

CONSENTIMENTO INFORMADO

...

Declaro que fui informado (a) de todos os pormenores em relação ao presente instrumento de avaliação (PROTOCOLO DE RASTREIO PARA PESSOAS IDOSAS \geq 75 ANOS), no âmbito do projecto de investigação Rastreio de Necessidades de Atenção Rápida em Pessoas Idosas (\geq 75 anos) [RNAR_75].

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

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

____ / ____ / ____

Assinatura _____

A**Dados de Identificação**

Dados Sócio/Demográficos

A1. Sexo

1. Feminino
2. Masculino

A2. Idade

_____ anos

A3. Estado Civil

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

A4. Nível de Escolaridade

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

A5. Naturalidade (Concelho)

A6. Residência (Concelho)

B**Dados de Identificação**

Caracterização Sócio/Económica do Idoso

B1. Refira os seus familiares mais directos

Cônjuge Filhos n° _____ Netos n° _____ Irmãos n° _____ Sobrinhos n° _____
Outros (especificar _____) n° _____ Outros (especificar _____) n° _____

B2. Se tem filhos (residência)

Na mesma freguesia n° _____ No mesmo concelho n° _____
No mesmo distrito n° _____ Na mesma casa n° _____

B3. Com quem vive actualmente?

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

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

_____ (CODIFICAR RESPOSTA)

- Existem frequentemente discussões que resultam em agressões físicas entre os membros da família
 Existem frequentemente discussões que resultam em agressões verbais entre os membros da família
 Poucas vezes existem discussões entre os membros da família
 Não há evidência de conflito entre as pessoas mais próximas da pessoa idosa; existindo um clima de estabilidade entre as membros da família

B**Dados de Identificação**

Caracterização Sócio/Económica do Idoso

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

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

_____ pessoas

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

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

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

 Cônjuge

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

 Filhos

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

 Outros _____

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

 Outros _____

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

C**Dados de Identificação**

Situação Habitacional

C1. Localização

1. Localizada na povoação
 2. Isolada

C2. Tipo de habitação

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

C3. Regime de Ocupação

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

C4. Ano de construção

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

C5. Número de divisões

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

C6. Infraestruturas

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

C7. Condições de Acessibilidade

- Barreiras Arquitectónicas
 Outros problemas de acessibilidade Quais? _____

D₁

Avaliação Funcional

Actividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody¹

D1a. Capacidade para usar o telefone:

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

D1b. Fazer compras:

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

D1c. Preparar refeições:

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

D1d. Cuidar da casa:

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

D1e. Lavar a roupa:

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

D1f. Modo de transporte:

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

D1g. Responsabilidade pela própria medicação:

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

D1h. Habilidade para lidar com o dinheiro:

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

D2a. Lavar-se

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

D2b. Vestir-se

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

D2c. Utilizar a sanita

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

D2d. Mobilizar-se

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

D2e. Ser continente

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

D2f. Alimentar-se

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

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

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

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

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

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

G

Indicadores de Risco Geriátrico

A. Distúrbios Nutricionais

Tem comido pior por falta de apetite?

Sim Não

Peso _____ kg Altura _____ metros IMC _____

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

Sim Não

Se sim, quanto? _____ Kg

Avaliação Antropométrica³

Peso _____ kg Altura _____ metros IMC _____

B. Polifarmácia

Quantos medicamentos diferentes está a tomar neste momento?

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

C. Quedas

Teve alguma queda nos últimos 6 meses?

Sim Não

Tem medo de cair?

Sim Não

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

Sim Não

D. Incontinência urinária

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

Sim Não

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

Sim Não

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

Sim Não

E. Obstipação

Tem problemas de obstipação ("intestino preso")?

Sim Não

F. Distúrbios sensoriais

Acha ou sente que tem algum problema de audição?

Sim Não

Resultado *Teste de Susurro*⁴

Sim Não

Acha ou sente que tem algum problema de visão?

Sim Não

Resultado *Teste de Jaeger*⁵

Sim Não

F. Distúrbios de Sono

Sente-se sonolento durante o dia?

Sim Não

Está satisfeito com o seu sono?

Sim Não

H

Índice de Comorbilidade de Charlson⁶

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

I

Escala de Depressão Geriatria (GDS-4)

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

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

J

Utilização de Serviços (nos últimos 7 dias)

Tratamentos especiais/terapias/Programas

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

A. Tratamentos de Saúde (exercidos por serviço profissional)

Terapias Respiratórias

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

Cuidados e Tratamentos

- Úlceras de Pressão
- Úlceras de Perna

J

Utilização de Serviços (nos últimos 7 dias)

continuação

Tratamentos especiais/terapias/Programas

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

A. Tratamentos de Saúde (exercidos por serviço profissional)

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

Monitorização e Vigilância de Enfermagem

- Diurese
- Tensão Arterial
- Glicemia Capilar

Cuidados de Ostomia

- Traqueostomia
- Gastrostomia Percutanea
- Colostomias
- Nefrostomias

Tratamentos Intravenosos

Transfusões de Sangue

Tratamentos Programados

- Diálise
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Programas tratamento álcool/drogas
- Outros _____

B. Terapias de saúde

- Fisioterapia
- Outros _____

C. Serviços Sociais

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

L

Avaliação de Violência e Maus Tratos contra a Pessoa Idosa

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

M

Escala “Gijón” de Avaliação Sócio-familiar no Idoso

A. Situação familiar

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

B. Situação económica⁷

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

C. Habitação

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

D. Relações sociais

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

E. Apoio de Rede Social

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

N

Outros Itens

Aparência Física

Aspecto descuidado

Sim Não

Equimoses em diferentes fases de evolução

Sim Não

Contacto Serviços de Saúde

Quantas consultas tem por ano com o seu médico?

_____ (vezes)

Obstipação

As suas fezes são duras a maior parte das vezes?

Sim Não

Faz muito esforço quando está a defecar?

Sim Não

Problemas de sono

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

Sim Não

Se *Sim*, quanto tempo?

_____ (horas)

Tem esta dificuldade quantos dias por semana?

_____ (dias)

Tem esta dificuldade à mais de seis meses?

Sim Não

NOTAS

...

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

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

³ *Avaliação antropométrica*

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

Altura: sem sapatos em posição erecta e pés juntos.

⁴ *Teste Sussurro*

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

⁵ *Teste Jaeger* (Teste visão curta distância)

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

⁶ *Índice de Comorbilidade de Charlson*

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

ENFARTE DO MIOCÁRDIO

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

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

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

DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA

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

DOENÇA CREBROVASCULAR

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

DEMÊNCIA

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

DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÓNICA

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

DOENÇA DO TECIDO CONJUNTIVO

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

ÚLCERA GASTRODUODENAL

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

HEPATOPATIA CRÓNICA LEVE

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

DIABETES

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

HEMIPLEGIA

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

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA MODERADA/SEVERA

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

DIABETES COM LESÃO EM ÓRGÃOS ALVO

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

TUMOR OU NEOPLASIA SÓLIDA

inclui pacientes com cancro, mas sem metástases documentadas - 2

LEUCEMIA

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

LINFOMA

inclui todos os linfomas, waldstrom e mieloma - 2

HEPATOPATIA CRONICA MODERADA/SEVERA

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

TUMOR OU NEOPLASIA SÓLIDA COM METÁSTASES - 6

SIDA DEFINIDA

não inclui portadores assintomáticos - 6

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

Salário Mínimo Nacional – 403 Euros

Montantes das Pensões

Regime Geral

Carreira Contributiva Valor da Pensão

Menos de 15 anos 230,16

De 15 a 20 anos 256,72

De 21 a 30 283,28

Igual ou superior a 31 354,10

Regime Especial – Actividades Agrícolas – 212,46 Euros

Pensão social – 177,05 Euros