



Universidade de Aveiro
2010

Secção Autónoma de Ciências da Saúde

LIA JOÃO
PINHO ARAÚJO

SAÚDE E DISTRESS PSICOLÓGICO EM PESSOAS COM
80 E MAIS ANOS RESIDENTES NA COMUNIDADE



Universidade de Aveiro
2010

Secção Autónoma de Ciências da Saúde

LIA JOÃO
PINHO ARAÚJO

**SAÚDE E DISTRESS PSICOLÓGICO EM PESSOAS COM
80 E MAIS ANOS RESIDENTES NA COMUNIDADE**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica do Doutor Óscar Ribeiro, Equiparado a Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

o júri

presidente

Prof. Doutora Alcione Leite Da Silva

Professora associada convidada da Secção Autónoma de Ciências de Saúde da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Maria João dos Santos Amante Rodrigues Sebastião

Professora adjunta da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viseu

Prof. Doutor Óscar Ribeiro

Equiparado a Professor adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Gostaria de expressar o meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação.

Antes de mais, agradeço ao Professor Óscar Ribeiro, orientador desta tese. O seu contributo foi muito além do apoio científico na elaboração deste trabalho, tendo sido uma pessoa de referência nos últimos anos, não só por estimular o meu interesse pelo conhecimento, mas também por todo o apoio, disponibilidade e compreensão que sempre demonstrou.

À UnIFai, que permitiu o desenvolvimento deste trabalho, sou muito grata. Nomeadamente, à Professora Constança Paúl, pela disponibilização de conhecimento e de dados, e às minhas colegas e amigas que sempre me estimularam intelectualmente e me apoiaram emocionalmente, a Cátia, a Cristina, a Joana, a Maria João, a Natália e, claro, a Laetitia, a quem devo, também, a aprendizagem estatística desta tese.

Não posso deixar de agradecer à minha equipa de trabalho, as Professoras Maria João Amante, Emília Martins, Paula Xavier, Susana Fonseca e Rosina Fernandes, da Escola Superior de Educação de Viseu, que me acompanharam durante este processo.

Por fim, e não menos importante, o meu obrigado à minha família que sempre me apoiou e compreendeu a indisponibilidade dos últimos tempos. E ao Camané, pela cumplicidade constante.

palavras-chave

peessoas muito-velhas, saúde objectiva, saúde subjectiva, distress psicológico, saúde mental.

resumo

Introdução: O grupo de pessoas com 80 e mais anos é o segmento populacional que mais cresce anualmente e espera-se que até 2050 constitua 3,4% do total da população mundial (UN, 2002). Com o avançar da idade, perdas relacionadas com o processo de envelhecimento traduzem-se numa pior saúde física e funcional, mas são precisamente as pessoas mais velhas, com 80 e mais anos, que avaliam a sua saúde como mais positiva, especialmente quando se compararam com outras pessoas. Este paradoxo constitui uma das grandes contradições da literatura que foca as especificidades do grupo dos muito velhos e sugere a influência de outros factores na mediação entre saúde objectiva e subjectiva. Objectivo: Este estudo pretende descrever e comparar o estado socioeconómico e indicadores de saúde em três grupos etários (65-68, 70-79 e 80+ anos) e analisar a dinâmica da relação entre as três componentes da saúde consideradas – objectiva (saúde física e funcional), subjectiva (auto-percepção de saúde) e mental (distress psicológico) na idade avançada. Metodologia: Recorreu-se a uma amostra de 991 pessoas residentes na comunidade, 698 mulheres (70.4%), com idades compreendidas entre os 65 anos e os 101 anos (média de 74.1 anos, SD 6.5). Na recolha de dados utilizou-se o *General Health Questionnaire* (GHQ-12; Goldberg and Blackwell, 1970) e o *Questionário sobre Saúde e Estilos de Vida* (Paúl *et al.*, 1999 - adaptado). Foi também recolhida informação sociodemográfica. Resultados: Análises comparativas entre os grupos etários demonstraram diferenças significativas na saúde subjectiva, objectiva e mental dos indivíduos. O grupo das pessoas muito idosas (n= 207) revelou pior saúde objectiva, com mais pessoas a apresentar incapacidade (AVD e AIVD) e pior capacidade de visão, e uma melhor auto-percepção de saúde (quando se comparam a outras pessoas). A prevalência de distress psicológico na amostra total foi de 26.8%, verificando-se um aumento significativo com a idade. Nos modelos de regressão logística a interacção entre o distress psicológico e a saúde subjectiva mostrou ser estatisticamente significativa. As pessoas sem distress psicológico, apesar das dificuldades funcionais e da condição física, percebem a sua saúde como melhor. Conclusões: A heterogeneidade do grupo das “pessoas idosas” e o perfil daquelas com 80 e mais anos devem ser reconhecidos, nomeadamente em estudos gerontológicos, no desenho de políticas e no desenvolvimento de intervenções clínicas. Independentemente da saúde física, existem outros factores que influenciam a forma como as pessoas idosas e muito idosas auto-avaliam a sua saúde, nomeadamente a saúde mental, pelo que devem ser desenvolvidas estratégias que visem a promoção do bem-estar psicológico a par da promoção da saúde física.

keywords

very-old persons, objective health, subjective health, mental health, psychological distress.

abstract

Introduction: People aged 80 years and over are the segment of the population that grows faster, and it is expected that by the year 2050 this group will represent 3.4% of the total population of the world (UN, 2002). With advancing age, despite disability and age-related losses, some people succeed in evaluating their health more positively, especially when comparing with others. This paradox is one of the biggest contradictions in the literature that focus the very-old and suggests the existence of moderating influences in the relation between objective and subjective health. **Aims:** This study aims to describe and compare the socioeconomic status and the health indicators in three age groups (65-68, 70-79 and 80+ years old) and analyze the relation between objective health (physical and functional status), subjective health (self-perception of health) and mental health (psychological distress) in advanced old age. **Methods:** The sample consists of 991 community-dwelling participants, 698 women (70.4%), with ages between 65 and 101 years (mean age 74.1, SD 6.5). The *General Health Questionnaire* (GHQ-12; Goldberg and Blackwell, 1970) and the *Questionnaire on Health and Lifestyles* (Paúl *et al.*, 1999 - adapted) were used for collecting data. Socio-demographic information was also collected. **Results:** Comparative analyses showed significant differences in subjective, objective and mental health among age groups. The older group (n=207) was more likely to have worse objective health, with greater levels of disability (ADL and IADL) and more vision difficulties, and a better subjective health (when compared to others). The prevalence of psychological distress on the total sample was of 26.8%, with an increased prevalence with age. In the regression model analysis, the interaction between psychological distress and subjective health was found to be significant. Persons without psychological distress, despite functional difficulties or physical conditions, perceived their health as better than people with psychological distress. **Conclusions:** The heterogeneity of "old people" group and the old-old profile should be recognized in the gerontological studies, for the definition of policies and the development of clinical interventions. Besides physical health, there are other factors that contribute way old and very old-people evaluated their health, namely the presence of psychological distress. Strategies that focus on the promotion of psychological well-being should complement the ones aiming to promote physical health.



Índice

Introdução	1
1. Longevidade e saúde	3
1.1. Saúde objectiva e saúde subjectiva	4
1.2. Distress psicológico	6
1.3. Saúde nos muito idosos	8
2. Objectivos	11
3. Metodologia	11
3.1. Amostra	11
3.2. Instrumentos	12
3.3. Análise estatística	13
4. Resultados	14
4.1. Análise das variáveis sociodemográficas e dos indicadores de saúde	14
4.2. Análise da relação entre saúde objectiva e subjectiva	16
4.3. Análise dos factores associados ao distress psicológico: resultados inferenciais do modelo de regressão logística	17
4.4. Análise dos factores a associados à auto-avaliação de saúde: resultados inferenciais do modelo de regressão logística.....	19
5. Discussão dos resultados e implicações do estudo	20
6. Conclusões	24
7. Referências bibliográficas	25
Anexos:	
Anexo nº 1. Questões do Protocolo de Avaliação (P3A)	Erro! Marcador não definido.
Anexo nº 2. Auto-avaliação de saúde e nº de diagnósticos médicos por grupos de idade.....	Erro! Marcador não definido.
Anexo nº 3. Discordância entre a auto-avaliação de saúde e nº de diagnósticos médicos por grupos de idade.....	Erro! Marcador não definido.



Índice de tabelas e gráficos

Tabela 1. Características sóciodemográficas da amostra	21
Tabela 2. Indicadores de saúde por grupos de idade	22
Tabela 3. Associação entre as potenciais variáveis exploratórias e o distress psicológico (GHQ \geq 4)	25
Tabela 4. Coeficientes do modelo multinomial que relaciona a auto-avaliação de saúde e as potenciais variáveis exploratórias (classe de referência: classe 1 - “Muito boa/boa”)	26
Gráfico 1. Percepção de saúde “muito boa/boa” e nº diagnósticos igual ou superior a três vs percepção de saúde “fraca/muito fraca” por grupo etário	23



Introdução

Durante as últimas décadas, os avanços médicos, sociais, políticos, económicos e culturais resultaram num aumento significativo da qualidade de vida da população e, conseqüentemente, num aumento da esperança média de vida e da longevidade humana. Apesar de este ser um dado reconhecido do presente, transversal a vários países, é no futuro que se registarão os índices mais intensos. As últimas projecções apontam para um aumento considerável do peso relativo da população com 65 ou mais anos de idade que, em Portugal, quase duplicará nos próximos anos, passando de 17.4% em 2008, para 32.3% em 2060 (INE, 2009). Para o aumento esperado da percentagem da população idosa contribuirá, sobretudo, a tendência de crescimento numérico dos muito idosos, aqueles com 80 e mais anos de vida.

A longevidade está a aumentar a um ritmo sem precedentes históricos, bem como a proporção de pessoas com idade avançada, sendo que o grupo das pessoas com 80 e mais anos já constitui 3% da população mundial (OMS, 2002). Correspondendo ao segmento populacional que mais cresce anualmente, espera-se que até 2050 constitua 3.4% do total da população mundial, o que representa 153 milhões de pessoas (UN, 2002). Concretamente em Portugal, este grupo constituiu 4.2% do total de efectivos em 2008, mas esperam-se valores entre os 12.7% e 15.8% em 2060, evolução que resulta sobretudo do aumento da esperança média de vida (INE, 2009).

O cenário demográfico projectado demonstra profundas alterações numa sociedade envelhecida, que colocam desafios para os quais devemos estar alerta. Uma das questões-chave que tem sido alvo de interesse científico, é se *o aumento da esperança de vida será acompanhado por um aumento das limitações funcionais e de comorbilidade*. Pois se esta extensão da longevidade estiver associada a uma deterioração da saúde, com aumento de doenças e conseqüente perda de funcionalidade, haverá, inevitavelmente, uma intensificação da dependência ao contexto externo, com elevados encargos para os serviços de saúde e de apoio social. Os contributos empíricos para esta questão são importantes, na medida em que permitirão reflectir sobre as estratégias mais ajustadas, capazes de preparar a sociedade para as especificidades de uma população envelhecida e, desta feita dependente.

O interesse, académico e profissional, por este grupo etário é motivado pelo crescimento do número de pessoas muito velhas, que apesar de ser uma vitória na história da sociedade, tem gerado alguma controvérsia e despertado atenção, uma vez que este grupo é tido como mais vulnerável, e mais necessitado de serviços e atenção



(Wu *et al.*, 2008). É por isso importante investigar a saúde dos mais velhos, no sentido de se intervir atempadamente, numa lógica preventiva e de promoção da saúde.

O estudo da saúde dos muito-velhos não se deve cingir à saúde física e funcional, que tende a piorar com o avançar da idade, e, numa lógica holística e integradora, deve incluir também a saúde mental. A relação entre saúde objectiva e mental não é linear, existindo evidência de que na fase mais avançada de vida, indivíduos com os mesmos problemas de saúde experienciam, por exemplo, sintomatologia depressiva de forma diferente (Jang, Kim & Chiriboga, 2006). É, por isso, fundamental completar esta análise com o estudo da saúde subjectiva, que justifica o facto de as pessoas serem afectadas de forma diferente pelos mesmos problemas de saúde.

O presente trabalho encontra-se dividido em duas partes. A primeira corresponde ao enquadramento teórico, onde se aborda a saúde das pessoas idosas, nas suas vertentes objectiva e subjectiva, bem como no distress psicológico enquanto medida de saúde mental, e, mais especificamente, as dinâmicas e relações que se estabelecem ao nível da saúde nas pessoas que já ultrapassaram a esperança média de vida e que já têm oitenta e mais anos. Na segunda parte, é apresentado o contributo empírico deste trabalho, nomeadamente (i) os procedimentos metodológicos adoptados no estudo, especificando-se a amostra considerada, os instrumentos utilizados e as análises estatísticas efectuadas, (ii) os principais resultados e a sua discussão à luz do que foi encontrado em outros estudos, e (iii) as conclusões, salientando-se os contributos e as implicações práticas, bem como as limitações do estudo. Neste último ponto, também são apresentadas linhas orientadoras para futuras investigações.

1. Longevidade e saúde

As investigações centradas no grupo das pessoas idosas com mais idade começam agora a surgir com maior frequência, pois durante muito tempo este grupo não se fazia representar em número suficiente para serem desenvolvidas análises representativas e com amostras aleatórias de idosos da comunidade (Johnson & Barer, 1997). Nas investigações mais recentes, tem sido clara a evidência de que existe uma grande variabilidade em relação ao que constitui o conceito de *muito velho*, particularmente na idade das fronteiras entre grupos etários. Apesar da maioria dos estudos classificar as pessoas acima dos 80 anos como o grupo dos muito velhos, outros põem nesta categoria as pessoas com mais de 75 anos, ou, ainda, apenas aqueles acima dos 85 anos (Paúl, 2007).

Social e historicamente, a própria imagem associada a um idoso muito velho, que tem sido a de fragilidade, declínio físico acentuado, aumento da incapacidade funcional, perdas sociais e uso recorrente dos serviços de saúde (Camacho *et al.*, 1993), está em plena mudança, fruto do aparecimento, cada vez mais frequente, de pessoas muito velhas que permanecem com altos níveis de funcionalidade e actividade nos seus contextos de residência. No entanto, de forma a nos prepararmos para uma sociedade cada vez mais envelhecida, é fundamental definir o perfil dos muito-velhos, principalmente no que diz respeito à sua saúde, para que possam ser antecipadas as necessidades de um futuro próximo.

O conceito de saúde tem sofrido alterações nos últimos anos, sendo uma referência a destacar a definição assumida pela Organização Mundial de Saúde, como *um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não como a simples ausência de doença* (OMS, 1948: 100), que não se limita a considerar apenas a ausência de doença mas também a presença de valências positivas que promovem a saúde. Tendo em conta o aumento expectável da prevalência de patologias e incapacidade, esta assunção de que uma boa saúde não significa ausência da doença faz-nos crer que nem todas as pessoas idosas são “doentes” e padecem apenas de cuidado assistencial. As tendências actuais mostram que as pessoas idosas são mais saudáveis do que eram há duas décadas atrás: além de viverem durante um maior número de anos, têm menos limitações, menos perdas funcionais e percebem a sua saúde de modo mais positivo (Paúl, 2007). Esta visão holística de saúde pressupõe que o estado de saúde além da sua componente física (“doença”) e funcional (capacidade de executar tarefas do dia-a-dia) inclui também a saúde mental

(bem-estar psicológico) e a saúde subjectiva (auto-percepção de saúde) (Martin *et al.*, 1996; Pinquart, 2001; Jang, Poon & Martin, 2004; Joshi, Kumar & Avasthi, 2003).

1.1. Saúde objectiva e saúde subjectiva

Com o processo de envelhecimento verifica-se um aumento de patologias, especialmente crónicas, e um aumento da dificuldade em desempenhar as tarefas fundamentais, básicas e instrumentais, para se continuar a viver de forma independente na comunidade. Com o avançar da idade verifica-se um aumento da prevalência da doença (especialmente a crónica), sendo que alguns estudos Europeus demonstram um aumento particularmente significativo nas doenças coronárias, na artrose, na diabetes mellitus e na incidência de cancro (cf. Christensen *et al.*, 2009).

Apesar da frequente associação da saúde a critérios objectivos e fáceis de mensurar, tais como a saúde física e a funcionalidade, é igualmente importante considerar outros factores, outras componentes da saúde, nomeadamente a forma como as pessoas percebem a sua próprio estado de saúde. Há 25 anos atrás, Mossey e Shapira (1982) mostraram que uma simples questão sobre a auto-percepção de saúde (“Para a sua idade, de forma geral, considera a sua saúde excelente, boa, razoável, pobre ou muito pobre?”), revelou ser um dos melhores preditores de mortalidade, sendo que vários estudos posteriores vieram confirmar este dado. No *MacArthur Field Study of Successful Aging*, o risco de morte, por exemplo, foi 19 vezes maior para aqueles que consideraram a sua saúde como “pobre” ou “má” durante um período precedente de 3 anos (Schoenfeld *et al.*, 1994). Na revisão de estudos realizada por Benyamini e Idler (1999), verificou-se que a saúde subjectiva permanece como um predictor significativo de mortalidade, quando se controla o estado de saúde objectivo, bem como outras co-variantes, como o estado socioeconómico, o suporte social e os comportamentos de risco.

A saúde percebida, enquanto componente subjectiva da saúde e em face a estas evidências, tem sido uma medida amplamente utilizada nas investigações gerontológicas: (i) associa-se com a saúde objectiva, (ii) está relacionada com o declínio funcional e a mortalidade, (iii) influencia a utilização dos serviços de saúde, (iv) é uma forma de avaliar o estado de saúde que não implica gastos (Pinquart, 2001), (v) e está associada a comportamentos saudáveis, recuperação rápida, bem-estar físico e emocional e, até mesmo, maior longevidade (Jang, Kim & Chiriboga, 2006). Como medida por si só, a auto-avaliação de saúde permite uma apreciação global do estado geral, incorporando os vários domínios da saúde e servindo como um sumário

da percepção que cada indivíduo tem dos vários aspectos objectivos e subjectivos relacionados com a sua saúde.

Mais recentemente, tem vindo a aumentar o interesse em estudar os factores que contribuem para a alteração na percepção da saúde ao longo dos anos. Nos estudos que associaram este indicador a outras variáveis de saúde, tem sido demonstrado que a saúde percebida correlaciona-se positivamente com outras medidas objectivas como o resultado de exames físicos e escalas clínicas, condições crónicas e estado funcional (Bryant, Beck & Fairclough, 2000; Pinquart, 2001). No entanto, ao se verificar que indivíduos com níveis equivalentes de doença “objectiva” percebem a sua saúde em níveis diferentes, torna-se necessário considerar a influência de outros factores nessa apreciação, nomeadamente a contribuição dos factores psicológicos (e.g. Wurm, Tomasik & Tesch-Romer, 2008).

De acordo com o último Inquérito Europeu sobre Rendimento e Condições de Vida (Eurostat, 2008), à semelhança de todos os países, em Portugal a percepção de saúde torna-se mais negativa com o aumento da idade, sendo o grupo das pessoas entre os 15 e os 24 anos, aquele que percebe a sua saúde como melhor (84,8% deste grupo avalia a sua saúde como “boa” ou “muito boa”). Já nos grupos de idade acima dos 65 anos, a avaliação subjectiva de saúde apresenta resultados menos positivos, principalmente no grupo das pessoas com 85 ou mais anos, onde apenas 4,3% das pessoas avaliam a sua saúde como “boa” ou “muito boa”. Comparativamente aos restantes países da Europa, Portugal apresenta das percentagens mais elevadas de pessoas idosas a perceberem a sua saúde de forma negativa (54.8% das pessoas avaliam a sua saúde como “má” ou “muito má”, sendo a média Europeia de 28.7%). Esta diferença é ainda mais significativa para o grupo das pessoas com 85 e mais anos, em que 61.6% das pessoas em Portugal avaliam a sua saúde como negativa, enquanto na Europa o valor médio é de 37.4%. Resultados mais animadores foram encontrados num outro estudo que analisa a auto-avaliação dos Portugueses nas idades mais avançadas (INE & INA, 2009), o qual demonstra que a percepção positiva tem vindo a aumentar no grupo das pessoas com 65 e mais anos, tendo contribuído em grande medida para este resultado a percepção que os idosos mais velhos (85 e mais anos) têm do seu estado de saúde.

1.2. Distress psicológico

A influência do modelo biomédico que esteve vigente durante muitos anos no desenvolvimento da Psicologia Clínica, fez com que se estudasse a saúde mental sobretudo na sua perspectiva psicopatológica (Ribeiro, 2000). Mas, a partir da década de 70, com a influência do modelo biopsicosocial e da Psicologia Positiva, houve uma reconceptualização da saúde mental, no sentido de se considerar cada vez mais a presença de emoções e sentimentos positivos associados ao bem-estar, ao invés de se considerar unicamente a ausência de sintomas associados à doença mental (Silva, 2005). Na esteira deste entendimento mais holístico, a consideração de condições de sofrimento psicológico capazes de evoluir para situações patológicas de relevância clínica começaram a ser tidas em conta.

As recomendações da Comissão Europeia relativas aos indicadores do estado de saúde propõem que a saúde mental seja descrita em três dimensões: saúde mental positiva, relacionada com o bem-estar e capacidade de lidar com situações adversas, a saúde mental negativa, que compreende o diagnóstico de perturbações psiquiátricas, e o distress psicológico, que se refere à presença de sintomas, principalmente depressivos e ansiosos (European Commission, 2004). Este último, não pressupõe obrigatoriamente a perturbação mental, na medida em que o indivíduo pode ter distress devido a circunstâncias pessoais ou sociais sem que estejam reunidos os critérios para o diagnóstico de perturbação mental (OMS, 2001). No âmbito das condições subclínicas, o distress psicológico, definido como um estado marcado por sentimentos de desânimo, abandono e frustração, que estão relacionados com a depressão, a ansiedade e a perda de controlo emocional e comportamental (Fragoero, 2008), tem vindo a assumir-se como uma variável de grande importância em estudos comunitários (eg. Paúl, Ayis & Ebrahim, 2006).

Quando analisamos especificamente a saúde mental das pessoas mais velhas, a importância de considerar situações de sofrimento subclínico, para além das perturbações mentais, ganha particular relevo. Tem sido verificado que a prevalência de determinadas desordens psiquiátricas nas pessoas idosas permanece desconhecida (OMS, 2001), sendo a deteção clínica da depressão nos idosos que vivem na comunidade um problema maior de saúde pública. Com efeito, os transtornos mentais na velhice, muitas vezes subdiagnosticados, são muito comuns e podem ter consequências a vários níveis, nomeadamente redução da funcionalidade e diminuição da qualidade de vida. É frequente verificarem-se sintomas que não preenchem os requisitos de um diagnóstico de perturbação psiquiátrica, como, por

exemplo, de depressão, mas que causam incapacidade, podendo estar associados um aumento da morbilidade e mortalidade (Steffens *et al.*, 2000).

As investigações que procuram analisar a evolução da saúde mental com o avançar da idade focam sobretudo a depressão, e os seus resultados são divergentes: algumas revelam, por um lado, um aumento do risco de depressão na idade avançada, outros, pelo contrário, verificam uma diminuição desta perturbação, havendo, ainda, autores que defendem que existem dois picos de prevalência - um na meia-idade ou antes, e outro na idade tardia (cf. Pinquart, 2001). Apesar da maior parte da literatura se ter debruçado na depressão, esta mesma divergência de opiniões verifica-se também para a ansiedade e para o distress psicológico geral (Jorm *et al.*, 2005). Concretamente sobre os factores que podem estar associados à vulnerabilidade da saúde mental e que podem ser desencadeantes de perturbações na velhice, e considerando-se em particular os factores associados a uma melhor e/ou pior saúde mental nas idades mais avançadas, é de referir que uma grande parte da literatura tem identificado as restrições de saúde física como um dos principais factores de risco, nomeadamente a contribuição das patologias e da incapacidade funcional para a sintomatologia depressiva (Jang, Kim & Chiribogam 2006). Também a relação entre a saúde mental e a saúde subjectiva tem sido alvo de interesse, tendo-se verificado que existe uma relação recíproca entre auto-percepção de saúde e distress psicológico, em que a avaliação negativa de saúde leva a um aumento do distress psicológico, que por sua vez influencia uma pior percepção de saúde. À medida que as componentes depressivas e psicológicas do distress se intensificam, aumenta a visão negativa sobre a saúde (Cappeliz *et al.*, 2004). Por outro lado, uma percepção negativa da saúde revela-se preditora de sintomas depressivos e níveis elevados de ansiedade, correntemente e ao longo do tempo, independentemente da saúde objectiva (Jang, Kim & Chiriboga, 2006). Estas observações realçam a necessidade de elucidar a relação que existe entre a saúde e o distress psicológico, especialmente nas pessoas idosas.

Num estudo realizado em 10 países da União Europeia, Portugal registou o risco mais elevado de distress psicológico na terceira idade (European Commission, 2004). Mais concretamente, as pessoas com 65 e mais anos, em comparação com os adultos (26 a 64 anos), apresentaram um risco acrescido de 2,45 de experienciar distress psicológico. É ainda de realçar que os índices de risco dos restantes países ficaram muito além do valor verificado em Portugal, sendo que o país que ficou mais próximo de Portugal foi a Alemanha com um risco acrescido de 1,82 para as pessoas idosas. Estes dados sugerem a importância de uma intervenção preventiva, no sentido de se

dar atenção a indicadores e sintomas mentais que, apesar de não corresponderem aos critérios de desordem clínica, podem indicar essa possibilidade. Neste sentido, a integração da saúde mental nos cuidados primários é apontada como uma das prioridades da Organização Mundial de Saúde (OMS & WONCA, 2009), de forma a se promover e prevenir a saúde mental e sinalizar os casos com maior antecedência. Também em Portugal, o Ministério da Saúde demonstra a mesma preocupação, tendo considerado a saúde mental como uma das quatro áreas prioritárias de intervenção (ACS, 2008). No entanto, quando dá a conhecer as suas iniciativas, predominam as da área da saúde mental das crianças, e pouca atenção é ainda dada à saúde mental das pessoas idosas.

1.3. Saúde nos muito idosos

Na última fase da vida a heterogeneidade de vivências é maior, facto que se traduz em vários perfis de pessoas muito-velhas e numa grande divergência de resultados nos estudos que focam este grupo. Duas concepções elementares sobre as pessoas mais idosas têm sido realizadas: uma que denomina esta fase da vida como a “quarta idade”, e outra que identifica estas pessoas como os “sobreviventes” (Baltes & Mayer, 2001; Johnson & Barer, 1997). A primeira perspectiva associa a idade avançada a um aumento de patologias, perdas cognitivas e da capacidade de aprender, bem como declínio em aspectos relacionados com o bem-estar emocional (eg. satisfação de vida, solidão) (Baltes & Mayer, 2001). A segunda, mais optimista, diz que estas pessoas já experienciaram grandes perdas ao longo da vida (eg. problemas de saúde, a morte dos contemporâneos) e que o aumento do nível de incapacidade não leva necessariamente à desmoralização, pois as pessoas são caracterizadas por um senso de bem-estar e orgulho no seu estatuto de sobreviventes (Johnson & Barer, 1997).

Independentemente da perspectiva, os estudos que comparam diferentes grupos etários demonstram que os efeitos da doença e da incapacidade na saúde subjectiva e mental podem variar dentro do grupo das pessoas idosas, com valores significativamente diferentes no sub-grupo das pessoas com 80 e mais anos. Para estas, o declínio da saúde e da capacidade funcional é reportado como um dos aspectos centrais nas suas vidas (Johnson & Barer, 1997). Por um lado, aumenta a preocupação com as patologias e dificuldades funcionais do dia-a-dia e, por outro, diminuem as exigências com a família e a preocupação com aspectos financeiros. No entanto, quando se analisa a auto-percepção da saúde dos idosos mais velhos,

verifica-se que existem resultados distintos, podendo verificar-se referências de que a saúde subjectiva melhora ou mantém-se estável ao longo dos anos (i.e. revelando-se independente da idade), ou de que existe uma pior percepção no grupo dos mais velhos. Este facto é apresentado por Pinquart (2001) que, decorrente de uma meta-análise de estudos longitudinais, sistematiza os estudos que suportam a noção de que a saúde subjectiva declina com a idade. Os principais fundamentos por ele apresentados são de que (i) a idade avançada é caracterizada pela multi-morbilidade, a acumulação de condições médicas e doenças; (ii) o aumento de condições crónicas e fragilidade aumenta a preocupação com as sensações do corpo; (iii) verifica-se aumento da incidência de hipocondria com a idade. Mas por outro lado, alguns dos estudos analisados revelam que a auto-avaliação de saúde não piora com a idade. As justificações para este facto são de que (i) a saúde percebida não depende unicamente das condições objectivas de saúde, mas também de outros factores, como por exemplo, a comparação da saúde individual com o estado de saúde dos conhecidos, principalmente daqueles em pior condição a esse nível; (ii) as pessoas mais idosas poderão compensar alguns problemas de saúde ao desconsiderarem a sua importância; (iii) uma vez que a percepção de saúde pode influenciar a longevidade, os mais velhos (sobreviventes) podem perceber melhor a saúde; (iv) as pessoas com mais problemas de saúde tendem a não participar tanto em estudos de investigação, pelo que poderá estar a ser subestimada a influência da idade na auto-percepção de saúde (Pinquart, 2001).

Desta forma, prevalece a diferença entre o estado objectivo de saúde, que declina com os anos, e a percepção de saúde, que não piora necessariamente, isto é, a relação entre saúde objectiva e subjectiva parece ir perdendo força com o passar dos anos. A discrepância entre indicadores objectivos e subjectivos constitui um dos grandes paradoxos da literatura gerontológica. Inicialmente, começou por ser verificado nos estudos empíricos que comparavam adultos jovens com adultos idosos, em que as pessoas idosas, apesar de experienciarem perdas em vários domínios (físico, mental e social), demonstraram uma estabilidade ao nível da sua auto-estima e satisfação de vida (Baltes & Baltes, 1990; Brandtsadter & Greve, 1994; Helgeson & Mickelson, 2000). Mais recentemente, este paradoxo tem sido estudado na comparação entre diferentes grupos de idades (“idosos” vs “muito-idosos”), constituindo uma das grandes contradições da literatura que foca as especificidades do grupo dos muito velhos (Borchelt *et al.*, 1999; Pinquart, 2001). Esta discrepância leva a crer que existem outros factores que influenciam este processo, pois apesar de os indicadores de saúde física terem uma influência importante na percepção dos

idosos da sua condição, eles não a explicam por completo. Algumas soluções têm sido apresentadas para explicar esta contradição, nomeadamente a capacidade de resiliência e o fenómeno de comparação social (Baltes & Mayer, 2001). Apesar desta primeira ser tradicionalmente associada à infância e adolescência, recentemente têm surgido investigações que procuram estudar este conceito ao longo do ciclo de vida, sendo que os resultados apontam para a evidência de resiliência em idades muito avançadas, que se traduz na capacidade de adaptação aos constrangimentos relacionados com a idade. Os recursos internos, estilo de coping e investimento na vida pessoal (Staudinger & Fleeson, 1996), a par das relações sociais (Fuller-Iglesias, Sellars & Antonucci, 2008), têm sido apontados como os principais factores protectores e facilitadores da resiliência, e que, conseqüentemente, promovem uma percepção de saúde positiva na idade avançada. Já no que se refere aos pressupostos da Teoria de Comparação Social (Festinger, 1954, cit in Helgeson & Mickelson, 2000), em situações ambíguas, como a vivência de doença crónica, a auto-percepção de bem-estar passa-se a basear mais na comparação com os outros do que em padrões objectivos. Baltes e Baltes (1990), na sua perspectiva de envelhecimento bem sucedido, afirmam que as pessoas idosas podem manter uma elevada adaptação às múltiplas perdas, ao se compararem com outras pessoas. Finalmente, também a saúde mental tem sido apontada como outro dos factores que interfere no paradoxo, na medida em que contribui de forma significativa e independente na percepção actual e futura que as pessoas idosas têm da sua saúde, sendo que foi demonstrado que a influência deste indicador de saúde é mais relevante que a própria saúde física (Cappeliz *et al.*, 2004).

O aumento crescente da longevidade humana e da representatividade do grupo dos muito-velhos, aumenta o interesse por conhecer as especificidades deste grupo. Apesar dos grandes avanços médicos e sócio-sanitários, os constrangimentos associados ao processo de envelhecimento são naturais e impossíveis de reverter, pelo que é essencial aprofundar e clarificar a contribuição da auto-percepção de saúde e do distress psicológico, especialmente de forma articulada e integrada.

2. Objectivos

O presente estudo tem como objectivo investigar, numa amostra de idosos muito velhos residentes na comunidade, a relação entre saúde física (objectiva e subjectiva) e saúde mental (distress psicológico). Mais especificamente, pretende-se: (i) analisar e comparar a saúde e o distress psicológico entre as pessoas idosas com menos de 80 anos e as pessoas com 80 e mais anos de idade; (ii) analisar como varia a relação entre a saúde objectiva e saúde subjectiva com o avançar da idade; (iii) determinar a relação do distress psicológico com variáveis de saúde e com variáveis sociodemográficas nas pessoas com 80 e mais anos; (iv) determinar a relação da saúde subjectiva com a saúde objectiva, com o distress psicológico e com variáveis sociodemográficas nas pessoas com 80 e mais anos.

3. Metodologia

A pesquisa bibliográfica efectuada deixou claro que o interesse pelo grupo dos muito velhos é recente, sendo que apesar de muitas investigações utilizarem a idade como variável de estudo, a maioria dos estudos no âmbito gerontológico têm como amostra as pessoas idosas (65 e mais anos) não utilizando subgrupos de idade. Concretamente em Portugal, verificou-se uma escassez de trabalhos empíricos explicitamente realizados no domínio dos muito velhos. Nesse sentido, e sob a égide dos objectivos propostos, optou-se por considerar a amostra de um estudo comunitario (UniFai, 2009) no qual a autora esteve envolvida, seleccionando-se para análise particular o grupo dos mais velhos em várias medidas de saúde.

3.1. Amostra

Decidiu-se efectuar uma análise de natureza quantitativa, recorrendo-se a uma amostra que deriva de um estudo transversal sobre envelhecimento activo (*Projecto DIA*), desenvolvido pela Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UniFai – ICBAS/UP), com o objectivo de estudar as determinantes de Envelhecimento Activo do Modelo da Organização Mundial de Saúde (www.projectodia.com). Os sujeitos da amostra residem em diferentes regiões de Portugal, e foram recrutados

através de anúncios de jornais, recursos da comunidade (e.g. associações e centros de dia) e de referências a sujeitos que iam surgindo aquando do estudo.

A amostra compreende 991 pessoas, 698 mulheres (70.4%) e 293 homens (29.6%), com idades compreendidas entre os 65 e os 101 anos (média = 74.1, SD 6.5). A maioria (51.1%) é casada ou vive em união de facto, 36.8% são viúvos, 8.2% solteiros e 2.9% divorciados. Um número elevado de pessoas nunca frequentou a escola (24.3%) e 59.3% frequentaram o ensino primário. Relativamente à proveniência da amostra, 69.6% das pessoas vivem em zona urbana e 30.4% em zona rural, e são oriundas de Portugal continental (66.4%), da Região Autónoma da Madeira (23.7%) e da Região Autónoma dos Açores (9.9%). Grande parte vive com alguém (73.2%), principalmente com o cônjuge (38.7%) e/ ou filhos (14.2%).

3.2. Instrumentos

Tendo por base o instrumento P3A originalmente desenvolvido para o projecto (Paúl, Fonseca & Ribeiro, 2007), foram seleccionadas para o presente estudo algumas questões relativas à identificação geral dos sujeitos (informação sobre a idade, sexo, estado civil, educação e residência - rural vs urbano), e ao estado de saúde (itens da *Escala de Saúde e Estilos de Vida* e o *General Health Questionnaire*) (vide anexo 1). Mais especificamente, foi utilizada:

- A versão Portuguesa do Questionário de Saúde Geral (*General Health Questionnaire*, GHQ-12). Esta é uma versão reduzida do questionário original (GHQ-60) desenvolvido por Goldberg para avaliar perturbações psiquiátricas minor (Goldberg & Blackwell, 1970). Usualmente é utilizado como indicador único de distress psicológico, especialmente de depressão. As versões reduzidas, como a GHQ-12, têm sido apontadas como mais apropriadas, em comparação às versões longas, para os estudos com pessoas idosas, por serem mais simples e curtas (Bowling, 1991). Neste estudo, optando-se por uma cotação dicotomizada, é utilizado um *cut off point* de 4, para identificar os casos de distress psicológico, uma vez que este critério é amplamente recomendado por diversos autores em estudos com pessoas idosas (Bowling, 1991; Paúl & Ribeiro, 2008).
- Informação relativa à saúde objectiva (física e funcional) e subjectiva (auto-percepção de saúde). Esta última foi avaliada através de três questões “em

geral considera que a sua saúde é”, “*comparando com as pessoas próximas consideram que a sua saúde é*” e “*comparando com o ano passado diria que a sua saúde é*”, cujas respostas variam numa escala do tipo Likert, entre “muito boa”, boa”, “aceitável”, “fraca” ou “muito fraca”. Na saúde física, os participantes foram questionados sobre a presença de doenças para as quais tomavam alguma medicação, tendo por base numa lista de enfermidades mais comuns, sobre a visão (considerando o recurso a óculos ou lentes de contacto) e audição (considerando o recurso a aparelho auditivo) cujas respostas variam numa escala do tipo Likert, entre “muito boa”, boa”, “aceitável”, “fraca” ou “muito fraca”. A funcionalidade foi medida através de uma Escala de Actividades de Vida Diária, básicas (AVD) e instrumentais (AIVD), nas quais os participantes indicam o grau de dificuldade (“não sente dificuldade”, “sente alguma dificuldade”, “sente muita dificuldade”, totalmente dependente”). Para cada item da escala as respostas foram agrupadas entre “sem dificuldade” e “com dificuldade”, considerando-se no final as “pessoas com dificuldade em pelo menos uma actividade” vs “pessoas sem dificuldade”.

3.3. Análise estatística

Partiu-se inicialmente de uma análise descritiva das variáveis seleccionadas, controlando diferentes variáveis sociodemográficas, em três grupos etários: 65-69 anos (N=290), 70-79 anos (N=494) e 80+ anos (N=207). Numa segunda fase, utilizando-se apenas o grupo dos mais velhos, realizou-se o modelo de regressão multinomial (utilizando-se a auto-percepção de saúde como variável dependente) e o modelo de regressão logística binária (tendo como variável dependente o distress psicológico). Para ambos os modelos, as variáveis explicativas utilizadas foram o número de diagnósticos médicos, a capacidade de visão, a funcionalidade, o distress psicológico (para o primeiro modelo), a auto-percepção de saúde (para o segundo modelo) e as variáveis sociodemográficas. Utilizou-se o SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 17, em todas as análises efectuadas, para as quais foi considerado o valor $\alpha=0.05$ como nível de significância.

4. Resultados

Da apresentação dos resultados consta a análise das variáveis sociodemográficas e dos indicadores de saúde por grupos etários, com ênfase nas pessoas idosas com menos de 80 anos e nas pessoas com 80 e mais anos de idade, da relação entre saúde objectiva e subjectiva com o avançar da idade, bem como a determinação das potenciais variáveis exploratórias relacionadas com o distress psicológico e com a auto-avaliação de saúde.

4.1. Análise das variáveis sociodemográficas e dos indicadores de saúde

Do total da amostra, 207 (21%) indivíduos têm 80 e mais anos de idade. Este grupo é, à semelhança da amostra total, maioritariamente feminino (66.2%), e o grau de escolaridade mais frequente corresponde ao ensino básico (57.9%). Com o avançar da idade verifica-se um aumento do número de pessoas viúvas (57.8%) e de pessoas a residir sozinhas (35.6%). A tabela 1 sintetiza as principais características sócio-demográficas da amostra.

Tabela 1. Características sócio-demográficas da amostra total e por grupo etário

	65-69	70-79	>=80	Total	p
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Mulheres	206 (71)	355 (71.9)	137 (66.2)	698 (70.4)	0,312
Homens	84 (29)	139 (28.1)	70 (33.8)	293 (29.6)	
Casado/ união de facto	194 (66.9)	250 (51.1)	58 (28.4)	502 (51.1)	<0.05
Viúvo	64 (22.1)	180 (36.8)	118 (57.8)	362 (36.8)	
Solteiro	19 (6.6)	42 (8.6)	20 (9.8)	81 (8.2)	
Divorciado	13 (4.5)	17 (3.5)	8 (3.9)	38 (3.9)	
Analfabeto	46 (15.9)	130 (26.3)	61 (29.5)	237 (23.9)	<0.05
Ensino básico	177 (61)	285 (57.7)	117 (56.5)	579 (58.4)	
>Ensino básico	62 (23.1)	75 (16)	24 (14)	161 (17.7)	
Vive com cónjuge	144 (49.7)	195 (39.6)	43 (21)	382 (38.7)	<0.05
Vive com filhos	34 (11.7)	60 (12.2)	46 (22.4)	140 (14.2)	
Vive sozinho	44 (15.2)	148 (30)	73 (35.6)	265 (26.8)	
Outros	68 (23.4)	90 (18.3)	43 (21)	201 (20.3)	

De um modo geral, pode-se verificar que existe uma associação significativa entre a saúde subjectiva, a saúde objectiva e a saúde mental, e os grupos de idade, na maior parte das variáveis consideradas (tabela 2).

Tabela 2. Indicadores de saúde por grupos de idade e na amostra total

		65-69	70-79	>=80	Total	P
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Saúde Subjectiva	Auto-avaliação de saúde geral					
	Muito boa/ Boa	74 (25.8)	107 (21.9)	52 (26.1)	233 (23.9)	0.269
	Aceitável	139 (48.4)	247 (50.5)	84 (42.2)	470 (48.2)	
	Fraca/ Muito fraca	74 (25.8)	135 (27.6)	63 (31.7)	272 (27.9)	
	Auto-avaliação de saúde comparando com o passado					
	Muito boa/ boa	42 (14.6)	72 (14.8)	29 (14.6)	143 (14.7)	0.052
	Aceitável	162 (56.4)	245 (50.3)	87 (43.7)	494 (50.8)	
	Fraca/ Muito fraca	83 (28.9)	170 (34.9)	83 (41.7)	336 (34.5)	
	Auto-avaliação de saúde comparando com os outros					
Muito boa/ boa	98 (34.1)	205 (42.3)	93 (47.7)	396 (41.0)	<0.05	
Aceitável	146 (50.9)	199 (41)	72 (36.9)	417 (43.1)		
Fraca/ Muito fraca	43 (15)	81 (16.7)	30 (15.4)	154 (15.9)		
Saúde objectiva	Diagnósticos médicos					
	Sem diagnósticos	43 (14.8)	49 (9.9)	34 (16.4)	126 (12.7)	0.08
	1 ou 2 diagnósticos	148 (51.0)	223 (45.1)	87(42)	458 (46.2)	
	3 ou mais diagnósticos	99 (34.1)	222 (44.9)	86 (41.5)	407 (41.1)	
	Capacidade de visão					
	Muito boa/ boa	154 (65)	200 (48.8)	59 (37.6)	413 (51.4)	< 0.05
	Aceitável	60 (25.3)	146 (35.6)	50 (31.8)	256 (31.8)	
	Fraca/ Muito fraca	23 (9.7)	64 (15.6)	48 (30.6)	135 (16.8)	
	Capacidade de audição					
	Não usa aparelho e audição muito boa/ boa	198 (69.2)	284 (58.9)	70 (36.3)	552 (57.4)	< 0.05
	Não usa aparelho e audição aceitável	71 (24.8)	127 (26.3)	67 (34.7)	265 (27.6)	
	Não usa aparelho e audição fraca/ muito fraca	15 (5.2)	60 (12.4)	52 (26.9)	127 (13.2)	
	Usa aparelho	2 (0.7)	11 (2.3)	4 (2.1)	17 (1.8)	
	AVD					
	Sem dificuldade	172 (59.3)	247 (50)	60 (29)	479 (48.3)	<0.05
Com dificuldade	118 (40.7)	247 (50)	147 (71)	512 (51.7)		
AIVD						
Sem dificuldade	167 (57.6)	232 (47)	58 (28)	457 (46.1)	<0.05	
Com dificuldade	123 (42.4)	262 (53)	149 (72)	534 (53.9)		
Saúde mental	Distress psicológico					
	Sem distress	223 (76.9)	367 (74.3)	135 (65.2)	725 (73.2)	< 0,05
	Com distress	67 (23.1)	127 (25.7)	72 (34.8)	266 (26.8)	

No que diz respeito à saúde subjectiva, apenas quando se comparam a outras pessoas, os grupos revelaram diferenças significativas. Esta percepção melhora com o

avançar da idade: de 34.1% que considera a sua saúde “boa” ou “muito boa” (entre os 65 e os 69 anos), para 42.3% (grupo dos 70 aos 79 anos) e para 47.7% (pessoas com 80 e mais anos). Na saúde objectiva, as diferenças significativas verificam-se na capacidade de visão e audição, bem como nas actividades de vida diária (básicas e instrumentais). Para todas estas verifica-se um aumento das dificuldades no grupo dos muito velhos. Relativamente ao número de diagnósticos médicos, apesar de não se registarem diferenças significativas, é o grupo cujas idades se situam entre os 70 e os 79 anos que apresenta um maior número de pessoas com 3 ou mais diagnósticos e um menor número de pessoas sem qualquer diagnóstico. No que se concerne à saúde mental, a prevalência de distress psicológico na amostra total foi de 26.8%. Verifica-se um aumento com o avançar da idade, com 23.1% no grupo mais novo (65-69 anos), 25.7% no grupo intermédio (70-79 anos), e 34.8% no grupo dos mais velhos (80 e mais anos), sendo as diferenças encontradas estatisticamente significativas.

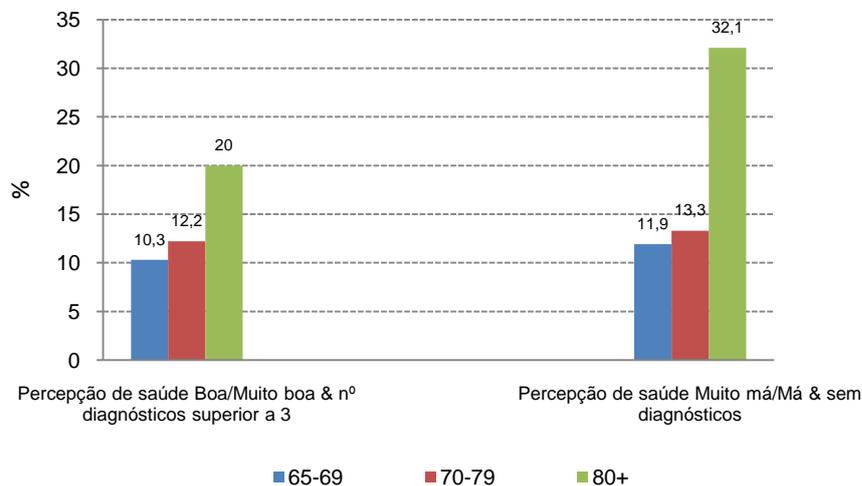
4.2. Análise da relação entre saúde objectiva e subjectiva

Ao analisar-se a associação entre o número de diagnósticos médicos (saúde objectiva) e a auto-percepção de saúde (saúde subjectiva) por grupos de idade, verifica-se que existe uma associação significativa do ponto de vista estatístico em todos os grupos etários (vide anexo 2). Quando se analisa em pormenor os valores percentuais, constata-se que o modo como as pessoas com o mesmo número de diagnósticos avalia a sua saúde varia de acordo com o grupo etário ao qual pertencem. A auto-percepção de saúde das pessoas sem diagnósticos médicos é mais fraca no grupo das pessoas com 80 e mais anos (32.1%), em relação ao grupo das pessoas com 65 a 69 anos (11.9%) e ao das pessoas entre os 70 e os 79 anos (13.3%). Por outro lado, as pessoas com 3 ou mais diagnósticos médicos do grupo dos mais velhos avaliam a sua saúde como mais positiva (20%) que os restantes grupos (10.3% e 12.2%) (ver Gráfico 1).

Ao associamos uma variável representativa da discordância entre saúde objectiva e subjectiva (1 - “pessoas que percebem a saúde como boa/ muito boa e têm 3 ou mais diagnósticos”, 2- “pessoas que percebem a saúde como má/ muito má e sem diagnósticos”; 3 – “todos os restantes”) com os grupos de idade, constatou-se a existência de uma associação significativa ($p < 0.05$), sendo que é no grupo dos mais velhos que se verifica o maior número de casos das primeiras duas categorias da variável (1 - “pessoas que percebem a saúde como boa/ muito boa e têm 3 ou

mais diagnósticos”, 2- “pessoas que percebem a saúde como má/ muito má e sem diagnósticos”) (vide anexo 3).

Gráfico 1. Auto-percepção de saúde “boa/muito boa” e nº diagnósticos igual ou superior a 3 vs auto-percepção de saúde “má/muito má” e sem diagnósticos por grupo etário



4.3. Análise dos factores associados ao distress psicológico: resultados inferenciais do modelo de regressão logística

A percentagem de distress psicológico nas mulheres (42.3%) é maior que nos homens (20%); ao nível do estado civil, esta é superior nos divorciados (50%), nos solteiros (40%) e nos viúvos (38.1%) quando comparada com os casados (24.1%). A percentagem de pessoas com distress psicológico varia também de acordo com os níveis de educação, sendo os que nunca frequentaram a escola, aqueles que apresentam um valor mais elevado (49.2%). Os idosos mais velhos que avaliam a sua saúde como “fraca ou muito fraca” apresentam um número mais elevado de casos de distress psicológico, quer quando avaliam a sua saúde de forma geral (60.3%), quer quando a avaliam em comparação com os outros (76.7%). No que diz respeito à saúde funcional, o número de casos de distress psicológico é superior nas situações com limitações nas AVD (de 20% para 40.8%) e nas AIVD (de 17.2% para 41.6%). Por outro lado, no que diz respeito à saúde física, não se verifica um aumento do distress psicológico com o aumento do número de diagnósticos médicos (ver Tabela 3).

Utilizando o GHQ-12 como variável no modelo de regressão logística, inicialmente procedeu-se à selecção das variáveis independentes, a partir da significância de modelos independentes e não ajustados, bem como do suporte teórico. Os valores de

odds ratios não ajustados demonstraram que o género, a educação, o estado civil, a auto-avaliação de saúde (geral e em comparação com outros) e a realização das AVD e AIVD, estão associados com o distress psicológico. Considerando o modelo ajustado para as variáveis referidas, o género, a educação, a auto-percepção de saúde geral e as actividades de vida diária básicas e instrumentais perdem a sua contribuição para o modelo (também estes dados são apresentados na Tabela 3). A auto-percepção de saúde em comparação com outros torna-se a variável mais significativa no modelo. Os muitos idosos que consideram a sua saúde “razoável” e “fraca/muito fraca” comparando com os outros apresentam um risco acrescido de distress em relação aos que consideram a sua saúde “muito boa/boa” (OR 8.6, 95% CI 2.5-29.1 e OR 3.5, 95% IC 1.5 – 8.2, respectivamente). A variação do GHQ-12 explicada pelo modelo, estimada pela estatística de Nagelkerke R^2 , é de 37.2%.

Tabela 3. Associação entre as potenciais variáveis exploratórias e distress psicológico (GHQ \geq 4)

			OR não ajustados (IC 95%)	P	OR ajustados (IC 95%)	P
Género						
Masculino	70	14 (20%)	1		1	
Feminino	137	58 (42.3%)	2.9 (1.5, 5.8)	0.002	2.0 (0.9, 4.7)	0.107
Escolaridade						
>Ensino básico	29	30 (49.2%)	3.0 (1.1, 8.2)	0.027	1.7 (0.4, 6.6)	0.443
Ensino básico	117	35 (29.9%)	1.3 (0.5, 3.4)	0.539	0.8 (0.2, 2.9)	0.731
Analfabeto	61	7 (24.1%)	1		1	
Auto-avaliação de saúde geral						
Muito boa/ boa	52	7 (13.5%)	1		1	
Aceitável	84	22 (26.2%)	2.3 (0.9, 5.8)	0.000	1.1 (0.4, 3.2)	0.888
Fraca/ Muito fraca	63	38 (60.3%)	9.8 (3.8, 25.1)	0.083	(0.7, 7.5)	0.164
Auto-avaliação de saúde comparando com os outros						
Muito boa/ boa	93	12 (12.9%)	1		1	
Aceitável	72	29 (40.3%)	4.6 (2.1, 9.8)	0.000	3.5 (1.5, 8.2)	0.004
Fraca/ Muito fraca	30	23 (76.7%)	22.2 (7.8, 62.8)	0.000	8.6 (2.5, 29.1)	0.001
Diagnósticos médicos						
Sem diagnósticos	34	11 (32.4%)	1		1	
1 ou 2 diagnósticos	87	25 (28.7%)	0.8 (0.4, 2.0)	0.696	1.4 (0.4, 5.5)	0.608
3 ou mais diagnósticos	86	36 (41.9%)	1.5 (0.7, 3.5)	0.338	1.6 (0.4, 5.9)	0.513
AVD						
Sem dificuldade	60	12 (20%)	1		1	
Com dificuldade	147	60 (40.8%)	2.8 (1.4, 5.6)	0.005	1.8 (0.6, 5.2)	0.267
AIVD						
Sem dificuldade	58	10 (17.2%)	1		1	
Com dificuldade	149	62 (41.6%)	3.4 (1.6, 7.3)	0.001	1.1 (0.4, 3.3)	0.895

4.4. Análise dos factores a associados à auto-avaliação de saúde: resultados inferenciais do modelo de regressão logística

Utilizando a auto-percepção de saúde no modelo de regressão multinomial foi estimada a probabilidade de se verificar cada uma das suas classes (1 – “Muito boa/boa”; 2- “Aceitável”; 3 – “Fraca/muito fraca”) em função de potenciais variáveis exploratórias. Inicialmente procedeu-se à selecção das variáveis independentes, a partir da significância de modelo não ajustados, bem como do suporte teórico. O modelo ajustado é estatisticamente significativo ($G^2(16) = 56.995$; $p < 0.001$) e as estimativas dos coeficientes do modelo para as variáveis seleccionadas relativamente à classe de referência “Muito boa/boa” são dadas na Tabela 5. De uma forma lata, podemos afirmar que o distress psicológico ($p = 0.001$) e as actividades instrumentais de vida diária ($p = 0.016$) têm um efeito significativo sobre a auto-avaliação de saúde.

Tabela 4. Coeficientes do modelo multinomial que relaciona a auto-avaliação de saúde e as potenciais variáveis exploratórias (classe de referência: classe 1 - “Muito boa/boa”).

	Auto-percepção de saúde aceitável			Auto-percepção de saúde fraca/muito fraca		
	N (%)	OR ajustados (IC 95%)	p	N (%)	OR ajustados (IC 95%)	p
Género						
Feminino	56 (43.4%)	1.3 (0.5-3.1)	0.562	47 (36.4%)	2 (0.6-6.5)	0.246
Masculino	28 (40%)	-	-	16 (22.9%)	-	-
Distress psicológico						
Sem distress	62 (47%)	0.5 (0.2-1.5)	0.242	25 (18.9%)	0.2 (0.0-0.5)	0.001
Com distress	22 (32.8%)	-	-	38 (56.7%)	-	-
Diagnósticos médicos						
Sem diagnósticos	5 (17.9%)	0.1 (0.3-0.7)	0.015	9 (32.1%)	0.2 (0.0-1.2)	0.079
1 ou 2 diagnósticos	43 (50%)	0.8 (0.3-2.0)	0.634	22 (25.6%)	0.6 (0.2-1.9)	0.395
3 ou mais diagnósticos	36 (42.4%)	-	-	32 (37.6%)	-	-
Capacidade de visão						
Má/ Muito má	19 (39.6%)	1.7 (0.6-5.1)	0.338	21 (43.8%)	5.7 (1.5-21.5)	0.011
Razoável	24 (49%)	1.5 (0.6-4.0)	0.384	12 (24.5%)	2.5 (0.7-9.1)	0.166
Boa/ Muito boa	28 (47.5%)	-	-	8 (13.6%)	-	-
AVD						
Sem dificuldade	28 (46.7%)	1.4 (0.5 – 4.1)	0.502	9 (15%)	0.8 (0.2-3.0)	0.701
Com dificuldade	56 (40.3%)	-	-	54 (38.8%)	-	-
AIVD						
Sem dificuldade	22 (38.6%)	0.2 (0.7-0.7)	0.007	7 (12.3%)	0.3 (0.6-1.0)	0.050
Com dificuldade	62 (43.7%)	-	-	56 (39.4%)	-	-

De acordo com os modelos independentes, para ambas as classes consideradas, nenhuma das variáveis sociodemográficas revelou significância estatística. No modelo ajustado, relativamente aos indicadores de saúde, para a classe “aceitável” os

coeficientes das variáveis “sem diagnósticos” ($p=0.015$) e “sem dificuldade nas actividades instrumentais de vida diária” ($p=0.007$) são significativamente diferentes de zero, comparativamente com a classe de referência; para a auto-avaliação de saúde “fraca/muito fraca”, a variável “sem distress psicológico” é estatisticamente significativa ($p=0.001$), bem como a correspondente à primeira classe da capacidade de visão (“fraca/ muito fraca”) ($p=0.010$). Assim, podemos afirmar que as variáveis independentes permitem distinguir as probabilidades de se verificar a classe “aceitável” e a classe “fraca/ muito fraca” face à classe de referência “muito boa/ boa”.

O modelo ajustado demonstra que os sujeitos inquiridos que não apresentam diagnósticos médicos apresentam maior risco de ter uma saúde “muito boa/boa” do que aqueles com 3 ou mais diagnósticos. Mais concretamente, não ter diagnóstico clínico, relativamente a ter, reduz as chances de ter uma auto-avaliação de saúde razoável em 90%. No que se refere às actividades instrumentais de vida diária, também a ausência de dificuldades no seu desempenho reduz as chances de ter uma auto-avaliação de saúde razoável em 80%.

A probabilidade de passar de uma auto-avaliação de saúde “fraca/muito fraca” para uma “muito boa/boa” é afectada pelo distress psicológico. Mais precisamente, um sujeito sem distress psicológico apresenta um rácio de chances de ter uma auto-avaliação de saúde “fraca/muito fraca” relativamente a uma saúde “muito boa/boa” de 0.2, ou seja, a redução das chances de ter uma auto-avaliação de saúde “fraca/muito fraca” de um sujeito sem distress psicológico é de 80%. Também a capacidade de visão “má/muito má”, em comparação a uma capacidade “muito boa/boa”, altera significativamente a probabilidade de se ter uma auto-avaliação de saúde “fraca/muito fraca”. Um indivíduo com uma capacidade de visão “má/muito má” tem um risco acrescido de ter uma saúde “muito fraca/ fraca” do que um indivíduo com capacidade de visão “muito boa/ boa” ($OR=5.7$).

5. Discussão dos resultados e implicações do estudo

Ao analisar as variáveis sociodemográficas por grupos de idade, verifica-se a presença de diferenças estatisticamente significativas, o que nos leva a considerar e a reforçar, em primeira instância, a assumpção de que as pessoas idosas não constituem um grupo homogéneo, conforme o têm atestado vários estudos que apontam para a grande variabilidade que existe dentro das diferentes categorias etárias (e.g. Menec & Chipperfield, 1997). Na amostra deste estudo, o grupo das pessoas com 80+ anos é sobretudo feminino (66.2%) e constituído maioritariamente

por pessoas analfabetas ou com baixo grau de escolaridade, por pessoas viúvas e que vivem sozinhas. Estes dados estão de acordo com o que tem sido demonstrado nos últimos relatórios estatísticos nacionais (INE, 2009; Oliveira *et al.*, 2008; Mota-Pinto, 2010), bem como com o perfil que tem vindo a ser definido na literatura internacional para este grupo etário (Jang, Poon & Martin, 2004; Poon *et al.*, 2005, cit in Paúl, 2007).

A análise dos indicadores objectivos de saúde demonstra que existe uma deterioração global com a idade, com uma diminuição da capacidade de visão e de audição e um aumento do número de pessoas com comprometimento funcional, sendo maior o número de pessoas com dificuldade nas actividades instrumentais do que nas actividades básicas de vida diária. Os mesmos resultados foram encontrados no *Berlin Aging Study* (BASE), um dos estudos pioneiros sobre as pessoas de idade mais avançada (70-101 anos), que verificou uma deterioração significativa da capacidade funcional com o avançar da idade (Baltes & Mayer, 2001). Relativamente ao número de diagnósticos, não foi encontrada evidência de um aumento do número de diagnósticos médicos com o avançar da idade; é precisamente no grupo das pessoas mais velhas que existe uma maior percentagem de pessoas sem diagnósticos. Este facto reforça o estatuto de sobreviventes das pessoas com 80 e mais anos, tal como documentado por Johnson e Barer (1997). Ao nível da saúde subjectiva, verifica-se que este grupo (80+) avalia subjectivamente a sua saúde como melhor comparativamente aos restantes dois grupos considerados (65-69 e 70-79 anos), o que vai ao encontro dos dados recolhidos no Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006, que referem uma diminuição progressiva, a partir dos 55 anos até aos 84 anos, do número de pessoas que avalia a sua saúde como “muito boa/”boa” e uma auto-avaliação mais positiva da saúde a partir dos 85 anos, a par de uma diminuição do número de pessoas que considera a sua saúde como “má” e “muito má” (INE & INSA, 2009; Ribeiro & Paúl, in press).

Os nossos resultados suportam, assim, a evidência do paradoxo sustentado por vários autores (e.g. Albrecht & Devlieger, 1999; Pinguart, 2001; Cappeliez *et al.*, 2004; Henchoz, Cavalli & Girardin, 2008), na medida em que no grupo dos muito velhos verificaram-se piores resultados de saúde objectiva, mas não necessariamente uma pior auto-avaliação de saúde. São exactamente as pessoas com 80 e mais anos que na presença de doenças avaliam a sua saúde como mais positiva, o que sugere uma diminuição dos efeitos da capacidade funcional e física na apreciação do estado de saúde (Jang, Poon & Martin, 2004). Com o avançar da idade parecer haver uma alteração do padrão de avaliação da saúde, em que os indicadores objectivos

contribuem apenas para uma parte da variância da saúde subjectiva, e um aumento da resiliência e da capacidade de adaptação às perdas de ordem física e funcional.

No nosso estudo, as diferenças mais significativas entre grupos de idades verificaram-se na auto-avaliação de saúde comparativamente com outras pessoas, sendo que são os mais velhos que fazem uma avaliação melhor. Analisando este facto à luz da Teoria Desenvolvimental do Ciclo de Vida (Baltes, 1987; Fonseca, 2005), que defende que os indivíduos percorrem um processo contínuo de ganhos e perdas ao longo do seu desenvolvimento humano, em que nos últimos anos de vida as perdas vão sendo gradualmente superiores, parece haver um mecanismo adaptativo em que as pessoas passam a desenvolver mais processos de comparação com os congéneres (Henchoz, Cavalli & Girardin, 2008). Ao serem consideradas (por si e muito provavelmente por outros) como “sobreviventes” ou “casos especiais” do seu grupo, e tendo por comparação a prevalência mais elevada de doença e incapacidade que existe entre os seus parceiros (Pinquart, 2001), estas pessoas têm uma melhor auto-imagem e auto-estima, o que contribui, por concomitância, para uma auto-percepção de saúde mais positiva (Rakowski & Cryan, 1990). Este fenómeno evidencia que os pressupostos da Teoria de Comparação Social tornam-se ainda mais significativos no grupo dos muito-velhos. Por outro lado, as pessoas mais idosas tendem a considerar os problemas de saúde como perdas coexistentes ao fenómeno de envelhecimento, mais do que problemas de saúde, pelo que estas condições poderão tornar-se mais aceitáveis para eles (Martin *et al.*, 2001; Jang, Poon & Martin, 2004) e não uma razão que mude necessariamente a percepção que têm do seu estado de saúde (Wurm, 2008).

A discrepância entre as evidências da saúde física e funcional e a forma como as pessoas percebem a sua saúde, despertou o interesse por estudar possíveis factores que mediassem a relação entre a saúde objectiva e a subjectiva, nomeadamente a importância da saúde mental. A percentagem de distress psicológico (GHQ-12 \geq 4) encontrada neste estudo foi de 26.8% para o grupo dos mais velhos, sendo uma prevalência um pouco maior que a que foi encontrada para o mesmo grupo etário numa amostra da comunidade em Inglaterra, situada nos 24% (Paúl, Ayis & Ebrahim, 2006). Relativamente às diferenças de género, apesar de as mulheres terem uma percentagem mais elevada de distress psicológico em relação aos homens, a diferença entre os sexos não se mostrou relevante na análise estatística. Os resultados dos modelos de regressão logística deste estudo demonstram que a saúde subjectiva tem mais influência que a saúde objectiva na saúde mental. Estudos que analisam a sintomatologia depressiva, clínica e subclínica, também verificaram um aumento da prevalência com o avançar da idade, a par de uma relação

estatisticamente significativa entre esta variável e a auto-percepção de saúde, sendo que indivíduos com uma percepção de saúde mais positiva reportam menos sintomatologia depressiva (e.g. Jang et al., 2006). Por outro lado, os resultados do segundo modelo de regressão logística deste estudo apontam que o distress psicológico tem um efeito independente na saúde subjectiva, o que, juntamente com os resultados descritos anteriormente, suporta a hipótese de uma relação recíproca entre o distress psicológico e a auto-avaliação de saúde. Assim, observamos uma pior percepção de saúde em pessoas com distress psicológico, com diagnósticos médicos e dificuldade nas actividades de vida diária básicas e instrumentais, tal como verificado por Jang, Kim e Chiriboga (2006) num estudo que procurou identificar os preditores da saúde subjectiva. São resultados também em linha com aqueles apresentados por Cappeliez *et al.* (2004) e com a revisão teórica de Pinquart (2001). Apesar dos resultados do ponto de vista da relação entre estas duas variáveis ser evidente, a dinâmica dessa mesma relação tem sido difícil de esclarecer, isto é, é uma má percepção de saúde que causa o distress psicológico ou é o distress psicológico que leva a uma auto-avaliação negativa da saúde. Devido ao facto de este ser um estudo transversal, afigura-se impossível observar a natureza desta relação, pelo que mais estudos neste sentido são necessários.

O facto de ser um estudo transversal é apontado como uma das limitações deste estudo, que torna necessária alguma atenção no estabelecimento de conclusões inferenciais a partir dos resultados obtidos. Outras questões metodológicas devem ser analisadas, nomeadamente aquelas relacionadas com a amostra em estudo. Se por um lado o facto de ser um estudo baseado numa amostra da comunidade é uma potencialidade, na medida em que nos permite estudar o subgrupo das pessoas com 80 e mais anos que ainda permanecem, relativamente autónomas, nas suas casas, por outro lado, este facto pode influenciar os resultados, na medida em que são as pessoas com estado de saúde mais favorável e mais participativas na comunidade que tendem a participar mais neste tipo de estudos. Uma outra limitação a destacar, desta feita relativa aos indicadores de saúde considerados, prende-se com o facto de se ter considerado o número de diagnósticos médicos referido pelos respondentes. Apesar de ser a variável mais utilizada como representativa da saúde objectiva, podia ter sido avaliada a severidade dessas condições, a qual constituirá, muito provavelmente, um factor crítico na relação entre saúde objectiva e subjectiva. Acreditamos que esta investigação beneficiaria de uma análise da dinâmica de alterações e do processo adaptativo da saúde física e mental ao longo do tempo, através de um estudo longitudinal.

6. Conclusões

O fenómeno de envelhecimento verificado sobretudo nas últimas décadas tem vindo a despertar o interesse de vários profissionais, políticos e governantes, das mais variadas áreas de conhecimento. Deste interesse tem emergido a necessidade de analisar e rever as concepções, populares e académicas, de envelhecimento, sendo para isso necessário o desenho de estudos, teóricos e empíricos, dirigidos especificamente ao grupo dos mais velhos, de forma a conhecer as especificidades e potencialidades dos anos mais avançados de vida. O presente estudo, assumindo como objectivo contribuir para a investigação gerontológica nacional ao providenciar informação sobre os muito-velhos, nomeadamente no que concerne à sua saúde, revela que as suas várias dimensões, objectiva, subjectiva e de estado psicológico, não só são importantes na vida das pessoas idosas, como parecem assumir contornos específicos à medida que consideramos as idades mais avançadas. Apesar do comprometimento da capacidade funcional e do aumento de distress psicológico, as pessoas com 80 e mais anos não apresentam necessariamente uma saúde física pior, nem uma auto-avaliação de saúde mais pessimista. A relação que se estabelece entre a saúde subjectiva e a saúde mental no grupo dos mais idosos (80 e mais anos) demonstra que os mais velhos parecem possuir capacidades que podem ser canalizadas e orientadas para prover à sua própria saúde. Por isso, conhecer as características deste grupo, considerado a “elite biológica” da sua geração, permitirá identificar medidas de promoção de um envelhecimento bem sucedido. Nomeadamente medidas que melhorem a auto-percepção de saúde, de forma a proteger as pessoas mais velhas das consequências emocionais negativas provocadas por problemas físicos e pelo aumento das dificuldades do quotidiano nos anos avançados de vida. Tendo em conta a relação verificada entre a auto-percepção de saúde e o distress psicológico nos mais velhos, surge neste sentido um caminho de investigação e intervenção fulcral para a Psicologia. Da mesma forma, estes dados reforçam a importância da integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários, pois uma intervenção que tenha em conta a relação entre os pensamentos, os sentimentos e os comportamentos das pessoas com os sintomas físicos, aumentará a probabilidade de resultados positivos, tanto para problemas de saúde mental, como para de saúde física.



7. Referências bibliográficas

- Albrecht, G. & Devlieger, P. (1999). The disability paradox: High quality of life against all odds. *Social Science and Medicine*, 48, 977-988.
- ACS, Alto Comissariado para a Saúde (2008). *Programa Nacional de Saúde Mental*. Lisboa: Alto Comissariado para a Saúde.
- Araújo, L. & Ribeiro, O. (2009). Assessment of the Impact of Physical Condition on the Health and Functional Status of Community Dwelling old people. *The Journal of Nutrition, Health & Aging* – Paris, 5-9 July 2009: Abstract Book, 13, S 604.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-626.
- Baltes, P. & Baltes, M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. & Mayer, K. (Eds) (2001). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. USA: Cambridge University Press.
- Bowling, A. (1991). *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales*. Buckingham: Open University Press.
- Brandstadter, J. & Greve, W. (1994). The Aging Self: Stabilizing and Protective Process. *Developmental Review*, 14, 52-80.
- Bryant, L., Beck, A. & Fairclough, D. (2000). Factors That Contribute To Positive Perceived Health in an Older Population. *Journal of Aging and Health*, 12, 169-192.
- Camacho, T., Strawbridge, W., Cohen, R. & Kaplan, G. (1993). Functional Ability in the Oldest Old: Cumulative Impact of Risk Factors from the Preceding Two Decades. *Journal of Aging and Health*, 5(4), 439-454.
- Cappeliz, P., Sèvre-Rousseau, S., Landreville, P. & Prèville, M. (2004). Physical Health, Subjective Health, and Psychological distress in Older adults: Reciprocal Relationships Concurrently and Over Time. *Aging International*, 29(3), 247-266.
- Chipperfield, J. (1993). Incongruence between Health Perceptions and Health Problems: Implications for Survival among Seniors. *Journal of Aging Health*, 5, 475-496.
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R. & Vaupel, J. (2009). Ageing Populations: The Challenges ahead. *Lancet*, 274, 1196-1208.
- Chou, K. & Iris, C. (2002). Successful Aging Among the Young-Old, Old-Old, and Oldest-Old Chinese. *International Journal of Aging and Human Development*, 54, 1-14.
- Eurostat (2008). *Self-perceived Health by Age, Sex and Education level*. Visitado a 20 Abril, 2010, em <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/setupModifyTableLayout.do>.



- EC, European Commission (2004). *The State of Mental Health in the European Union*. Brussels: European Communities.
- EC & Eurostat (2008). *The Life of Women and Men in Europe: A Statistical Portrait*. Luxembourg: European Communities.
- Goldberg, D. & Blackwell, B. (1970). Psychiatric Illness in General Practice. A Detailed Study Using a New Method of Case Identification. *British Medical Journal*, 2, 439-443.
- Hagberg, B., Alfredson, B., Poon, L. & Homma, A. (2001). Cognitive Functioning in Centenarians: a Coordinated Analysis of Results From Three Countries. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 56B(3), P141-P151.
- Harbers, M. (2008). *Percentage of adults with good or very good self-perceived health, by age, in selected countries*. Consultado em Dezembro 28, 2009, de www.euphix.org.
- Helgeson, V & Mickelson, K. (2000). Coping with Chronic Illness among the Elderly: Maintaining Self-Esteem. In: S. Manuck, R. Jennings, B. Rabin & A. Baum (Eds.), *Behavior, Health and Aging*, pp. 153-178. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Henchoz, K., Cavalli, S. & Girardin, M. (2008). Health perception and health status in advanced old age: A paradox of association. *Journal of Aging Studies*, 22, 282-290.
- INE, Instituto Nacional de Estatística (2009). *Projeções da população residente em Portugal 2008-2060*. Consultado em Dezembro 27, 2009, de www.ine.pt.
- INE, Instituto Nacional de Estatística & INSA, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: INE & INSA.
- Fonseca, A.M. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fragoeiro, I. (2008). *A Saúde Mental das Pessoas Idosas na Região Autónoma da Madeira*. Dissertação de doutoramento apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Fuller-Iglesias, H., Sellars, B. & Antonucci, T. (2008). Resilience in Old Age: Social Relations as a Protective Factor. *Research in Human Development*, 5(3), 181-193.
- Jang, Y., Kim, G. & Chiriboga, D. (2006). Health Perception and Depressive Symptoms among Older Korean Americans. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 21, 91-102.
- Jang, Y., Poon, L. & Martin, P. (2004). Individual Differences in the Effects of Disease and Disability on Depressive Symptoms: The Role of Age and Subjective Health. *Journal of Aging and Human Development*, 59(2), 125-137.
- Jeon, H. & Dunkle, R. (2009). Stress and Depression among the Oldest-Old: A Longitudinal Analysis. *Research on Aging*, 31, 661-687.
- Johnson, C. & Barer, B. (1997). *Life Beyond 85 Years: The Aura of Survivorship*. New York: Springer.



- Jorm, A., Windsor, T., Dear, K., Anstey, K., Christensen, H. & Rodgers, B. (2005). Age Group Differences in Psychological Distress: The Role of Psychosocial Risk Factors That Vary With Age. *Psychological Medicine*, 35, 1253–1263.
- Joshi, K., Kumar, R. & Avasthi, A. (2003). Morbidity Profile and its Relationship With Disability and Psychological distress Among Elderly People in Northern India. *International Epidemiological Association*, 32(6), 978-987.
- Lefrançois, R., Leclerc, G., Hamel, S. & Gaulin, P. (2000). Stressful Life Events and Psychological distress of the Very Old: Does Social Support Have a Moderating Effect? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 31, 243-255.
- Martin, P., Poon, L., Kim, E. & Johnson, M. (1996). Social and Psychological Resources in the Oldest Old. *Experimental Aging Research*, 22, 121-139.
- Martin, P., Rott, C., Poon, L., Courtenary, B. & Lehr, U. (2001). A Molecular View of Coping Behavior in Older Adults. *Journal of Aging and Health*, 13, 72-91.
- Menec, V. & Chipperfield, J. (1997). The Interactive Effect of Perceived Control and Functional Status on Health and Mortality among Young-Old and Old-Old Adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 52B(3), P118-P126.
- Mladovsky, P., Allin, S., Masseria, C., Hernández-Quevedo, C., McDaid, D. & Massialos, E. (2009). Health in the European Union: Trends and Analysis. United Kingdom: European observatory of health systems and policies.
- Mossey, L. & Shapiro, E. (1982). Self-Rated Health: A Predictor of Mortality Among Elderly. *American Journal of Public Health*, 72(8), 800-808.
- Oliveira, C., Rosa, M., Pinto, A., Botelho, M., Morais, A. & Veríssimo, M. (2008). *Estudo do perfil do envelhecimento da população Portuguesa*. Coimbra: Gabinete Editorial de Relações Públicas e Imagem da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- OMS, Organização Mundial de Saúde & WONCA, World Organization of Family Doctors (2009). *Integração da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários: Uma Perspectiva Global*. Lisboa: Alto Comissariado da saúde.
- OMS, Organização Mundial de Saúde (2002). *Active aging a policy Framework*, Genebra: World Health Organization.
- OMS, Organização Mundial de Saúde (2001). *The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope*. Genebra: World Health Organization.
- OMS, Organização Mundial de Saúde (1948). *Officials Records of the World Health Organization*. Genebra: World Health Organization.
- Osborn, D., Fletcher, A., Smeeth, L., Stirling, S., Bulpitt, C., Breeze, E., SW Ng, E., Nunes, M., Jones, D. & Tulloch, A. (2003). Factors Associated with Depression in a Representative



- Sample of 14 217 People Aged 75 and Over in The United Kingdom: Results from the MRC Trial of Assessment and Management of Older People in The Community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 623-630.
- Paúl, C. (2007). Old-Old People: Major Recent Findings and the European Contribution to the State of the Art. In: Rócio Fernández-Ballesteros (Eds.). *GeroPsychology: European Perspectives for an Aging World*. Germany: Hogrefe and Huber, pp. 128-144.
- Paúl, C., Ayis, S. & Ebrahim, S. (2007). Disability and Psychological Outcomes in Old Age. *Journal of Aging and Health*, 19(5), 723-741.
- Paúl, C., Ayis, S. & Ebrahim, S. (2006). Psychological distress, Loneliness and Disability in Old Age. *Psychological, Health & Medicine*, 11(2), 221-232.
- Paúl, C., Fonseca, A.M. & Ribeiro, O. (2007). The Protocol of Assessment of Active Ageing (P3A). Comunicação apresentada na 9ª conferência Europeia de Avaliação Psicológica. Thessaloniki (Grécia), 3-6 Maio.
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (2008). Predicting Loneliness in Old People Living in The Community. Reviews in *Clinical Gerontology*, 19, 53-60.
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (2008). Psychological Distress in Very Old Women. In: William Hansson & Erik Olsson, *New Perspectives on Women and Depression*, pags. 194 – 209. New York: Nova Science Publishers.
- Pinquart, M. (2001). Correlates of Subjective Health in Older Adults: A Meta-analysis. *Psychology and Aging*, 16(3), 414-426.
- Rakowski, W. & Cryan, C. (1990). Associations among Health Perceptions and Health Status within three age groups. *Journal of Aging Health*, 58(2), 58-78.
- Ribeiro, J. (2000). Mental Health Inventory: Um Estudo de Adaptação à População Portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2(1), 77-99.
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (in press). Envelhecimento Activo. In: O. Ribeiro & C. Paúl (Coords.), *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel.
- Rossa, C. & Zhang, W. (2008). Education and Psychological Distress Among Older Chinese. *Journal of Aging and Health*, 20, 273-289.
- Schoenfeld, D., Malmrose, C., Blazer, D, Gold, D & Seeman, T. (1994). Self-rated Health and Mortality in the High-Functioning Elderly – A Closer Look at Healthy Individuals: MacArthur Field Study of Successful Aging. *Journal of Gerontology*, 49, M109-115.
- Silva, M. (2005). Saúde Mental e Idade Avançada. In: Paúl, C. & Fonseca, A.M. (Coords.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Staudinger, U. & Flession, W. (1996). Self and personality in old and very old age: A sample case of resilience? *Development and Psychopathology*, 8, 867-885.



- Steffens, D., Skoog, I., Norton, M., Hart, A., Tschanz, L., Plassman, B., Wyse, B., Welchbohmer, K. & Breitner, J. (2000). Prevalence of Depression and its Treatment in an Elderly Population. *Archives of General Psychiatry*, 57, 601-607.
- UnIFai, Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (2009). *Projecto DIA – Da Incapacidade à Actividade: O Desafio do Envelhecimento Activo*. Consultado em Outubro 16, 2009, de www.projectodia.com.
- UNO, United Nations Organization (2002). *World Population Ageing 1950–2050*. NewYork: UNO.
- Wu, B., Chi, I., Ann, L., Mossey, M., Silverstein, N. (2008). Gender Differences in Contributory Behaviors Among the Oldest-Old Chinese in Shanghai. *Ageing International*, 32, 65-77.
- Wu, Z. & Schimmele, C. (2006). Psychological disposition and Self-Reported Health among The “Oldest-old” in China. *Ageing & Society*, 26, 135-151.
- Wurm, S., Tomasik, M. & Tesch-Romer, C. (2008). Serious health events and their Impact on Changes in Subjective Health and Life satisfaction: The Role of Age and a Positive View on Ageing. *European Journal of Ageing*, 5, 117:127.

Anexos

Anexo nº 1.

Questões do Protocolo de Avaliação (P3A)



Unidade de Investigação e Formação em Adultos e Idosos – UNIFAI
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto (ICBAS-UP)

Projecto DIA

Da Incapacidade à Actividade: o desafio do envelhecimento

Projecto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia

POCTI / PSI / 56505 / 2004 - Psicologia

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

Porto, 2006

1. Identificação Geral	3
2. Determinantes Pessoais	
> General Health Questionnaire	4
> Questionário de Bem-Estar / Felicidade	6
> Teste de Orientação de Vida - LOT-R	7
> Mini Mental State Examination	8
> NEO - Neuroticismo, Extroversão e Abertura	10
3. Determinantes Bio-Comportamentais	
> Fluxo Respiratório (Peak Flow)	13
> Força da Mão	14
> Saúde e Estilos de Vida	15
I. Auto-avaliação de Saúde	15
II. Audição	16
III. Visão	17
IV. Sono	18
V. Capacidade Física	19
VI. Vida Independente	20
VII. Consumo de Tabaco	21
VIII. Consumo de Álcool	21
IX. Consumo de Medicamentos	22
4. Determinantes Sociais	
> Escala de Rede de Apoio Social	24
> Escala de Solidão	26
5. Determinantes do Ambiente Físico	
> Sub-escala de ambiente físico – WHOQOL Breve	27
6. Determinantes de Serviços Sociais e de Saúde	
> Inventário de Satisfação com Serviços e Recursos	28
7. Determinantes Demográficos e Económicos	
> Indicadores Demográficos e Económicos	31
8. Follow-up	32

| Identificação Geral |

Referência: _____

1. Idade _____ 2. Data Nascimento ____ / ____ / _____
3. Género 1. Feminino 2. Masculino
4. Estado Civil 1. Casado(a) 2. União de facto 3. Viúvo(a) 4. Solteiro (a) 5. Divorciado(a)
5. Filhos ___♀ ___♂ 6. Netos Sim
Não 7. Bisnetos Sim
Não
8. Profissão _____ 9. Reformado(a) Sim Não
10. Escolaridade 1. Analfabeto 2. Ensino Primário 3. ≤ 8 anos escolaridade
4. ≥ 9 anos escolaridade s/ Ensino Superior 5. Ensino Superior
11. Residência permanente 1. Grande Porto/Lisboa 3. Cidade grande
2. Cidade / Vila de província 4. Aldeia
12. Com quem vive 1. Cônjuge 3. Sozinho(a)
2. Filho(s) 4. Outra situação
13. Residente em Lar de Idosos Não Sim
Especifique _____
14. Apoio Domiciliário (SAD) Não Sim
Especifique _____
15. Instituições que frequenta regularmente 1. Centro de Dia 2. Centro de Convívio 3. Universidade Sénior
4. Outra(s) Especifique _____
16. Frequência do Centro de Saúde
1. Não se aplica 3. De três em três meses 5. Uma vez por ano
2. Uma vez por mês 4. De seis em seis meses 6. Outra
17. Provas Administradas:
- GHQ-12 QBE/F LOT-R MMSE NEO Peak Flow
Força da Mão Saúde e Estilos de Vida ERAS Escala de Solidão
WHOQOL Breve ISSR IDE

Outros dados _____

Data de recolha de dados ____ / ____ / ____ O(a) técnico(a) responsável: _____

General Health Questionnaire (GHQ-12)
(Goldberg & Hillier, 1979)

Por favor assinale com um círculo à volta da alternativa (0, 1, 2 ou 3) que mais se aplica à sua situação.

Durante as últimas semanas:

1. Recentemente tem sido capaz de se concentrar no que está a fazer?

0	1	2	3
Melhor do que o costume	Como o costume	Pior do que o costume	Muito pior do que o costume

2. Recentemente tem tido dificuldade em dormir por andar preocupado(a)?

0	1	2	3
De maneira nenhuma	Não mais do que o costume	Um pouco mais do que o costume	Muito mais do que o costume

3. Recentemente tem-se sentido útil?

0	1	2	3
Mais do que o costume	Como o costume	Menos do que o costume	Muito menos do que o costume

4. Recentemente tem-se sentido capaz de tomar decisões?

0	1	2	3
Mais do que o costume	Como o costume	Menos do que o costume	Muito menos do que o costume

5. Recentemente tem-se sentido constantemente sob pressão?

0	1	2	3
De maneira nenhuma	Não mais do que o costume	Um pouco mais do que o costume	Muito mais do que o costume

6. Recentemente tem sentido que não consegue ultrapassar as suas dificuldades?

0	1	2	3
De maneira nenhuma	Não mais do que o costume	Um pouco mais do que o costume	Muito mais do que o costume

7. Recentemente tem sido capaz de ter prazer com as suas actividades do dia-a-dia?

0	1	2	3
Mais do que o costume	Como o costume	Menos do que o costume	Muito menos do que o costume

8. Recentemente tem sido capaz de enfrentar os seus problemas?

0	1	2	3
Mais do que o costume	Como o costume	Menos do que o costume	Muito menos do que o costume

9. Recentemente tem-se sentido infeliz ou deprimido(a)?

0	1	2	3
De maneira nenhuma	Não mais do que o costume	Um pouco mais do que o costume	Muito mais do que o costume

10. Recentemente tem perdido confiança em si próprio(a)?

0	1	2	3
De maneira nenhuma	Não mais do que o costume	Um pouco mais do que o costume	Muito mais do que o costume

11. Recentemente tem pensado em si próprio(a) como alguém sem utilidade?

0	1	2	3
De maneira nenhuma	Não mais do que o costume	Um pouco mais do que o costume	Muito mais do que o costume

12. Recentemente tem-se sentido no geral razoavelmente feliz?

0	1	2	3
Mais do que o costume	Como o costume	Menos do que o costume	Muito menos do que o costume

Saúde e Estilos de Vida

(Paúl, Fonseca, Cruz, Cerejo & Valença, 1999 - Adaptado)

I. AUTO-AVALIAÇÃO DE SAÚDE

1. Em geral considera que a sua saúde é:

- a) Muito Boa
- b) Boa
- c) Aceitável
- d) Fraca
- e) Muito Fraca

2. Comparando com o ano passado, como classificaria agora a sua saúde em geral?

- a) Muito melhor do que há um ano
- b) Um pouco melhor do que há um ano
- c) Mais ou menos na mesma
- d) Um pouco pior do que há um ano
- e) Muito pior do que há um ano

3. Comparando-se com a maioria das pessoas da sua idade e sexo, como se acha em termos de saúde?

- a) Muito melhor
- b) Um pouco melhor
- c) Mais ou menos na mesma
- d) Um pouco pior
- e) Muito pior

5. Com o aparelho auditivo diria que a sua audição é:

- a. Muito boa
- b. Boa
- c. Normal
- d. Fraca
- e. Muito Fraca

5. Com óculos ou lentes de contacto, diria que a sua visão é?

- a. Muito Boa
- b. Boa
- c. Normal
- d. Fraca
- e. Muito Fraca

VI. VIDA INDEPENDENTE

Indique o grau de capacidade para cada uma das seguintes actividades. A categoria *totalmente dependente* contempla todas as situações em que a pessoa se vê impossibilitada de desempenhar as actividades e depende de terceiros. Por favor em cada item escolha apenas uma opção e comece pelas *Actividades Instrumentais de Vida Diária*.

Actividades da vida diária		Não sente dificuldade	Sente alguma dificuldade	Sente muita dificuldade	Totalmente dependente	Que tipo de apoio tem e/ou quem dá? ²
Actividades Pessoais da Vida Diária	1. Higiene pessoal (tomar banho, lavar a cara, as mãos, pentear-se, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2. Vestir-se (colocar a roupa, abotoar os botões, apertar os atacadores)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3. Ir à casa de banho (utilizar a sanita)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	4. Controlar esfíncteres (urina e fezes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	5. Comer (cortar os alimentos, usar molhos ou condimentos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	6. Deslocar-se (sem apoio de muletas, andador, cadeira de rodas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	7. Apanhar objectos no chão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	8. Deitar-se e levantar-se da cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	9. Subir e descer escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Actividades Instrumentais da Vida Diária	10. Efectuar os trabalhos domésticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	11. Preparar refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	12. Tomar conta dos medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	13. Fazer a gestão do dinheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	14. Utilizar o telefone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	15. Ir às compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	16. Tratar de assuntos administrativos ou ir a uma consulta médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	17. Utilizar os meios de transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	18. Sair de casa e andar na rua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

² Deverá registar, mediante o caso, as seguintes possibilidades de apoio: cônjuge, filho(a), nora, genro, outro familiar (especificar qual), vizinho(a); empregada doméstica; enfermeiro(a); apoio domiciliário; apoio de pessoa em voluntariado; outro apoio (especificar).

IX. CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Por favor, em cada questão responda tendo em conta o que melhor descreve a sua situação ao *longo da semana passada*.

1. Em relação ao uso de medicação:

- a) Normalmente não tomo medicamentos
- b) Tomo um ou dois medicamentos regularmente
- c) Necessito de tomar três ou quatro medicamentos regularmente
- d) Necessito de tomar cinco ou mais medicamentos regularmente

2. Sabe o nome de uma ou mais doenças que tem e para a qual esteja a tomar medicamentos?

- a) Não sabe
- b) Recusou

- c) Agorafobia
- d) Alterações do Colesterol ou outras gorduras
- e) Arteriosclerose
- f) "Artrite Reumatóide"
- g) Asma
- h) Ataques de Pânico
- i) AVC
- j) Cancro

- k) Demência
- l) Depressão
- m) Diabetes Mellitus
- n) Doença de Parkinson
- o) Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)
- p) Gota
- q) Hipertensão Arterial (HTA)
- r) Osteoartrite
- s) Osteoporose
- t) Perturbações cardíacas
- u) Perturbações do sono
- v) Perturbações da tiróide

- x) Nenhuma das listadas
- y) Outra Especifique: _____

**Anexo nº 2. Auto-avaliação de saúde e nº de diagnósticos médicos por grupos de idade.**

		Auto-avaliação de saúde			p
		N (%)			
		“Muito boa/ boa”	“Aceitável”	“Fraca/ muito fraca”	
65-69 anos	Diagnósticos médicos				
	Sem diagnóstico	5 (11.9)	18 (42.9)	19 (45.2)	< 0,05
	1 a 2 diagnósticos	29 (19.6)	74 (50.0)	45 (30.4)	
3 ou mais diagnósticos	40 (41.2)	47 (48.5)	10 (10.3)		
70-79 anos	Diagnósticos médicos				
	Sem diagnósticos	6 (13.3)	19 (42.2)	20 (44.4)	< 0,05
	1 ou 2 diagnósticos	43 (19.3)	120 (53.8)	60 (26.9)	
3 ou mais diagnósticos	86 (38.9)	108 (48.9)	27 (12.2)		
80 + anos	Diagnósticos médicos				
	Sem diagnóstico	9 (32.1)	5 (17.9)	14 (50)	< 0,05
	1 a 2 diagnósticos	22 (25.6)	43 (50.0)	21 (24.4)	
3 ou mais diagnósticos	32 (37.6)	36 (42.4)	17 (52)		

**Anexo nº 3. Discordância entre a auto-avaliação de saúde e nº de diagnósticos médicos por grupos de idade.**

	65-69 N (%)	70-79 N (%)	>=80 N (%)	Total N (%)	P
Auto-avaliação de saúde muito boa/ boa & sem diagnósticos	10 (3.5)	27 (5.5)	17 (8.8)	54 (5.5)	<0,05
Auto-avaliação de saúde fraca/ muito fraca & com 3 ou mais diagnósticos	5 (1.7)	6 (1.2)	9 (4.5)	20 (2.1)	
Todos os restantes	272 (94.8)	456 (93.3)	173 (86.9)	901 (92.4)	

