

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/272885802>

PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS DAS PESSOAS IDOSAS: GÊNERO E NÍVEL DE ESCOLARIDADE

Article · January 2009

CITATIONS

0

READS

134

3 authors:



Helena Pestana

ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

88 PUBLICATIONS 541 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Isabel Fragoeiro

Universidade da Madeira

13 PUBLICATIONS 128 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Constança Paúl

University of Porto

230 PUBLICATIONS 2,723 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Late-onset Neurological Disorders [View project](#)



Avaliação da Importância das Práticas de Sustentabilidade para Alunos da Graduação [View project](#)

PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS DAS PESSOAS IDOSAS: GÉNERO E NÍVEL DE ESCOLARIDADE.

Isabel FRAGOEIRO¹; Maria Helena PESTANA²; Constança PAÚL³

¹) Escola Superior de Enfermagem da Madeira - Universidade da Madeira; ²) ISCTE – Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa; ³) ICBAS – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

Agradecimentos:

Agradeço ao Centro de Ciência e Tecnologia da Madeira – CITMA, o apoio ao Doutoramento de onde resultou este artigo, através da concessão de uma Bolsa Individual de Doutoramento, atribuída no contexto do Programa Comunitário POPRAM III.

Isabel Maria Abreu Rodrigues Fragoeiro

Professora da Escola Superior de Enfermagem da Madeira – Universidade da Madeira

Doutoranda do 1º Curso de Doutoramento em Saúde Mental – ICBAS – Universidade do Porto

ifragoeiro@uma.pt

Telemóvel: 965521034

Resumo:

Face ao aumento da população idosa e ao risco aumentado de perturbações mentais, é importante que as comunidades e os serviços de saúde se organizem, para intervir aos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) no referente à saúde mental. Efectuou-se um estudo sobre a saúde mental das pessoas idosas da Região Autónoma da Madeira, cujos principais **objectivos** foram caracterizar a população idosa do ponto de vista da saúde mental e avaliar a influência positiva (protectora) ou negativa (de risco) do género e do nível de escolaridade, na melhor ou pior saúde mental dos idosos. **Metodologia:** tratou-se de um estudo transversal, cuja amostra aleatória e representativa da população com 65 e mais anos, englobou 342 pessoas, estratificadas por concelhos de residência, género e classes etárias. Para a determinação da saúde mental utilizou-se o *Mental Health Inventory* (MHI) que contempla duas dimensões: o bem-estar psicológico e o *distress* psicológico. Através da análise de *clusters* constituíram-se três grupos de idosos: com saúde mental positiva, razoável e negativa. Utilizaram-se modelos de regressão logística para determinação da influência das eventuais variáveis explicativas, na melhor ou pior saúde mental. **Resultados:** entre outras variáveis significativas cuja probabilidade de influenciarem positiva ou negativamente a saúde mental foi comprovada, optou-se neste artigo, por analisar e discutir a influência do género e do nível de escolaridade. Verificou-se que existia uma probabilidade superior associada significativamente ao género feminino, de saúde mental mais negativa (OR=0,3 IC 95% 0,1-0,6) e uma probabilidade mais elevada associada significativamente a um nível superior de escolaridade, de saúde mental mais positiva (OR=2,5 IC 95% 1,3-4,8). **Conclusão e sugestões:** as pessoas idosas apresentavam um nível de saúde mental mais positivo. Verificou-se que o género e o nível de escolaridade influenciavam significativamente o nível de saúde mental das pessoas idosas pelo que deverão ser considerados relevantes na planificação, definição e implementação de programas, dirigidos à promoção da saúde e prevenção das perturbações mentais na população referida. Sugere-se a realização de outras pesquisas que contribuam para esclarecer o modo como o género e o nível de escolaridade influenciam ou determinam as diferenças na saúde mental e no ajustamento, dos homens e das mulheres, no decurso do processo de envelhecimento.

Palavras chave:

Pessoas idosas, saúde mental, género, nível de escolaridade.

Summary:

Due to the increase of the older population and to the increased risk of mental disorders, it is important that the communities and health services organize themselves, so they can intervene at the three levels of prevention (primary, secondary and tertiary) in what concerns to the mental health. The study to which this article refers to is about the mental health of the older people in Madeira Autonomous Region. The main **objectives** of this study were to characterize the older people from the mental health perspective and to assess the positive (protective) or negative (risk) influence of gender and education level in the best or worst mental health of older people. **Methods:** this is a cross-sectional study, based on a representative sample of the population with 65 years or older (n=342) living in the community. The sample was stratified by municipalities, gender and age group. For the assessment of the mental health we used the Mental Health Inventory (MHI) which takes into account two dimensions: psychological well-being and psychological distress. Through the clusters analysed three groups of older people were defined: with positive, reasonable and negative mental health. To determine the influence of potential explanatory variables in the best or worst mental health we used logistic regression models. **Results:** we have chosen to analyse and argue the influence of gender and education level among other significant variables that showed either a positive or negative influence on mental health. We verified that there was a higher probability of a more positive mental health associated to females, in a significant manner (OR=0,3 IC 95% 0,1-0,6), and equally, a higher probability of positive mental health associated to more years of schooling (OR=2,5 IC 95% 1,3-4,8). **Conclusions and suggestions:** older people had a mental health level more positive. It was verified that the gender and the education level influenced significantly the level of older people mental health. They should be considered relevant in the planification, definition and implementation of programmes ascertained to health promotion and prevention of mental disorders in the cited population. We suggest the realization of other researches for the clarification of the way in which gender and education level influence or determinate differences in the mental health and adjustment of both men and women while on the ageing process.

Key Words:

Older people, mental health, gender, level of education.

Introdução:

Presentemente é muito importante que as comunidades se organizem para responder às necessidades e problemas identificados na saúde mental das pessoas idosas. Em idades mais avançadas, as perturbações da saúde mental ocorrem frequentemente, sendo necessário que os serviços àquelas destinados, nomeadamente, os de saúde, estejam preparados e dotados dos profissionais que detenham a formação adequada, para intervir ao nível da prevenção primária, secundária e terciária.

Barreto (1) afirma que

(...) nos últimos estadios da vida a existência é dominada por um conjunto de transformações físicas, psíquicas e sociais (esperadas umas, imprevistas outras), as quais se reflectem tanto no comportamento como na experiência subjectiva da pessoa ao envelhecer concorrendo muitas vezes para o aparecimento de doença psíquica (1, p.159).

A saúde mental não é apenas a ausência de doença ou sintomas. A saúde mental é um recurso intelectual e emocional que suporta o bem-estar pessoal e fortalece a integração social. Isso oferece um potencial essencial para uma vida plena de sentido. Os idosos, especialmente os muito idosos, sofrem muitos stresses que induzem o aumento do risco de desordens mentais (2).

A evidência científica tem demonstrado que ao envelhecimento estão associados ganhos pelo facto dos idosos terem experimentado situações, nas etapas anteriores do ciclo de vida, que lhes permitiram adquirir sabedoria (3, 4, 5). A OMS (6) adoptou o modelo de envelhecimento activo, perspectivando-o positivamente, ao considerá-lo um processo de optimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objectivo de aumentar a qualidade de vida das pessoas, ao que se associa a possibilidade das mesmas desfrutarem de bem-estar físico, social e mental. Para possibilitá-lo deverão ser-lhes providenciadas protecção, segurança e os cuidados adequados quando requeridos.

Em Portugal, em 2006, existiam cerca de 1.828.617 pessoas com 65 e mais anos das quais 763.752 eram homens e 1.064.865 eram mulheres (7). Em 2005, estimava-se que cerca de 60.000 sofriam de demência e mais de 100.000 de depressão (8). Na Região Autónoma da Madeira (RAM), em 2006, a população residente com 65 e mais anos englobava 32274 pessoas, das quais 11369 eram do género masculino e 20905 do feminino (7). Na RAM, efectuou-se um estudo piloto (9) com o objectivo de caracterizar a saúde mental das pessoas idosas, cujo principal resultado foi que aquelas

possuíam uma saúde mental mais positiva, tendo por comparação os resultados de um estudo efectuado a uma amostra de jovens do ensino secundário e universitário portugueses (10).

Em todo o mundo, em Portugal e na Madeira tem-se assistido à feminização do envelhecimento, Em Portugal em 2001 (11, 12) o índice de envelhecimento traduziu-se em 122 mulheres e 84 homens. Aquelas vivem mais que estes em quase todos os países, apresentando-se com uma taxa superior nos grupos etários mais avançados. Na Europa, em 2002 (OMS), haviam 678 homens por cada 1000 mulheres com 60 e mais anos. Nas regiões menos desenvolvidas haviam 879 homens por cada 1000 mulheres. Com 80 e mais anos a média mundial era de 600 homens para cada 1000 mulheres (11, 12). Apesar destas terem vantagem na longevidade, têm maior probabilidade de experimentarem violência doméstica e discriminação no acesso à educação, a rendimentos, à alimentação, a trabalhos gratificantes e aos cuidados de saúde. Sofrem mais frequentemente incapacidades e problemas de saúde(6, 13). Em Portugal, a esperança média de vida sem incapacidade (11, 12) é sempre mais baixa nas mulheres.

Determinantes da saúde mental: Promoção da saúde e prevenção das perturbações mentais:

O conhecimento dos determinantes e factores de risco e protecção relacionados com a saúde e com as perturbações mentais nos idosos é fundamental para a definição de políticas, programas e acções, direccionados para a promoção e prevenção de perturbações que causam sofrimento, reduzem o tempo de vida e têm custos elevados para as famílias e comunidades.

No conjunto de determinantes do envelhecimento activo, pessoais, comportamentais, ambientais, económicos e referentes aos serviços de saúde e sociais (6), a cultura e o género são determinantes transversais pelo facto de serem influências permanentes na saúde e no bem-estar ao longo de todo o ciclo de vida. A cultura modela a forma como cada pessoa envelhece, e, os valores e tradições àquela associados, determinam grandemente, o modo como cada sociedade perspectiva o envelhecimento e as representações prevaletentes acerca das pessoas idosas.

O género (6) pode conceber-se como uma “lente” através da qual deve considerar-se a adequação das opções políticas, atendendo ao modo como poderão afectar o bem-estar dos homens e das mulheres. Além das desvantagens apresentadas, em muitas sociedades, o papel tradicional das mulheres como cuidadoras da família, contribui para o aumento da sua pobreza e pior saúde na velhice. Muitas são forçadas a

deixar os empregos remunerados ou nunca acedem aos mesmos porque têm de assumir responsabilidades acrescidas no apoio a membros da família. No Inquérito ao Emprego em Portugal, em 2001 (11), verificou-se que a maioria da população idosa era inactiva (81,0%), representando 74,0% da população masculina e 86,0% da feminina. Os reformados eram o grupo mais importante com 97,1% de homens e 76,9% de mulheres. A diferença era mais notória nos domésticos dos quais 19,0% eram mulheres e 0,2% homens. O Inquérito à Ocupação do Tempo (11) permitiu concluir que nas actividades domésticas a herança cultural, com a responsabilidade das tarefas do lar a pertencer quase exclusivamente às mulheres, está bem patente nas gerações idosas.

Quanto ao género, numa meta-análise realizada a trezentos estudos que analisaram diferenças na satisfação de vida, felicidade, auto-estima, solidão, saúde subjectiva e idade subjectiva em idosos (14), os autores mediram a existência de diferenças significativas entre homens e mulheres, no bem-estar subjectivo. Esperavam que estas, devido ao mais elevado risco de enviuvarem, tivessem mais problemas de saúde e necessitassem mais de cuidados. O facto de socialmente prevalecerem os estereótipos sugerindo auto-conceito e bem-estar subjectivo mais negativos nas mulheres, induzia a pensar que apresentassem níveis mais baixos de bem-estar. As diferenças encontradas entre géneros foram pequenas. Forças específicas de bem-estar subjectivo (relação com os filhos adultos e menores aspirações) e um processo de auto-referência positiva podem proteger o bem-estar subjectivo das idosas. Concluíram (14, 15) que as desvantagens apresentadas pelas mulheres, na saúde, na competência diária, no estatuto sócio económico e a viuvez contribuía para as pequenas diferenças identificadas.

Ao analisarem, nas idades avançadas, o papel do género nos perfis e nos padrões de funcionamento diários, Smith & Baltes (16) concluíram que o risco de um perfil de funcionamento menos favorável era 1,6 vezes superior nas mulheres do que nos homens. O género implica diferenças na fragilidade física e nas condições de vida afectando o funcionamento psicológico. Os homens tinham níveis superiores de educação, maior probabilidade de serem casados ou de viverem com uma companheira, rendimentos superiores, menos doença (especialmente ao nível do sistema músculo-esquelético), menores limitações na visão e na mobilidade e menos sintomas depressivos. As diferenças entre ambos eram modificadas pela idade (16), evidenciando-se com o aumento desta, nas crenças relativas ao controle externo e nas actividades instrumentais complexas. As dimensões psicológicas, afecto negativo e

bem-estar subjectivo, o suporte social facultado aos outros e as actividades instrumentais da vida diária eram afectadas pelo género. Não foram identificadas diferenças no tamanho da rede social. Uma relação significativa entre o género, a educação e o tamanho da rede social, salientou os efeitos negativos de uma educação pobre sobretudo nos homens e evidenciou os complexos mecanismos subjacentes às redes sociais dos muito idosos. Foram encontradas diferenças significativas na percepção de suporte instrumental e emocional. Os homens facultavam mais suporte instrumental e as mulheres mais suporte emocional, colocando-se a possibilidade dos relacionamentos sociais poderem ser uma fonte de stresse nas mulheres, devido à expectativa social de que, mesmo em idades avançadas, devem ser cuidadoras e não receptoras de cuidados. Com o declínio na saúde e a viuvez, as mulheres podem não estar capacitadas para facultar suporte emocional aos outros, o que se repercute negativamente na auto-estima. Os homens com menor educação também eram mais vulneráveis devido à solidão. O género influenciava as actividades diárias especialmente as instrumentais e de lazer. Os efeitos interactivos do género com a idade mostraram que os padrões de vida nos homens e nas mulheres muito idosas eram similares; as diferenças surgiam mais, em função dos constrangimentos de saúde, das incapacidades sensoriais e da mobilidade física. Estas situações não têm a mesma saliência e “peso” em todas as fases do curso de vida e alguns subgrupos podem ter maior ou menor possibilidade de minimizar o seu impacto. Na velhice as pessoas têm que viver com a acumulação desses constrangimentos que se relacionam com a classe social e nível de educação e que podem potenciar-se pelas diferenças no estado civil e na saúde. Os homens parecem ter mais recursos selectivos e de compensação e optimização (16). Registaram-se diferenças na interacção do género e da idade com o funcionamento psicológico e nas actividades diárias, que podem significar que os homens estão melhor ajustados que as mulheres à velhice ou vice versa. Admitindo ser um juízo valorativo (16) nos homens, uma vida mais curta mas mais saudável, pode reflectir um melhor ajustamento à velhice. Outros poderão ver na vida mais longa mas mais frágil das mulheres, um desempenho melhor na adaptação ao envelhecimento.

Nos determinantes do ambiente social (6), o suporte social, oportunidades de educação e de aprendizagem ao longo da vida, entre outros, são factores que aumentam a saúde, a participação e a segurança. Solidão, isolamento social, iliteracia e falta de educação, abuso e situações de conflito ampliam o risco de incapacidade e de morte antecipada. Devido à maior expectativa de vida das mulheres e à tendência dos homens

para casarem com mulheres mais jovens e recasarem se enviuvarem, o número de viúvas ultrapassa largamente o daqueles nos diversos países. As idosas sozinhas são mais vulneráveis à pobreza e ao isolamento social (6, 11, 12,13).

Relativamente aos níveis de instrução em Portugal, no ano 2001 (11), 55,1% da população idosa com 65 e mais anos não possuía qualquer nível de escolaridade, sendo a proporção de mulheres (64,7%) superior à dos homens (41,3%). Na RAM, dos idosos com 65 e mais anos 47,7% não possuíam qualquer nível de escolaridade dos quais 15,8% eram homens e 31,9% eram mulheres (17).

Num cenário em que as perturbações mentais surgem frequentemente, os serviços de saúde e os respectivos profissionais, devem estar preparados para responder ao aumento rápido das situações de dependência física e psíquica dos mais idosos, geralmente associadas a demência e a doenças crónicas (18,19) bem como a carências diversas, que suscitam a reforma. Os problemas de saúde mental nos idosos são ainda insuficientemente reconhecidos. É imprescindível admitir o desafio subjacente à mudança de atitude face ao envelhecimento e à saúde mental.

Este estudo visou a caracterização da saúde mental das pessoas idosas da RAM, tendo como objectivo principal avaliar a influência positiva (protectora) ou negativa (de risco) do género e do nível de escolaridade na saúde mental daquelas com 65 e mais anos.

Método:

O estudo realizado foi transversal, probabilístico e teve uma componente descritiva e outra inferencial.

A **amostra** foi aleatória e representativa da população idosa e foi seleccionada da base de dados do cartão de utente do Serviço Regional de Saúde Empresa Pública Empresarial. Foi estratificada por concelhos (Funchal e Outros Concelhos), género (feminino e masculino) e classes etárias (65-74 anos, 75-84 anos e 85 e mais anos). Além da idade foram critérios de inclusão o facto das pessoas residirem na comunidade e possuírem capacidade cognitiva e de comunicação que possibilitassem o entendimento e a participação na pesquisa.

Obteve-se consentimento da Comissão de Ética do respectivo Serviço para a concretização do estudo bem como o consentimento informado dos idosos.

Dos 630 idosos inicialmente seleccionados 67,8% aceitaram participar; mas 19,9% não integraram a amostra por apresentarem defeito cognitivo (*Mini Mental State Examination* – MMSE – 20, 21). Devido a razões como a ausência do idoso da

residência, a recusa em participar e o falecimento, a amostra definitiva ficou constituída por 342 idosos, 54,3% dos inicialmente seleccionados.

Os contactos foram efectuados pelas enfermeiras dos Centros de Saúde, que realizaram entrevistas (com aplicação de guião), as quais foram previamente treinadas.

Relativamente aos **instrumentos** a saúde mental foi avaliada através do *Mental Health Inventory* – MHI (22, 10), escala de intervalo que contempla uma dimensão positiva – o bem estar psicológico e outra negativa – o *distress* psicológico. A fidedignidade obtida para a escala - *Alpha de Cronbach* igual a 0,97 - foi idêntica aos 0,96 obtidos para a versão adaptada do Inventário a uma amostra de jovens universitários portugueses (10) e para a versão original (22).

Utilizaram-se diversos instrumentos para a medição das variáveis independentes (pessoais e do meio ambiente). As variáveis demográficas que incluíram o género e o nível de escolaridade bem como a percepção dos idosos relativa à saúde, foram avaliadas através de questões formuladas para o efeito, previamente testadas no estudo piloto (9).

A classe social foi avaliada através da Classificação Social de *Graffar* (23); a rede social através da *Lubben Social Network Scale* – LSNS (24); as actividades básicas da vida diária (ABVD) com o Índice de *Katz* (25) e as Actividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) através da Escala de *Lawton & Brody* (26, 27).

No **tratamento dos dados** além da análise descritiva e no referente à saúde mental recorreu-se à análise de *clusters*, agrupando os idosos de acordo com o nível de saúde mental apresentado: com melhor saúde mental (mais positiva), com saúde mental razoável, com pior saúde mental (mais negativa). Na análise de *clusters* o método utilizado foi a distância média entre grupos (*average linkage between groups* (28)). A escolha do número de *clusters* foi feita com base nos coeficientes de determinação com maior valor, no caso concreto três *clusters*.

Para avaliar a associação entre as variáveis exógenas e a melhor ou pior saúde mental utilizaram-se diferentes modelos de regressão logística – MRL (29). Foram transformadas algumas variáveis que inicialmente tinham mais que dois níveis, eram de resposta múltipla ou contínuas, agrupando-as para ficarem com dois níveis, do tipo *dummy*. As variáveis nominais não foram transformadas. Em relação às variáveis ordinais, mais concretamente, no caso da percepção do idoso relacionada com a saúde, consideraram-se três dimensões: percepção de saúde no presente – agrupada em razoável ou pior e boa ou muito boa; saúde relativa (comparada com os outros idosos e

com a saúde que a próprio detinha no ano anterior) – agrupadas em não sabe ou pior e em idêntica ou melhor.

Relativamente à rede social (variável contínua) quando a pontuação obtida foi < a 20 (22), considerou-se que era muito limitada e quando foi ≥ 20 menos limitada.

A variável endógena saúde mental foi transformada em *dummy* e considerou-se a melhor saúde mental o grupo de referência nos MLR. As pessoas que apresentavam saúde mental razoável ou pior na análise de *clusters*, consideraram-se com saúde mental mais negativa.

As variáveis exógenas foram testadas uma a uma (sem ajustamento – método *Forward LR*) a fim de se decidir da sua inclusão ou não no MRL com ajustamento entre variáveis (método *Backward LR*). Quando foram obtidos valores de prova inferiores a 0,05, a hipótese nula de que a variável exógena não contribuía para explicar a variável endógena foi rejeitada, sendo aquela seleccionada para integrar o MRL com ajustamento.

Resultados:

Apresenta-se a caracterização da amostra definitiva relativamente ao género.

INSERIR TABELA Nº 1

Verificou-se uma maior prevalência das mulheres na classe etária dos 65-74 anos, a qual englobou 64,9% dos idosos. Relativamente às idades a $\bar{X}=72,6$ anos com $S=5,8$. Os homens reformados eram em número superior às mulheres. Com os pensionistas verificou-se o contrário. Os homens casados eram mais numerosos e os viúvos menos do que as mulheres. Na distribuição pelas classes sociais, estas estavam mais representadas na classe V (muito baixa) e aqueles na classe IV (baixa) bem como na classe III (média) e nas de níveis II e I (média alta e alta). Quanto às redes sociais a pontuação $\bar{X}=30,3$ com $S=8,4$ obtida no conjunto dos participantes, indica que as mesmas eram relativamente extensas (22). O género masculino obteve uma média superior ao feminino.

INSERIR TABELA Nº 2

Do cruzamento dos três níveis de escolaridade com outras variáveis independentes, verificou-se que 38,9% das pessoas eram analfabetas, 58,2% possuíam de 1 a 11 anos de escolaridade e apenas 2,9% tinham mais de 11 anos de escolaridade. As mulheres eram menos escolarizadas do que os homens em todas as classes etárias. A classe prevalente era a dos idosos com 1 a 11 anos de escolaridade. Os analfabetos e

aqueles com escolaridade superior a 11 anos, predominavam na classe dos 85 e mais anos. Os trabalhadores eram mais detentores de 1 a 11 anos de escolaridade secundados pelas domésticas. Os analfabetos eram sobretudo pensionistas e reformados. Igualmente prevaleciam na classe social V e os detentores de 1 a 11 anos de escolaridade na classe III. Aqueles com mais de 11 anos de escolaridade predominavam na classe I. As percentagens na classe V diminuíram com o aumento da escolaridade. O inverso verificou-se na classe I.

Na relação entre o género com a autonomia física, os homens que se deslocavam em casa sem apoio eram 95,7% e na rua 89,1%. As mulheres faziam-no com menores percentagens (85,9% e 81,1%). Os homens (80,9%) comparativamente às mulheres (72,2%) apresentaram-se mais capacitados fisicamente, para satisfazerem necessidades próprias.

Nas ABVD, dos 1,8% dos idosos dependentes 83,3% eram do género feminino e 16,7% do masculino. Estes eram mais autónomos nas seguintes AIVD: usar o telefone, fazer compras, gerir o dinheiro, usar os transportes; eram menos autónomos para tomar os medicamentos, para preparar refeições, fazer a lida da casa e tratar da roupa.

Quer mais homens (54,8%) quer mais mulheres (46,7%) percepcionavam a saúde como razoável; todavia, os homens com boa (26,1%) ou muito boa saúde (5,2%) ultrapassaram as mulheres, das quais 11,5% assinalaram boa saúde e 2,6% muito boa. Ao compararem a saúde própria com a dos pares 41,2% dos respondentes considerou-a melhor e 17,8% pior. Os homens, comparativamente às mulheres, possuíam melhor saúde (47,0% vs 38,3%) ou saúde idêntica (28,7% vs 26,9%). Comparando a saúde presente à detida no ano anterior, 60,0% daqueles referiram saúde idêntica, 27,8% pior e 12,2% melhor. As mulheres com 52,4% percepcionavam saúde idêntica, 37,4% pior e 9,3% melhor. As queixas de saúde ou doenças mais apresentadas por estas (64,8%) foram do sistema músculo-esquelético e nos homens do aparelho circulatório (39,1%). Ambos os géneros apresentaram uma $Me=2$. Na capacidade para a deslocação dentro de casa e na rua sem apoio, constatou-se que em casa 88,0% dos analfabetos, 89,4% daqueles com 1 a 11 anos de escolaridade e 100,0% dos que tinham escolaridade > a 11 anos eram autónomos. Na rua, 80,5% dos analfabetos, 85,4% daqueles com 1 a 11 anos de escolaridade e 100,0% dos que possuíam mais de 11 anos eram também autónomos. Na capacidade física para satisfazer as necessidades pessoais, realizavam sempre as actividades requeridas 63,9% dos analfabetos, 81,9% dos possuidores de 1 a 11 anos de escolaridade e 90,0% dos que detinham mais de 11 anos.

Relativamente à independência/ dependência nas ABVD, os analfabetos e os detentores de 1 a 11 anos de escolaridade eram igualmente independentes (95,5%). Na autonomia nas AIVD, na generalidade das actividades, ao acréscimo da escolaridade correspondia uma autonomia superior.

Na percepção de saúde, os analfabetos e os detentores de 1 a 11anos de escolaridade (50,3%), consideraram-na razoável. Dos analfabetos 10,5% percepcionavam saúde má e 24,8% fraca; dos detentores de 1 a 11 anos de escolaridade 70,0% referiram saúde má e 22,1% fraca; naqueles com escolaridade > a 11 anos não foram referenciadas estas situações. Dos analfabetos 13,5% percepcionavam boa saúde e 1,5% muito boa; daqueles com 1 a 11 anos de escolaridade 16,6% referiram boa saúde e 4,0% muito boa e nos detentores de escolaridade superior a 11 anos 50,0% sinalizaram boa saúde e 20,0% muito boa. Ao compararem a saúde com os pares, 33,8% dos analfabetos, 44,7% dos detentores de 1 a 11 anos de escolaridade e 70,0% dos idosos com escolaridade > a 11 anos percepcionavam melhor saúde. O inverso verificou-se nos que referiram pior saúde: analfabetos 24,8%, com 1 a 11 anos de escolaridade 14,1% e com mais de 11 anos 0,0%. Na comparação da saúde actual com a do ano anterior, os analfabetos consideraram mais (38,3%) que tinha piorado. Os que detinham escolaridade superior admitiram-no menos (20,0%). Queixas de saúde ou doenças, os analfabetos (60,9%) e aqueles com 1 a 11 anos de escolaridade (53,3%), apresentaram-nas maioritariamente, no sistema músculo-esquelético. Os idosos com mais de 11 anos de escolaridade referiram com percentagens equivalentes de 30,0%, queixas no sistema músculo-esquelético e no aparelho circulatório. Quer os analfabetos quer os detentores de 1 a 11 anos de escolaridade apresentaram uma Me=2,0 e aqueles com escolaridade superior uma Me=1,0.

Na análise descritiva realizada com a saúde mental como variável dependente, tendo-se aplicado o MHI, obteve-se um valor de Me=166,5. Sendo a pontuação máxima possível de obter para o MHI=226, e considerando que pontuações mais elevadas indiciam melhor saúde mental (10), considera-se que o valor de Me encontrado foi positivo.

Relativamente ao género, os valores das medianas são indicativos de que os homens possuíam, nas várias dimensões do Inventário (e. g. bem-estar psicológico e *distress* psicológico), situações mais favoráveis do que as mulheres: Me=177,0 para os primeiros e Me=154,0 para as segundas. Verificou-se uma subida nos valores das medianas obtidas no MHI, paralelo ao aumento dos anos de escolaridade: Me=152,0 -

analfabetos; Me=172,0 - detentores de 1 a 11 anos e Me=178,0 - detentores de mais de onze anos.

Através da análise de *clusters*, verificou-se que 67,0% dos idosos possuíam saúde mental mais positiva, 28,9% saúde mental razoável e 3,2% saúde mental mais negativa.

Da análise inferencial realizada através dos MLR refere-se exclusivamente o MLR em que a variável endógena foi a saúde mental, cuja variância explicada (Nalgelkerke R Square) $R^2 = 44,2\%$. Salientaram-se neste modelo aumentando a probabilidade de saúde mental mais negativa, o género feminino (OR=0,3 IC 95% 0,1-0,6) as redes sociais muito limitadas (OR=0,3 IC 95% 0,1-0,9), a percepção relativa à saúde própria quando referida como razoável ou pior (OR=0,3 IC 95% 0,1-0,9), quando comparada com os pares e os idosos referiram que não sabiam ou era pior (OR=0,5 IC 95% 0,3-0,9) bem como quando comparada com a detida no ano anterior, não sabiam ou era pior (OR=0,3 IC 95% 0,2-0,6), e ainda, a existência de limitações físicas para satisfazer necessidades pessoais (OR=0,1 IC 95% 0,1-0,7) Aumentando significativamente a probabilidade de saúde mental mais positiva, evidenciou-se o nível de escolaridade nos idosos que tinham 1 a 11anos comparativamente aos analfabetos (OR=2,5 IC 95% 1,3-4,8).

Discussão e conclusões:

O género e o nível de escolaridade, podem ser factores de risco ou protecção, havendo referências que as mulheres apresentam maior susceptibilidade para saúde mental mais negativa e que a baixa escolaridade constitui um factor de risco e vice versa (6, 8, 11, 13).

Na análise descritiva, a confluência nas mulheres de resultados menos favorecedores da saúde mental tornou-se evidente comparativamente aos homens. O predomínio do número de mulheres é compreensível no âmbito da feminização do envelhecimento (6, 11, 12, 17). Esta evidência tem implicações directas nas necessidades de saúde mental, que devem ser consideradas relevantes na assunção de políticas adequadas e na disponibilização de serviços que as satisfaçam. Foi maior a percentagem de mulheres pensionistas, viúvas e pertencentes a classes sociais mais baixas do que os homens, bem como daquelas com redes sociais menos extensas (11,12, 24). Devido à maior expectativa de vida das mulheres e à tendência para os homens casarem com mulheres mais jovens e recasarem quando enviúvam, o número de viúvas é superior na maioria dos países (6, 11, 12). As mulheres possuíam níveis de

escolaridade inferiores, confirmando-se resultados de estudos previamente desenvolvidos em Portugal e na RAM (11, 12, 17). Na autonomia física para satisfazer necessidades próprias e na capacidade de deslocação dentro e fora de casa sem apoio, as situações das mulheres foram menos favoráveis. Nas ABVD eram mais dependentes, situação que poderá relacionar-se com a pior percepção da saúde identificada. A evidência científica tem demonstrado que a maior longevidade associada ao género feminino, implica frequentemente, morbilidade crónica e situações de dependência acrescidas (6, 18, 19). As queixas de saúde foram mais comuns nas idosas. Nas AIVD, os níveis de autonomia das mulheres foram superiores nas actividades domésticas, contrariamente aos homens, que apresentaram uma situação mais favorável em actividades importantes no contacto com o exterior e na satisfação de necessidades sociais. Estes resultados confirmam achados de pesquisas (6, 11, 12, 27) que verificaram que, culturalmente, a responsabilidade pelas lides domésticas competiam primordialmente às mulheres, sobretudo nas gerações mais idosas. Na sociedade ocidental, a expectativa relativa ao papel fundamental das mulheres como cuidadoras e fonte de suporte emocional acrescenta-se às actividades anteriores, não sendo papéis remunerados nem valorizados socialmente, apesar da sobrecarga subjacente ao seu desempenho, causar frequentemente stresse e perturbações psico emocionais (6, 16). Com o aumento da idade a percentagem de analfabetos cresceu sendo os mesmos mais numerosos na classe dos 85 e mais anos. Confirmaram-se resultados do Inquérito ao Emprego e dos Censos à população da RAM (11, 12, 17) nos quais o analfabetismo aumentava paralelamente ao acréscimo das idades. Este pode considerar-se um factor com influência negativa na saúde mental dos mais idosos. No país, em 2001 (11), 55,1% da população com 65 e mais anos não possuía qualquer nível de instrução sendo a proporção de mulheres (64,7%) superior à dos homens (41,3%). Na RAM (17), nos idosos com 65 e mais anos 47,7% não possuía qualquer nível de escolaridade dos quais 15,8% eram do género masculino e 31,9% do feminino. Na amostra deste estudo 38,9% dos idosos eram analfabetos: 10,2% eram homens e 28,7% mulheres. Estes resultados indiciam uma melhoria na escolaridade da população idosa, que deverá continuar a promover-se através da educação ao longo da vida. Com o acréscimo da escolaridade houve um aumento de idosos na classe social I. O inverso verificou-se na classe V. Um nível de escolaridade superior é uma vantagem pessoal e social, possibilita uma melhor qualidade de vida e bem-estar. As redes sociais eram mais extensas naqueles com escolaridade mais elevada, resultado coerente com os anteriores, dado que os idosos

com melhores condições de vida podem manter um nível de participação social favorecedor da preservação de redes sociais mais extensas (6, 15, 16, 24).

Na autonomia física e nas actividades instrumentais, quanto mais elevada a escolaridade maior a autonomia. Nas ABVD a distribuição dos idosos foi relativamente homogénea e os níveis de independência elevados. Estes resultados e a constatação de que os idosos com escolaridade superior percepcionavam menos a saúde como fraca ou má e mais como boa e muito boa, referindo com acréscimos progressivos, que detinham melhor saúde que os pares e assinalando menos queixas de saúde ou doenças, indiciam uma relação positiva entre um nível de escolaridade mais elevado e níveis de autonomia e de saúde superiores. Os analfabetos foram os que mais consideraram que a saúde tinha piorado no último ano, o que sugere que níveis de escolaridade inferiores podem influenciar mais negativamente a evolução da saúde (6, 13, 16).

No cruzamento das variáveis género e nível de escolaridade com a saúde mental, confirmou-se uma situação mais positiva na saúde mental dos homens e nos idosos com maior escolaridade, corroborando-se achados de estudos anteriores (6, 16), em que uma maior vulnerabilidade relacionada com o género feminino e uma protecção superior relacionada com níveis de escolaridade mais elevados eram significativos na saúde mental.

Um resultado do MRL em que o género e o nível de escolaridade foram introduzidos como possíveis variáveis explicativas da melhor saúde mental, foi a comprovação de que as mesmas eram significativas: a primeira reduzindo em 30,0% a probabilidade de saúde mental mais positiva e a segunda aumentando 250,0% a probabilidade de ser mais positiva (15, 16).

Não desvalorizando a significância que outras variáveis podem ter na melhor ou pior saúde mental, sugere-se que o género e o nível de escolaridade sejam considerados fundamentais para o planeamento e implementação de programas e acções promotoras da saúde e preventivas das perturbações mentais na população idosa. Apoios direccionados às mulheres, educacionais, de saúde e de âmbito social, deverão ser equacionados, de modo a reduzir a vulnerabilidade apresentada pelas mesmas na saúde mental. Pretende-se promover o bem-estar e a saúde mental mais positiva na população idosa em geral. Intervenções mais específicas deverão ser pensadas articuladamente, na definição de políticas, estratégias e planos globais, que sejam adoptados pelas comunidades, para responder às necessidades de saúde mental das populações.

Retoma-se o juízo valorativo e a argumentação de Smith & Baltes (16) de que uma vida mais curta mas mais saudável nos homens, pode reflectir um melhor ajustamento à velhice ou vice-versa. Outros, contrariamente, argumentarão que uma vida mais longa mas mais frágil das mulheres, representa um desempenho melhor no ajustamento ao envelhecimento. Subsistem com validade estas perspectivas, que deverão ser aprofundadas através de pesquisas desenhadas para esclarecer o modo como o género e o nível de escolaridade influenciam ou determinam diferenças na saúde mental e na adaptação dos homens e das mulheres ao processo de envelhecimento.

A divulgação destes resultados aos decisores políticos, à comunidade científica, aos diferentes profissionais que actuam com idosos e à comunidade, será importante para o respectivo envolvimento, nas mudanças requeridas em prol da saúde mental positiva e do bem-estar da população com idade mais avançada.

Referências Bibliográficas:

1. Barreto, J. Envelhecimento e saúde mental: Estudo de epidemiologia psiquiátrica no concelho de Matosinhos. (Dissertação apresentada ao grau de Doutor). Porto: Faculdade de Medicina do Porto, 1984.
2. Heikkinen, R. L. Mental health of older people. European Ministerial Conference of Mental Health. Facing the challenges, Building Solutions. WHO, 2004.
3. Baltes P. B., & Baltes M. M. Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences. Canada: Cambridge University Press, 1993.
4. Paúl C, Fonseca AM. Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.
5. Fonseca MF. Desenvolvimento Humano e Envelhecimento. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.
6. World Health Organization. Active Aging – A Policy Framework. Geneve: WHO, 2002.
7. Instituto Nacional de Estatística. População residente 2006, por lugar de residência, sexo e grupo etário. Lisboa: INE, 2007.
8. Direcção Geral de Saúde. Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental. Relatório do Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental no Envelhecimento e Pessoas Idosas. Lisboa, 2005.
9. Fragoeiro, I., Pestana, M., Paúl, C. La salud mental en los ancianos de la Region Autónoma de Madeira. Estudio piloto. Gerokomos, 2007, 18 (4): 181-85.

10. Ribeiro, JLP. Mental Health Inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2000, 2 (1): 77-99.
11. Instituto Nacional de Estatística. O envelhecimento em Portugal. Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. Lisboa: Serviços de Estudos Sobre a População, 2002.
12. Instituto Nacional de Estatística. As Gerações Idosas. Série de Estudos nº 38. Lisboa, 1999.
13. Prince MJ, Reischies F, Beekman ATF, Fuhrer R, Jenker C, Kivela SL, et al. Depression symptoms in late life assessed using the EURO – D scale. Effect of age, gender and marital status in 14 European centres. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 174: 339-45.
14. Pinquart MJ. & Sorensen S. Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: a meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 2001, 56B: 195-213.
15. Pinquart M, Sorensen S. Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective wellbeing in later life: A meta-analysis. *Psychological Aging*, 2000, 15 (2): 187- 207.
16. Smith, J. & Baltes, MM. The role of gender in very old age: Profiles of functioning and everyday life patterns. *Psychology and Aging*, 1998, 13 (4): 676-95.

17. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2001 – Resultados definitivos: Região Autónoma da Madeira. Lisboa, INE, 2002.
18. Paúl, C., Ayis, S., & Ebrahim, S. Psychological distress, loneliness and disability in old age. *Psychology, Health & Medicine*, 2006, 11 (2): 221-32.
19. Paúl, C., Ayis, S., & Ebrahim, S. Disability and Psychological outcomes in old age. *Journal of Aging and Health*, 2007, 19 (5): 723-41.
20. Folstein MF, Folstein, SE, Mchugh PR. Mini Mental State, a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatric Research*, 1975, 12: 189-98.
21. Guerreiro M, Silva AP, Botelho MA, Leitão O, Castro-Caldas A, Garcia C. Avaliação Breve do Estado Mental. In Leitão OR, Nina A, Monteiro I. Grupo de estudos de envelhecimento cerebral e demências. Escalas e testes na demência. Lisboa, 2003. 27-32.
22. Veit C, Ware J. The struture of psychological distress and well-being in general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983, 51 (5): 730-42.
23. Graffar M. Une méthode de classification sociale d'echantillons de population. *Courrier*, 1956, 6: 455-59.
24. Lubben N. Assessing social network among erdely population. *Family Community Health*, 1988, 11: 42-52.

25. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL; a standard measure of biological and psychosocial function. JAMA, 1963, 185: 914-19.
26. Lawton MP, & Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist, 1969, 9: 179-86.
27. Botelho MAS. Autonomia funcional em idosos. Porto: BIAL; 2000. 32.
28. Pestana, MH., & Gageiro, JN. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (3ªed.). Lisboa: Edições Síbaló, 2003.
29. Pestana, MH., & Gageiro, JN. Descobrimos a regressão com a complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Síbaló, 2005.

Tabela nº 1. Caracterização da amostra por géneros

Outras variáveis	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
Género	115	100,0	227	100,0
Classes etárias:				
65-74	76	66,1	146	64,3
75-84	35	30,4	73	32,2
≥ 85	04	3,5	08	3,5
Situação profissional:				
Reformado	104	90,4	163	71,8
Trabalhador	03	2,6	03	1,3
Doméstica	00	0,0	13	5,7
Pensionista	08	7,0	48	21,2
Estado civil:				
Solteiro	04	3,5	28	12,3
Casado	91	79,1	95	41,9
Separado	00	0,0	3	1,3
Divorciado	02	1,7	1	0,4
Viúvo	18	15,7	100	44,1
Classificação social:				
Classe I	06	5,2	04	1,8
Classe II	10	8,7	12	5,3
Classe III	23	20,0	15	6,6
Classe IV	45	39,1	75	33,0
Classe V	31	27,0	121	53,3
Rede social:	$\bar{X} = 31,3$		$\bar{X} = 29,7$ $S = 8,7$	
	$S = 7,6$			

Tabela nº 2. Caracterização da amostra por nível de escolaridade

Nível de escolaridade	Analfabetos		1-11 anos		> 11 anos		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Outras variáveis	133	38,9	199	58,2	10	2,9	342	100,0
Género:								
Masculino	35	30,4	73	63,5	7	6,1	115	100,0
Feminino	98	43,2	126	55,5	3	1,3	227	100,0
Classes etárias:								
65-74	85	38,3	130	58,6	7	3,1	222	100,0
75-84	43	39,8	64	59,3	1	0,9	108	100,0
≥ 85	5	41,7	5	41,7	2	16,6	12	100,0
Situação profissional:								
Reformado	104	39,0	153	57,3	10	3,7	267	100,0
Trabalhador	1	16,7	5	83,3	0	0,0	6	100,0
Doméstica	4	30,8	9	69,2	0	0,0	13	100,0
Pensionista	24	42,9	32	57,1	0	0,0	56	100,0
Classificação social:								
Classe I	0	0,0	3	30,0	7	70,0	10	100,0
Classe II	4	17,4	16	69,6	3	13,0	23	100,0
Classe III	3	7,9	35	92,1	0	0,0	38	100,0
Classe IV	33	27,5	87	72,5	0	0,0	120	100,0
Classe V	94	61,8	58	38,2	0	0,0	152	100,0
Rede social:								
	$\bar{X} = 29,9$		$\bar{X} = 30,4$		$\bar{X} = 32,4$		$\bar{X} = 30,3$	
	$S = 8,6$		$S = 8,3$		$S = 8,6$		$S = 8,4$	

