

Saúde em pessoas idosas com 80 e mais anos residentes na comunidade:

a contradição entre o que é visto e o que é sentido

Lia Araújo (1) (2), Laetitia Teixeira (2) & Óscar Ribeiro (2) (3)

1 - Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Viseu

2- Unidade de Investigação sobre Adultos e Idosos (ICBAS - Universidade do Porto)

3 – Escola Superior de Saúde, Universidade de Aveiro

Introdução

O envelhecimento da população tem sido um dos fenómenos mais discutidos e divulgados nos últimos anos. Espera-se um aumento considerável do peso relativo da população com 65 ou mais anos de idade, que, em Portugal, quase duplicará, 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 evolução da população mais idosa, com 80 e mais anos de vida. Este grupo está a aumentar a um ritmo sem precedentes históricos, sendo que já constitui 3% da população mundial, correspondendo ao segmento populacional que mais cresce (WHO, 2002).

O envelhecimento populacional é um fenómeno mundial com repercussões sociais e económicas generalizadas (UNO, 2002), pelo que é necessário ter em conta que viver uma vida (mais) longa constitui um desafio para o *eu* e para toda a comunidade. É esperado que com o avançar da idade, aumentem as limitações funcionais e as patologias, o que faz com que o estado de saúde da população e os serviços disponíveis passem a constituir uma questão central nos países que experienciam o aumento do

número de pessoas idosas. No que diz respeito à saúde, à semelhança de todos os países Europeus, em Portugal a percepção de saúde piora com o aumento da idade. É nos grupos de idade acima dos 65 anos que a avaliação subjectiva de saúde apresenta os piores resultados, principalmente no grupo das pessoas com 85 ou mais anos, onde apenas 6,9% das pessoas avaliam a sua saúde como boa ou muito boa (Eurostat, 2009). A auto-percepção da saúde dos idosos mais velhos tem apresentado resultados distintos conforme os estudos desenvolvidos, sendo que podem verificar-se referências de que a saúde subjectiva se mantém estável ao longo dos anos (é independente da idade) ou de que existe uma pior percepção do grupo dos mais velhos. Num ou noutro caso, prevalece a diferença entre o estado de saúde, que declina com os anos, e a percepção de saúde. Esta constitui uma das grandes contradições da literatura dirigida aos muito velhos (Pinquart, 2001). De forma a perceber este aparente paradoxo é necessário estudar e ter em conta a influência de outros factores. Pois, apesar dos indicadores de saúde física terem uma influência importante na percepção dos idosos da sua condição, eles não a explicam por completo.

Desenvolvimento

Objectivos

Com este estudo pretende-se conhecer as características das pessoas idosas com 80 e mais anos, bem como analisar como varia a saúde objectiva e subjectiva com o avançar da idade.

Metodologia

A amostra (N=968) desta análise deriva de um estudo (*Projecto DIA*) transversal, desenvolvido com o objectivo de estudar as determinantes do Envelhecimento Activo, englobadas no Modelo da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002). Tratam-se de

peessoas idosas (com idades compreendidas entre os 65 e os 101 anos), residentes na comunidade, e provenientes de várias regiões, urbanas e rurais, de Portugal. Realizou-se a análise da saúde objectiva e funcionalidade, da saúde subjectiva e das variáveis sociodemográficas por três grupos de idades: pessoas entre os 65 e os 69 anos (n=281), pessoas entre os 70 e os 79 anos (n=485) e as pessoas com 80 e mais anos (n=202). Para a avaliação da saúde objectiva considerou-se o número de diagnósticos, força da mão e dificuldades de visão e audição, e na funcionalidade avaliaram-se as actividades de vida diária básicas e instrumentais; na saúde subjectiva consideraram-se três questões de avaliação da auto-percepção de saúde (“Em geral considera que a sua saúde é?”; “Comparando com o ano passado, como classificaria agora a sua saúde geral?” e “Comparando-se com a maioria das pessoas da sua idade e sexo, como se acha em termos de saúde?”); as variáveis sociodemográficas englobaram a idade, sexo, estado civil, educação, residência e co-habitação. Para a recolha de dados foi utilizado um *Questionário sobre Saúde e Estilos de Vida* (Paúl *et al.*, 1999 - adaptado), o *General Health Questionnaire* (GHQ-12) (Golberg, 1970) e um questionário sobre dados sociodemográficos.

Resultados

Verifica-se que o grupo das pessoas idosas com 80 e mais anos predominam as mulheres (66%), os viúvos (57,6%), na educação o ensino básico (57,7%), a residência no ambiente urbano (70,9%) e as pessoas que vivem acompanhadas (64,7%). Apesar de alguns aspectos estarem relacionados com forma como a amostra foi seleccionada, estes resultados vão ao encontro do perfil das pessoas idosas muito velhas documentado (Poon, *et al.*, 2005).

Ao nível das variáveis de saúde verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de idade analisados. Na saúde objectiva verifica-se um aumento da

incapacidade, sendo mais intenso nas actividades de vida diária instrumentais do que nas básicas, uma diminuição da força da mão e um aumento das dificuldades quer auditivas, quer visuais. Ao nível da auto-percepção de saúde, os resultados variam, conforme a questão que é colocada. Quando questionados relativamente à avaliação geral da saúde, o grupo das pessoas com 80 e mais anos considera a sua saúde melhor que o grupo das pessoas com idades entre os 70 e os 79 anos ($p=0,145$). Ao compararem a saúde com as outras pessoas da mesma idade, é o grupo dos mais velhos que avalia a sua saúde como melhor ($p=0,098$). No entanto, quando é pedido que comparem a sua saúde presente com a passada, o grupo dos mais velhos avalia de forma menos positiva ($p=0,001$).

Conclusão

A análise das variáveis de saúde objectiva e subjectiva permite afirmar que apesar da incapacidade na realização das actividades de vida diária aumentar com o avançar da idade, tal como acontece com os problemas de visão e audição, a percepção de saúde pode até melhorar no grupo de pessoas com 80 e mais anos. Confirma-se assim a discordância entre saúde objectiva e saúde subjectiva verificada noutros estudos internacionais (Pinquart, 2001).

O grupo das pessoas com 80 e mais anos apresenta variações, estatisticamente significativas, para praticamente todas as variáveis analisadas. É então fundamental que se tenha em conta a heterogeneidade do grupo das “pessoas idosas” (65 e mais anos), nomeadamente em estudos gerontológicos, no desenho de políticas e no desenvolvimento de intervenções. As especificidades dos muito-velhos devem ser tidas em conta na intervenção junto deste grupo etário, que é, e será cada vez mais, um dos

grandes “consumidores” dos serviços de saúde, e deve ser valorizada a promoção de uma auto-percepção de saúde positiva.

Referências

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.

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.

Eurostat (2009). *Europe in figures: Eurostat yearbook*. Brussels: European Commission.

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.

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.

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.

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2009). *Projeções da população residente em Portugal 2008-2060*. Consultado em Dezembro 27, 2009, de www.ine.pt.

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.

Martin, P., Poon, L., Kim, E. & Johnson, M. (1996). Social and Psychological Resources in the Oldest Old. *Experimental Aging Research*, 22, 121-139.

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.

Paúl, C., Fonseca, A.M., Cruz, F., Cerejo, A. & Valença, A. (1999). Protocolo Europeu de Avaliação do Envelhecimento. Manual – Versão Portuguesa The European Survey on Aging Protocol – ESAP. Porto: ICBAS/UP

Paúl, C. & Ribeiro, O. (2009). Predicting loneliness in old people living in the community. *Clinical Gerontology*, 19, 53-60.

Paúl, C. (2007). Old-Old People: Major Recent Findings and the European Contribution to the State of the Art. In: Fernández-Ballesteros (Eds.). *GeroPsychology: European Perspectives for an Aging World*. Germany: Hogrefe and Huber, pp. 128-144.

Pinquart, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 16(3), 414-426.

UnIFai (2009). *Projecto DIA – Da Incapacidade à Actividade: O Desafio do Envelhecimento Activo*. Consultado em Outubro 16, 2009, de www.projectodia.com.

United Nations Organization (UNO) (2002). *World Population Ageing 1950–2050*.
New York: UNO.

World Health Organization (2002). *Active Ageing: a Policy Framework*. Geneva:
WHO.