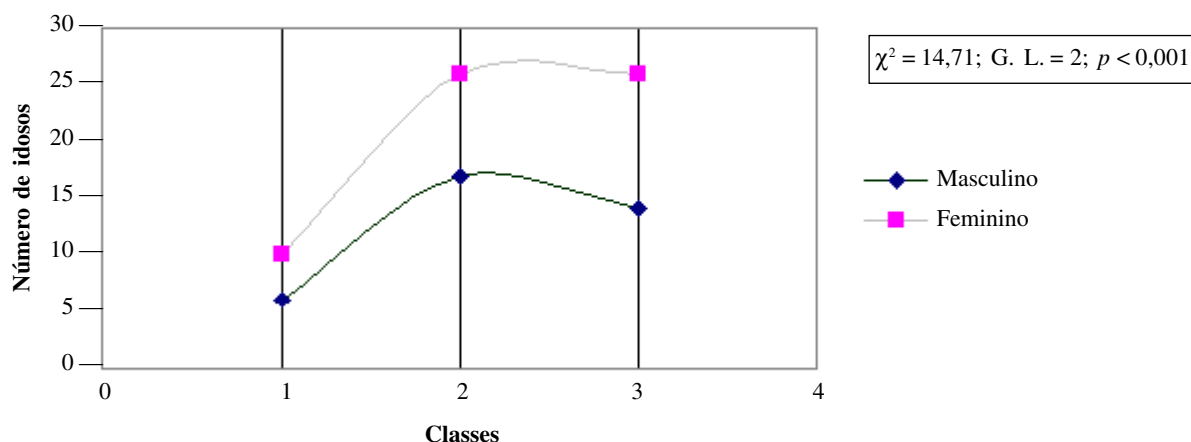
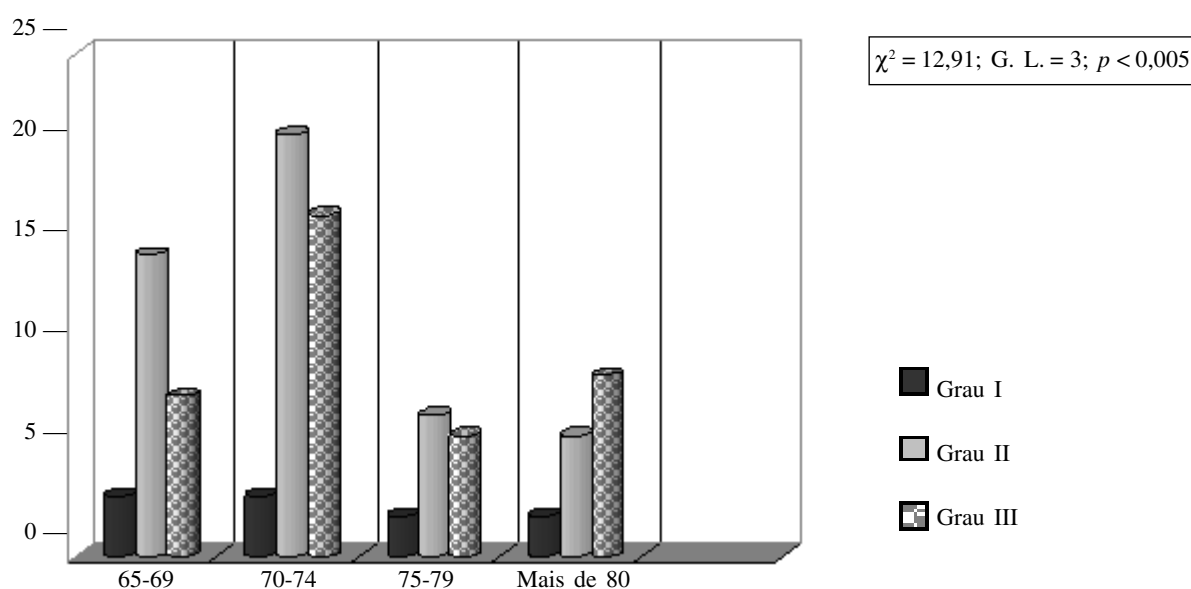


Figura 5
Distribuição dos elementos da amostra pelos graus de dependência e grupos etários



4. Discussão

O envelhecimento da população não é um fenómeno exclusivamente de Portugal; ele é universal e, além de fenómeno colectivo, é também fenómeno individualizado, que decorre desde o nascer e ao qual se juntam alterações fisiológicas, psicológicas e comportamentais (Ermida, 1996).

A senescência não pode ser considerada como resultado único do envelhecimento biológico, mas sim de uma combinação com outros factores, como sejam as doenças, perda de capacidades e mudanças sociais. O comportamento e estilo de vida adoptados desde a infância afectam o processo de envelhecimento e a sua evolução futura (Ermida, 1996).

Pelo conhecimento da realidade em que vivemos, foi considerada importante a determinação do grau de dependência dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco. Para tal facto convergiu a análise dos dois indicadores: situação física e funcional e atitude de relação.

Situado no interior do país, o concelho de Castelo Branco tem de área 1440 km², apresenta uma baixa densidade populacional de 37,7 habitantes por km² e pertence à região da Beira Baixa, tendo como sede de concelho e distrito a cidade de Castelo Branco (Portugal. INE, 1992).

A população idosa é cerca de 19,5% do total de 54 310 habitantes (Portugal. INE, 1992).

A amostra, constituída por 99 idosos (37 do sexo masculino e 62 do sexo feminino), está longe de ser homogénea no que concerne à distribuição pelas classes e graus de dependência.

Verifica-se um predomínio de idosos do grupo etário [70-74], rondando a média de idades os 73,7. Uma percentagem de 40,4% são viúvos, dos quais a maior parte são mulheres e 75,8% são reformados, auferindo uma pensão social.

Se o número de analfabetos é acentuado na amostra, o sexo feminino contribui de forma significativa para este facto com 51,6%, o que vem de encontro à taxa distrital de analfabetismo (1981) para o mesmo grupo etário, que se cifra em 78,2% para o sexo feminino e 58,2% para o sexo masculino. Esta taxa tem evoluído favoravelmente no distrito de Castelo Branco pelo facto de inúmeros idosos terem falecido (Portugal. INE, 1992).

Se o sexo feminino contribui significativamente para a elevada taxa de analfabetismo, o mesmo será possível dizer para a distribuição pelo sector de actividade, em que 83,8% se dedicaram ao sector primário, contrapondo-se aos 67,6% dos elementos do sexo masculino. Vem confirmar as estatísticas demográficas do nosso distrito, em que a mulher se dedicava aos trabalhos domésticos, educação dos filhos e cul-

tivo dos campos, enquanto o homem, na procura de um nível de vida melhor para a sua família, emigra, tendo-se mesmo verificado no nosso distrito um crescimento natural negativo com início na década de 60 e consequente agravamento a partir da década de 80 (Portugal. INE, 1992).

A classe I é a mais representativa, com 44,5%, o que significa que este grupo de idosos é independente nas actividades da vida diária (andar, controle de esfínteres, autocuidado, alimentação, cuidados de higiene) e 27,3% já perderam alguma autonomia, enquanto 28,3% são totalmente dependentes.

Existe uma distribuição quase idêntica para ambos os sexos neste indicador de dependência; contudo, os elementos do sexo masculino são ligeiramente mais independentes [$\chi^2 = 9,999$; G. L. = 2; $p < 0,01$ (muito significativo)].

É comum o idoso refugiar-se e agarrar-se ao passado como um mecanismo de defesa e compensação, pois o futuro é muitas vezes incerto e o presente marcado por inúmeros conflitos. A aceitação das transformações inerentes à idade irá depender da importância que cada idoso dá a essas modificações, das motivações, estímulos e interesse pela vida (Barbosa, 1984). No que concerne à distribuição ao longo das três classes do indicador «atitude de relação», verificamos um predomínio de idosos na classe II (43,4%), em que já se verifica uma perda de autonomia no campo social/psicológico, sendo um subgrupo a necessitar de apoio e vigilância reforçada, pois verifica-se nalguns casos isolamento social, retracção, instabilidade de humor e perturbações do limiar do sono. 16,2% dos idosos encontram-se na classe I, portanto independentes, enquanto 40,4% perderam totalmente a autonomia.

Os elementos do sexo feminino são, como na análise do indicador acima referido, os mais dependentes (classe III — 41,9%), opondo-se aos elementos do sexo masculino (classe III — 37,7%) [$\chi^2 = 14,71$; G. L. = 2; $p < 0,001$ (altamente significativo)].

Após a distribuição dos inquiridos pelas classes que pretenderam avaliar os dois indicadores, podemos estudar os três graus de dependência.

Verifica-se uma nítida assimetria, em que predomina o grau II (fracamente dependentes), com 49,5%. Neste grau estão integrados os idosos que já perderam parcialmente a autonomia em um dos indicadores de dependência analisados, sendo por isso dependentes moderados.

Por tal facto, necessitam de apoio dos serviços de saúde/sociais, no sentido de aumentarem o seu nível de saúde e melhorarem a sua qualidade de vida (Thompson, 1984).

No grau III (fortemente dependentes) encontram-se 40 idosos (40,4%), o que significa que já perderam

autonomia em, pelo menos, um indicador analisado, ou perderam parcialmente autonomia em ambos os indicadores estudados.

Dez idosos, correspondendo a 10,1% dos inquiridos, são independentes em ambos os indicadores analisados, encontrando-se no grau I.

Facilmente se constata que o grau de dependência é tanto maior quanto mais elevado for o grupo etário [$\chi^2 = 12,91$; G. L. = 3; $p < 0,005$ (altamente significativa)]. Apesar disso, os idosos que contribuíram para este estudo não constituem um grupo homogéneo e por tal facto encontrámos indivíduos totalmente dependentes em idades avançadas.

Analisando, por outro lado, a forma como se distribuem os elementos dos dois sexos pelos graus de dependência, verificamos que a distribuição está longe de ser homogénea, sendo os elementos do sexo feminino mais dependentes do que os elementos do sexo masculino [$\chi^2 = 17,1$; G. L. = 2; $p < 0,001$ (altamente significativa)].

Podemos concluir que uma grande margem dos idosos é dependente, pois 89,9% perderam parcial ou totalmente a autonomia em, pelo menos, um dos indicadores de dependência e 40,4% são totalmente dependentes em, pelo menos, um dos indicadores.

5. Conclusão

Em plena viragem do século, o envelhecimento da população portuguesa é uma realidade inevitável. O aumento do número de idosos e da esperança de vida provoca, sem dúvida, alterações sociais, económicas e éticas. A multipatologia típica deste grupo funcional implica uma revisão de normas, princípios, conceitos e métodos, com uma consequente readaptação e ajustamento das instituições da saúde e de toda a sociedade em geral (Thompson, 1984).

O idoso vive em sociedade, não é um ser isolado do meio que o rodeia, a sua necessidade de ser aceite por parte da sociedade é imprescindível para o seu equilíbrio vital e para a manutenção da sua saúde, de tal forma que a marginalização que provocam determinadas patologias, impedindo-o de participar na vida comum, acentua ainda mais este fosso entre o idoso e a sociedade (Nazareth, 1997).

Foi neste contexto que surgiu a abordagem deste tema, pretendendo ajudar este grupo funcional a aproveitar ao máximo as suas capacidades, a equilibrar a sua vida com as suas limitações, a procurar desde a informação à educação para a saúde o caminho da auto-suficiência (Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 1999; SRSCB, 1998; Portugal. Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde do Centro, 1999).

Tentar reduzir a dependência neste grupo etário é ajudar os idosos a serem mais livres (WHO, 1984). Foi gratificante o modo como os idosos colaboraram neste estudo, permitindo alcançar o objectivo por nós definido.

A importância deste trabalho não se esgota, contudo, nesta realização, mas estende-se antes a todos os aspectos que o envolvem e com ele concorrem. Desconhecendo o grau de dependência dos idosos, haverá a tendência para o surgimento de situações de incompreensão motivadas pela ignorância dos motivos que podem levar a determinadas atitudes por parte do idoso, podendo daí advir perda da qualidade dos cuidados prestados, com um consequente agravamento dos custos com a saúde (Ermida, 1996).

Pensamos que a interioridade, o analfabetismo, aliado aos baixos recursos económicos, poderão, entre muitas outras causas, ser razões que contribuem para uma condição de vida mais difícil, que condiciona de certa forma a qualidade da mesma e o grau de independência dos nossos idosos.

Por tal facto, consideramos que este estudo veio preparar o caminho, abrindo novas perspectivas para uma prestação de cuidados mais humanizada e personalizada, de modo a melhorar a qualidade de vida do idoso.

Inferimos daqui a necessidade de os serviços se organizarem em equipas multidisciplinares, conjugando esforços para desenvolverem um programa de apoio ao idoso centrado na comunidade, mas também em programas de saúde, visando sempre a adopção de estilos de vida apropriados, uma vida familiar saudável, *contribuindo, assim, para um envelhecimento activo e com boa saúde física e mental.*

Eis um desafio e incentivo à mudança!

□ Bibliografia

- BARBOSA, A. — A sensibilidade cultural do profissional de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2 : 4 (Out./Dez.1984) 5-12.
- CAMPOS, A. C. — Adequação da intensidade de cuidados aos níveis de dependência dos idosos : análise económica das ineficiências. Lisboa: ENSP, 1982.
- ERMIDA, J. G. — Envelhecimento demográfico, doença e cuidados de saúde. *Revista de Geriatria*. 9 : 85 (1996) 13-23.
- NAZARETH, J. M — Demografia e envelhecimento dos idosos. Lisboa: Editorial Presença, 1997.
- NAZARETH, J. M. — O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa. Lisboa: Editorial Presença, 1993.
- PORTUGAL. INE — Estatísticas da Saúde 1998. Lisboa: INE, 1999.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde do Centro — Plano de Acção/99. Lisboa: ARS do Centro, 1999.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde — Conservar-se em forma na idade avançada, 1, 1999.

PORTUGAL. Ministério da Saúde — Saúde em Portugal : uma estratégia para o virar do século 1998-2002 : orientações para 1998. Lisboa: IGIF, 1998.

RICHARD, J. H.; PHILIP, D. S. — Atención primaria en geriatría : casos clínicos. 2.ª ed. Madrid: Mosby/Doyma Libros, 1995.

SRSCB — Plano de actividades 1998.

THOMPSON, M. K. — Care of the elderly in general practice. Churchill Livingstone, 1984.

WHO — The uses of epidemiology in the study of the elderly : report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging. Geneva: WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging, 1984 (Technical Report Series; 706).

□ Summary

EVALUATION OF THE DEGREE OF FUNCTION AND MOBILITY IN THE ELDERLY POPULATION

The aim of our study was to diagnose and place the elderly population of our health center in one of three degrees of function and mobility.

Ninety nine elderly patients answered our questionnaire. We defined their risk position and made a diagnosis of the degree of dependence.

We define dependence as related to a person who, for any reason, has lost his self-autonomy and has a regular need for someone's help or support.

With this purpose we studied two variables: one classifying mobility and the other one the mental state.

We concluded that 40.4 per cent were in grade III (very restricted mobility, bed-chair, several mental retardation, incapacitating illness present); 49.5 per cent in grade II (restricted movement, homebound, moderate degree of mental deterioration) and only 10 per cent were totally independent (grade I).

ANEXO 1

Cálculo da amostra

$$N = \sqrt{\frac{N - np.q}{N - 1 n}}$$

E. P. = 0,05
(correspondendo a dois desvios-padrão)

N = número de elementos do universo

n = número de elementos da amostra

p = corresponde a 0,5

q = corresponde a 0,5

□ Bibliografia

OLIVEIRA, A. M.; SILVA, A. — Biblioteca de matemática moderna, São Paulo: Editora Lisa, 1982.