

saúde em números

JULHO — 1992

VOL. 7 N.º 3

SUMÁRIO

17 OS IDOSOS E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

18 OS ACIDENTES DOMÉSTICOS EM IDOSOS

21 A FISIOTERAPIA COMO FORMA DE PREVENÇÃO DA PERDA DE MOBILIDADE/
AUTONOMIA DO IDOSO

24 ESTIMATIVAS DA POPULAÇÃO RESIDENTE — 31/12/90

OS IDOSOS E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

*Pedro Ribeiro da Silva**

Todos nós estamos constantemente a receber estímulos sensoriais e cognitivos, que em parte integramos de forma não consciente, e que no seu todo afectam positiva e negativamente o nosso bem estar — esta é a prática informal e quotidiana da educação para a saúde.

Concomitantemente são também frequentes as acções de educação para a saúde formais, feitas por técnicos de saúde.

No entanto, habitualmente estas duas formas não estão integradas, veiculando com frequência mensagens contraditórias, que não se adaptam a situações particulares, como é o caso dos idosos com patologias do tipo da diabetes e hipertensão arterial (HTA).

Em Oeiras desde há vários anos que o Centro de Saúde através do seu núcleo de Edu-



* Clínico Geral — Divisão de Educação para a Saúde — D.G.C.S.P.



cação para a saúde concelhio e a Câmara Municipal têm vindo a desenvolver um projecto integrado, intersectorial e multiprofissional de Promoção da saúde — as férias em saúde para idosos.

Cada médico de Clínica Geral do concelho escolhe anualmente dois idosos do seu ficheiro, que tenham pelo menos uma das seguintes patologias: diabetes, HTA ou dislipidémia, e que são convidados a passar 15 dias de férias no Inatel de Oeiras.

Várias empresas colaboram, fornecendo material desportivo (fatos de treino, etc.) e outro tipo de produtos necessários.

Os participantes fazem diariamente exercícios físicos ao ar livre e na água, (aguagem), orientados por professores do Instituto Superior de Motricidade Humana (ISMH). Colaboram em debates sobre os mais variados temas relacionados com a saúde e bem-estar. Participam, com um nutricionista, na elaboração das ementas e entreadjudam-se na manutenção dos comportamentos considerados saudáveis (diminuição do consumo de tabaco, adesão a dietas adequadas às suas patologias, etc.).

Os resultados foram sempre muito positivos, pois no processo educativo, a relação inter-pares estabelecida entre idosos, e as consequentes componentes informal e afectiva que lhe estão subjacentes, são concertiza factores decisivos para a escolha, manutenção e reforço de estilos de vida saudáveis.

Estas férias ajudam também ao fortalecimento do papel destes idosos como líderes em educação para a saúde nos seus locais de habitação, convívio, centros de dia, etc., disseminando estas experiências de aprendizagem informal e formal. Todo este processo é apoiado por técnicos de saúde locais.

Durante as férias há no Inatel também grupos de jovens, o que proporciona um convívio intergeracional muito apreciado por todos.

Há também jovens OTJ que organizam actividades lúdicas e culturais que contam sempre com a participação alegre dos "veraneantes em saúde".

Devido aos seus resultados muito positivos seria interessante a reprodução deste projecto noutras zonas do país.

OS ACIDENTES DOMÉSTICOS EM IDOSOS

José Aleixo Dias ()*

*Regina Carmona (**)*

1 — IMPORTÂNCIA DO PROBLEMA

Os acidentes que ocorrem no domicílio ou na área envolvente da habitação, são particularmente importantes nas crianças e nos idosos que, pelas suas características, se constituem como grandes utilizadores desse habitat. Uns e outros constituem grupos particularmente vulneráveis. Os primeiros desenvolvem ainda as suas capacidades de adaptação ao mundo que os rodeia, os segundos estão mais propensos a perder algumas das faculdades que possuíam. Ambos passam grande parte do seu tempo em casa, ou nas suas imediações, sendo frequentemente afectados por acidentes que decorrem de acções fortuitas da sua vida diária.

Mau grado o reconhecimento desta situação, é escassa a informação disponível sobre a incidência deste tipo de acidentes, bem como da sua caracte-

rização, o que consideramos da maior importância para uma abordagem preventiva.

Nos últimos anos, alguns dados importantes neste domínio foram recolhidos e trabalhados pelo Instituto Nacional de Defesa do Consumidor, no âmbito do projecto europeu EHLASS (1; 2), com a limitação decorrente de se tratar de informação oriunda de bases hospitalares e, como tal, potencialmente seleccionada por critérios de gravidade das lesões e acessibilidade dos serviços.

Com o objectivo de responder a esta carência foi solicitado ao Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, responsável pela realização do Inquérito Nacional de Saúde (INS) a nível do País, que incluísse, a título experimental, um suplemento sobre acidentes. Essa pretensão foi bem aceite pelo que foram testadas no último trimestre de 1989 algumas questões sobre esta matéria, numa amostra de base populacional da área metropolitana de Lisboa. Abrangeram-se assim 2283 indivíduos, dos quais foi recolhida informação sobre os vários tipos de acidente sofridos nos doze meses anteriores à entrevista, bem como, a caracterização detalhada dos mais recentemente ocorridos.

* Assistente de Saúde Pública — Divisão de Epidemiologia: Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários

** Assistente de Clínica Geral — Divisão de Epidemiologia: Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários.

Divulgam-se aqui, alguns resultados da análise preliminar desses dados referidos aos acidentes domésticos, que afectaram a população com idade superior a 64 anos, no período de referência.

2 — CRITÉRIOS

Consideram-se acidentes domésticos os ocorridos no domicílio, em vias e terrenos circundantes do mesmo. Excluem-se desta classificação, os acidentes de viação e os de trabalho.

3 — ESTIMATIVAS DE INCIDÊNCIA

Com base nos dados preliminares do INS, dos 2283 indivíduos incluídos na amostra, 121 (5.3%) sofreram um total de 147 acidentes do domicílio, dos quais 35 se registaram em pessoas com mais de 64 anos de idade. Curiosamente esta incidência é muito próxima da obtida a partir dos dados do Programa CINDI, no distrito de Setúbal em 1988, com 5.13% (3), tendo por base uma amostra populacional de 1616 indivíduos de quatro concelhos.

A estimativa de incidência de acidentes domésticos ocorrida na população idosa, com base nos dados disponíveis do INS, rondou os 10%, tendo-se registado 4.2% no sexo masculino e 15.1% no sexo feminino (Quadro I).

Quadro I: Estimativas de incidência de acidentes domésticos na população de 65 e mais anos, segundo o sexo e grupo etário (INS/Supl. — 1989).

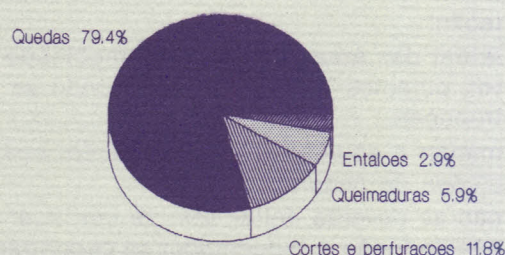
	Grupo etário	N.º entrevistados	Acidentes domésticos	Taxa de incidência
Sexo Masculino	65 — 74	95	2	2.11%
	75 — 84	40	4	10.00%
	85 e >	9	—	—
	Total H.	144	6	4.17%
Sexo Feminino	65 — 74	106	11	10.38%
	75 — 84	68	15	22.06%
	85 e >	18	3	16.67%
	Total H.	192	29	15.10%

Apesar da limitação decorrente do reduzido número de indivíduos abrangidos pelo inquérito nesta

amostra, nomeadamente em idades avançadas, a ocorrência deste tipo de acidentes parece ser mais frequente no sexo feminino e particularmente entre os 75 e 84 anos, grupo etário igualmente mais afectado no sexo masculino.

4 — TIPO DE ACIDENTE

Quanto à caracterização do acidente, constata-se que as quedas consituem o principal componente, tendo sido responsáveis por 79.4% dos acidentes, seguindo-se-lhes por ordem de importância relativa os cortes e perfurações com 11.8%, as queimaduras (5.9%) e finalmente os entalões com 2.9% (Fig. 1).



DEPS - Suplemento sobre acidentes (dados preliminares)

Fig. 1 — Tipos de acidente ocorridos no domicílio, em indivíduos com 65 e mais anos, na área metropolitana de Lisboa — 1989

5 — LOCAL DE OCORRÊNCIA

Relativamente às quedas que, como vimos, constituem o principal tipo de acidente nos idosos, a cozinha, a casa de banho e as escadas, são os locais onde mais frequentemente estes ocorrem no sexo feminino. No sexo masculino os acidentes domésticos verificam-se predominantemente no quarto e sala.

6 — MEDIDAS PREVENTIVAS

Face aos resultados obtidos e apoiados na experiência clínica e no conhecimento geral sobre o problema, enunciam-se algumas medidas preventivas que, se adequadamente postas em prática, poderão reduzir a ocorrência e minorar as consequências deste tipo de acidente.

Ao idoso deverão ser dados conselhos no sentido de:

- tomar precauções especiais na utilização de cera para lustrar o chão, devendo evitar-se a sua aplicação sempre que possível, optando por soluções alternativas mais seguras;
- os tapetes e carpetes deverão estar aderentes ao chão, de modo a não escorregarem facilmente, nem facilitarem o tropeçar;
- as escadas deverão estar guarnecidas com corrimões de apoio, sólidos e a uma altura conveniente, com interruptores de luz em ambas as extremidades;
- as casas de banho deverão estar munidas de apoios ou corrimãos, devendo ser utilizados tapetes aderentes;
- eliminar sempre que possível os degraus e outros desníveis entre as várias divisões da habitação;
- retirar das áreas de serviço o mobiliário instável, objectos e fios eléctricos, onde se possa tropeçar;
- manter o equipamento eléctrico em boas condições de segurança;
- não se deverão deitar sem se certificar que o gás do fogão e esquentador se encontram desligados. Desligar igualmente durante o sono, aquecedores ou lareiras;
- não fumar na cama. Se adormecer pode originar-se um incêndio;
- à noite, é conveniente deixar uma luz de presença acesa. Este aspecto é particularmente importante para quem se levanta durante noite;
- se cozinhar, ter cuidado com fogões e fornos, procurando cozinhar nos bicos mais afastados da frente do fogão;
- não colocar tachos, cafeteiras ou outros recipientes com líquidos ou substâncias quentes, perto da beira dos fogões, mesas ou bancadas;
- se estiver medicado, registar as tomas e doses dos medicamentos num local de fácil acesso para consulta, se houver dúvidas;
- ter junto ao telefone os números de urgência, bem como aqueles dos seus familiares ou amigos que, lhe possam prestar auxílio em caso de necessidade;
- ao deslocar-se na rua seguir preferencialmente pelo passeio e no sentido contrário ao tráfego, de modo a poder encarar este de frente. Ao atravessar, fazê-lo sempre que possível nas passadeiras para peões e não hesitar em pedir ajuda, se se movimenta com dificuldade.

7 — LIMITAÇÕES DOS DADOS E DISCUSSÃO

Apesar de os dados do INS serem oriundos de entrevistas efectuadas a amostras de base populacional representativas da área em estudo os resultados devem ser interpretados com alguma cautela uma vez que:

- a base de dados é relativamente escassa;
- o recurso à memória no relato dos acidentes ocorridos nos últimos doze meses, contem seguramente algum erro motivado sobretudo pela tendência em relatar apenas os acidentes de alguma gravidade;
- as flutuações populacionais sazonais, embora escassas poderão ter afectado os resultados, uma vez que o inquérito decorreu no último trimestre de 1989;
- os dados oriundos da Área Metropolitana de Lisboa não podem nem devem ser extrapolados para o País, dado que podem existir diferenças regionais não avaliadas.

É-nos grato verificar porém que, os resultados de um outro inquérito de base populacional (CINDI — Setúbal), realizado um ano antes permitiu encontrar taxas de incidência de acidentes domésticos muito semelhantes: 5.03% e 5.13%, respectivamente no INS e no CINDI, o que apoia a consistência das observações.

Por outro lado e quanto aos principais componentes dos acidentes, apesar do número escasso de informações em que se baseia a análise acima dos 64 anos, a importância relativa das quedas é tão grande, que se justifica ainda assim a sua abordagem mais detalhada. Efectivamente os valores encontrados estão igualmente de acordo com os estudos de outros autores (1; 2; 4) e justificam plenamente o alerta para a necessidade de adopção de atitudes e medidas preventivas nesta matéria.

9 — REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — INDC — “Acidentes domésticos e de lazer — proposta de metodologia de análise”; 1988; Março;
- 2 — Santos, JC — “Acidentes domésticos e de lazer mortais”; Jornal o Público; 1991; 3 de Fevereiro; 26;
- 3 — CINDI — Base de dados sobre o programa de intervenção no distrito de Setúbal;
- 4 — Sattin, RW et al — “The incidence of fall injury events among the elderly in a defined population” — American Journal of Epidemiology; 1990; Vol. 131, N.º 6; 1028-1037;

A FISIOTERAPIA COMO FORMA DE PREVENÇÃO DA PERDA DE MOBILIDADE / AUTONOMIA DO IDOSO

Eduardo Cruz (*)

1 — INTRODUÇÃO

O aumento da esperança de vida, a melhoria da qualidade dos cuidados e dos serviços prestado e a diminuição da natalidade são, entre outros, alguns dos factores responsáveis pelo progressivo aumento da população idosa. A migração para as grandes cidades, a desinserção familiar, o baixo poder económico, o ainda elevado índice de analfabetismo, contribuíram para que a população idosa se sinta carenciada e frequentemente limitada na sua capacidade autonómica. Esta realidade, constitui motivo de preocupação para os mais diversos organismos e instituições ligados à prestação de cuidados ou serviços ao idoso.

Na tentativa de "dar mais vida aos anos" os profissionais de saúde, têm hoje um olhar diferente sobre o idoso, sendo motivo de preocupação, entre outras, as elevadas taxas de morbilidade de algumas doenças crónicas, frequentemente responsáveis pela perda da mobilidade e autonomia, essenciais para que o indivíduo se sinta ainda útil e capaz de realizar o essencial da sua vida de modo autónomo.

A Fisioterapia visa de modo eloquente e pragmático a prevenção da perda de autonomia do idoso, procurando evitá-la ou recuperando-a quando tal for necessário, proporcionando uma melhor integração e bem estar do idoso na sociedade (1). Para tanto, há que adequar a intervenção a esta nova realidade, promovendo a actuação do fisioterapeuta a nível comunitário (2) e actuando no ambiente familiar do doente, visando a resolução integrada dos problemas no meio onde o indivíduo se relaciona e com uma substancial redução de custos que advêm da promoção dos auto-cuidados.

Entendendo melhor o processo de envelhecimento, cabe ao técnico de fisioterapia, a percepção das limitações e das necessidades do idoso e em função dos recursos existentes, actuar, tendo como objectivo a promoção da saúde e da independência dessa indivíduos, bem como a sua melhor inserção na sociedade.

Alguns autores (3), defendem ainda a procura de níveis de qualidade na prestação dos cuidados, salientando a importância da realização de trabalhos

de investigação nesta área, que possam contribuir para ilustrar a melhoria da prestação de cuidados e a inerente promoção da qualidade de vida dos doentes.

É pois com essa finalidade que apresentamos este trabalho, dirigido ao estudo da avaliação da intervenção de uma classe terapêutica num conjunto de idosos.

A escolha do tema em estudo assenta em duas razões principais:

- a) por se tratar de um assunto que se enquadra na formação de Fisioterapeutas proporcionando ao aluno uma prática clínica, na qual a sua intervenção possa ser avaliada e estimulada a melhoria dos cuidados prestados;
- b) pelo facto do envelhecimento da população constituir hoje matéria de estudo intenso, tendo em vista a melhoria dos níveis de qualidade de vida dos idosos.

2 — OBJECTIVO DO ESTUDO

Este estudo teve por objectivo, avaliar a intervenção da Fisioterapia na prevenção da perda de mobilidade/autonomia do idoso. Tendo sido tomada como hipótese principal:

"a intervenção do Fisioterapeuta melhora de forma significativa, as capacidades funcionais dos idosos".

3 — MATERIAL E MÉTODOS

O estudo decorreu no Centro Comunitário de Tires e compreendeu um total de 18 idosos, avaliados em 30 de Janeiro de 1991 e 30 de Julho do mesmo ano, tendo o ensaio piloto decorrido de 12 a 15 de Janeiro do mesmo ano. O critério de selecção dos idosos não foi aleatório, uma vez que a sua assiduidade constituiu um condicionante importante. Efectivamente, muitos dos idosos frequentam o Centro apenas para se servirem das refeições que aí são distribuídas. O tempo e a frequência de duração das intervenções foram registados, de forma a ser possível analisar a relação: custo/eficácia.

A mobilidade dos idosos foi avaliada através de cinco variáveis, adaptadas de Squires et al (4):

* Fisioterapeuta — Docente da Escola de Reabilitação do Alcoitão

- cuidados de higiene pessoal
- levantar e sentar numa cadeira
- apanhar objectos do chão
- marcha
- subir e descer escadas.

Cada variável foi graduada numa escala de 0 a 7, em que o maior índice corresponde à mobilidade máxima, segundo Finlay e colaboradores (5);

- 0 — impossível de realizar
- 1 — incapaz de fazer
- 2 — requer assistência de duas pessoas
- 3 — requer assistência de uma pessoa
- 4 — requer supervisão
- 5 — requer instrução
- 6 — requer um auxiliar ou uma adaptação
- 7 — independente

A cotação máxima de 35 pontos corresponde a total independência em todos os parâmetros. Os dados foram recolhidos por observação directa das actividades desenvolvidas por quatro elementos treinados, dois por cada momento de avaliação, que desconheciam as condições prévias de mobilidade/autonomia do idoso.

Para analisar estatisticamente as diferenças de mobilidade/autonomia no idosos, antes e depois da intervenção da classe de fisioterapia e, por se tratar de um tão limitado efectivo amostral, optámos pelo teste *t* de Student para amostras emparelhadas.

4 — ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Foram estudados 18 idosos de ambos os sexos, com uma média de idades global de 74.1 anos. Avaliaram-se 13 mulheres com idade média de 74.5 anos e 5 homens, relativamente mais novos, com uma média de idades de 68.7 anos.

As principais patologias referidas como origem das limitações verificadas foram as seguintes:

Quadro I: Patologias encontradas nos idosos

	n.º	%
músculo-esquelético	9	50.0
cardíacas	4	22.2
neurológicas	3	16.7
respiratórias	2	11.1
Total	18	100.0

O Quadro II, resume os principais parâmetros de avaliação considerados:

Quadro II: Cotações de mobilidade/autonomia e respectivas diferenças antes e depois da intervenção da classe de Fisioterapia, segundo a idade e sexo dos utentes do Centro de Tires.

Idade	Sexo	1. ^a Avaliação	2. ^a Avaliação	Diferença	N.º de Sessões
72	Fem	(*)35	35	0	16
74	Fem	25	33	8	4
65	Fem	32	35	3	23
74	Masc	(*)35	35	0	14
74	Masc	(*)35	35	0	16
77	Masc	(*)35	35	0	5
63	Masc	31	31	0	24
62	Masc	27	34	7	15
78	Fem	28	33	5	5
84	Fem	16	32	16	21
76	Fem	29	29	0	9
63	Fem	(*)35	35	0	2
90	Fem	31	35	4	13
80	Fem	23	29	6	14
82	Fem	34	35	1	7
59	Fem	28	35	7	12
57	Fem	27	29	2	19
75	Fem	32	35	3	18

(*) — Utesntes com cotação máxima antes da intervenção

Apesar do número limitado de idosos que pudemos incluir neste estudo, a aplicação do teste *t* de Student, permitiu encontrar uma diferença que conduz a um $t=3.54$, que se revela estatisticamente significativa ($p<0.01$), em favor da intervenção da fisioterapia. Por outro lado, não se verificou nenhuma diferença negativa, ou seja, nenhum idoso piorou a sua mobilidade em função da intervenção proposta, o que não sendo de estranhar, nos deixa mais confortáveis.

Se deste grupo, analisarmos apenas os idosos que não atingiam o índice 35 quando da 1.^a avaliação. Isto é, não considerando na análise os 5 idosos que à partida tinham a pontuação máxima de 35 (assinalados com “(*)”) e que portanto, teoricamente não poderiam melhorar mais o seu grau de mobilidade/autonomia, melhoramos um pouco mais a diferença encontrada, passando agora o *t* a ser de 4.0 e, igualmente estatisticamente significativo, para o mesmo nível de significância ($p<0.01$).

Relativamente ao número de sessões, se tivermos em linha de conta sobretudo os idosos que quando da primeira avaliação tinham cotações inferiores à máxima, podemos constatar que o tempo investido e os custos inerentes são relativamente baixos para se alcançarem diferenças importantes na sua mobilidade e autonomia.

Relativamente ao **número de sessões individuais** e o tipo de resposta obtida medida pela **diferença de mobilidade/autonomia** entre os dois momentos, tomando como "cut-points" os valores médios de cada uma das variáveis, ou seja, 13 e 3 respectivamente, constata-se uma associação dupla entre elas (OR=2), embora estatisticamente não significativa $\chi^2=2.25$ ($p>0.05$).

5 — VALIDADE DOS RESULTADOS OBTIDOS

Pelas razões atrás referidas, este estudo comporta algumas fragilidades estruturais e metodológicas que importa frisar.

- a) primeiramente, o número de efectivos considerados é reduzido o que, sem dúvida retira alguma potência ao trabalho;
- b) o critério de selecção não foi aleatório, tendo-se baseado no universo dos idosos que frequentavam o Centro de Tires e que o fazem com regularidade;
- c) o facto destes indivíduos frequentarem o Centro, significa que aí se podem deslocar, ainda que auxiliados, o que faz pressupor que se trata de um grupo com características especiais;
- d) a escala utilizada embora contendo os mesmos parâmetros e objectivos, sofreu uma adaptação introduzida pelos autores, que não foi testada;
- e) o número de sessões a que cada idoso se submeteu dependeu das características específicas da afecção considerada e da sua acessibilidade, tenho sido variável caso a caso.

De qualquer forma importa frisar que os resultados obtidos são semelhantes aos obtidos por estudos semelhantes em diferentes contextos (5).

6 — DISCUSSÃO

Este estudo demonstra um ganho significativo de mobilidade no idoso, após a intervenção do Fisioterapeuta. A qualidade dos resultados obtidos em tão curto espaço de tempo, tem também a ver com a relativa inactividade a que estes idosos normalmente estão sujeitos, passando a maior parte do dia sentados, muitas vezes em sofás ergonomicamente deficientes.

Os resultados aqui encontrados se forem confirmados noutros estudos dirigidos a amostras melhor seleccionadas e de maior dimensão, podem contribuir de uma forma válida e eficaz para a prevenção das disfunções do sistema músculo-esquelético, já de si próprias do processo de envelhecimento natural.

Por outro lado, a promoção e manutenção das capacidades psico-motoras no idoso, reveste-se da maior importância, uma vez que podem permitir a manutenção de padrões de vida e de autonomia que devem ser preservados e estimulados.

7 — CONCLUSÕES

A investigação em Fisioterapia em Portugal começa a dar os primeiros passos. Com muitas outras possibilidades de intervenção no campo técnico e numa altura em que os custos da qualidade de vida são cada vez mais importantes e considerados, compete ao Fisioterapeuta avaliar e divulgar a sua prática clínica em função dos métodos utilizados e resultados obtidos. Isso permitirá a outros colegas compará-los com os seus e ainda, a divulgação junto de outros profissionais de saúde, autarcas e público em geral das potencialidades da técnica e da importância do nosso trabalho, bem como da forma como todos podem contribuir para "dar mais vida aos anos".

Ao longo deste trabalho salientámos a importância da avaliação e do registo do estado físico do idoso, tendo em conta as suas necessidades psico-sociais e o ambiente que o rodeia. Estamos confiantes que esta iniciativa estimulará outros trabalhos porventura de maior abrangência e interesse, que aliás se desejam, numa perspectiva de melhoria gradual dos cuidados e dos serviços prestados às populações.

As limitações ligadas ao envelhecimento e as formas de as prevenir estão entre as nossas principais preocupações, embora entendamos que a sua abordagem deve ser interdisciplinar e que a comunidade científica deve dedicar a este assunto um particular cuidado.

8 — REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hawker, M - "The older patient and the role of the physiotherapist"; Faber & Faber; 1985; London.
2. World Confederation of Physical Therapy — "The role of physical therapy in the care of elderly people"; Edit. by Barbara Sutcliffe MCSP; Copyright WCTP; 1989.
3. Association of Chartered Physiotherapist with special interest in elderly people"; Physiotherapy with elderly patients; Guidelines in good practice;
4. Squires, A — "Evaluation of Physiotherapy in a day unit"; Physiotherapy; 1987; Nov.; Vol. 73; N.º 11: 596-598.
5. Finlay et al — "Effectiveness of Physiotherapy in a geriatric day hospital"; Physiotherapy; 1990; Dez.; Vol. 76; N.º 12: 743-795.

ESTIMATIVAS DA POPULAÇÃO RESIDENTE*

31/12/90

	HOMENS	MULHERES	TOTAL
Aveiro	317.300	338.100	655.400
Beja	83.100	85.500	168.600
Braga	359.100	386.500	745.600
Bragança	77.900	81.300	159.200
Castelo Branco	103.000	112.400	215.400
Coimbra	202.000	226.100	428.100
Évora	84.600	89.200	173.800
Faro	169.000	170.800	339.800
Guarda	90.100	98.300	188.400
Leiria	208.500	219.300	427.800
Lisboa	991.600	1.073.300	2.064.900
Portalegre	65.500	69.100	134.600
Porto	781.900	839.600	1.621.500
Santarém	215.000	228.200	443.200
Setúbal	349.800	362.700	712.500
Viana do Castelo	114.300	134.900	249.200
Vila Real	116.400	121.700	238.100
Viseu	192.500	209.600	402.100
Continente	4.521.700	4.846.600	9.368.300

(*) — Corrigidas de acordo com os dados preliminares do Censo de 1991.
Fonte: INE

DIRECÇÃO-GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
SERVIÇO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1056 LISBOA Codex

Tel. 352 45 15
Fax: 57 14 55

COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO:
PENTAEDRO, PULICIDADE E ARTES GRÁFICAS, LDA.
PTA. DA REPÚBLICA, LOJA B, PÓVOA STO. ADRIÃO — 2675 ODIVELAS
JULHO/92
2000 EXEMPLARES
DEPÓSITO LEGAL 59272/92
ISSN 0871-0813

As opiniões expressas pelos autores são da sua exclusiva responsabilidade
e não reflectem necessariamente os pontos de vista da D.G.C.S.P.

Autorizada a reprodução total ou parcial de figuras e texto sem autorização
prévia, desde que sejam referidas a fonte e o autor