

2 FATORES SIGNIFICATIVOS NA SAÚDE MENTAL DAS PESSOAS IDOSAS

| Isabel Maria Fragoiro¹ |

RESUMO

A atenção à saúde mental (SM) das pessoas idosas é prioritária. Os problemas de SM neste grupo populacional têm aumentado sendo importante investir na prevenção e rastreio dos mesmos. Este estudo teve como objetivos caracterizar do ponto de vista da SM a população idosa da Região Autónoma da Madeira (RAM); determinar as prevalências das situações de SM positiva e negativa e avaliar a influência positiva (protetora) ou negativa (de risco) de certos fatores pessoais e do meio na SM. Foi um estudo transversal no qual participaram 342 pessoas com 65 e mais anos, dos dois géneros, residentes na comunidade. Destes 67,0 % apresentaram SM positiva. A probabilidade da SM ser mais positiva era 2,5 vezes superior quando possuíam 1 a 11 anos de escolaridade (OR = 2,5 IC 95% 1,3 - 4,8); 0,3 vezes inferior nas mulheres (OR = 0,3 IC 95% 0,1 - 0,6), nos idosos com redes sociais muito limitadas (OR = 0,3 IC 95% 0,1 - 0,9) e nos que percecionavam a saúde como razoável ou pior (OR = 0,3 IC 95% 0,1 - 0,9). Era menor 0,5 vezes quando percecionavam a saúde como pior comparativamente aos pares (OR = 0,5 IC 95% 0,3 - 0,9), e 0,3 vezes comparativamente à detida um ano antes (OR = 0,3 IC 95% 0,2 - 0,6). Era 0,1 vez inferior (OR = 0,1 IC 95% 0,1-0,7) nos idosos com limitações físicas para satisfazerem necessidades próprias. Estes fatores devem considerar-se na promoção da SM e na prevenção de perturbações da mesma.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas idosas; Saúde mental; Fatores risco; Prevenção primária

RESUMEN

“Factores significativos en la salud mental de los ancianos”

La atención de salud mental (SM) de las personas mayores es una prioridad. Los problemas de la SM en esta población se han incrementado y es importante invertir en la prevención y la detección de ellos. Este estudio tuvo como objetivo caracterizar la SM de la población de ancianos de la Región Autónoma de Madeira (RAM) y determinar la prevalencia de casos de SM positiva o negativa además de evaluar la influencia positiva y negativa (de protección o riesgo) de los factores personales y del entorno en el SM. Un estudio transversal en el que participaron 342 personas de más de 65 años, de ambos los sexos, que viven en la comunidad. De estos 67,0 % tenían SM positiva. La probabilidad de la SM ser más positiva fue de 2,5 veces mayor cuando tenían 1 a 11 años de educación (OR = 2,5 IC 95%: 1,3 a 4,8), 0,3 veces menor en las mujeres (OR = 0,3 IC del 95 %: 0,1 a 0,6) en los pacientes de edad avanzada con las redes sociales limitadas (OR = 0,3 IC 95 %: 0,1 a 0,9) y que la salud percecionavam como regular o peor (OR = 0,3 IC 95 % IC 0,1-0,9) . Fue de 0,5 veces menor que la salud percecionavam como peor en comparación con sus pares (OR = 0,5 IC 95 %: 0,3 a 0,9), y 0,3 veces en comparación con los que mantenía un año antes (OR = 0,3 IC del 95 %: 0,2 a 0,6). Fue de 0,1 veces menor (OR = 0,1 IC 95 % 0,1-0,7) en ancianos con limitaciones físicas para satisfacer sus propias necesidades. Estos factores deben ser considerados en la promoción de SM y la prevención de los trastornos de la misma.

DESCRIPTORES: Ancianos; Salud mental; Factores de riesgo; Prevención primaria

Submetido em 13-09-2014

Accite em 20-01-2015

ABSTRACT

“Significant factors in the mental health of the elderly”

Paying greater attention to the mental health (MH) of older people must be given higher priority. Taking greater notice of the mental health (MH) of the elderly must be a priority commitment. MH problems in this group have increased and it is important to invest in their prevention and detection. MH issues in this age group have increased and it is important / of the foremost importance to invest in their prevention and detection. The objectives of this study were to characterise the older population in Madeira Autonomous Region (RAM) from the MH perspective, The present study aims /aimed at the characterization of elderly population in the Madeira Archipelago/Islands from MH perspective to determine the prevalence of positive and negative MH situations, and to assess the positive (protective) or negative (risk) influence of certain particular personal and environmental factors on MH. This broad study This cross-sectional study was based on a representative sample of people aged 65 years or older (n=342), of both sexes both genders resident in the community. Of these, 67,0% had positive MH. The probability of having a more positive MH was 2,5 times greater when they had 1 to 11 years of schooling (OR=2,5 CI 95% 1,3-4,8); and 0,3 times lower in women (OR=0,3 CI 95% 0,1-0,6), in those with very limited social networks (OR=0,3 CI 95% 0,1-0,9) and in those who considered their health as reasonable Those who perceived their health condition as reasonable or worse (OR = 0,3 CI 95% 0,1-0,9). This probability was 0,5 times lower for older people who considered their health as being worse than their peers 0,5 times lower for those who perceived their health condition as worse than their peers' (OR=0,5 CI 95% 0,3-0,9), and 0,3 times lower in comparison with that of a year earlier And 0,3 times lower comparing with that a year earlier (OR=0,3 CI 95% 0,2-0,6). It was 0,1 times lower (OR=0,1 CI 95% 0,1-0,7) in older people with physical limitations on dealing with their own needs. These factors should be considered in MH's promotion and in the prevention of MH disorders.

KEYWORDS: Older people; Mental health; Risk factors; Primary prevention

¹ Doutora em Saúde Mental; Professora Coordenadora na Universidade da Madeira – Centro de Competência de Tecnologias da Saúde, Campus Universitário da Penteadá, Caminho da Penteadá, 9020-105 Funchal, Portugal, ifragoiro@uma.pt

INTRODUÇÃO

Perante o aumento de perturbações da SM associado ao acréscimo da esperança de vida (WHO, 2004; Paúl, Ayis & Ebrahim, 2006) deverá continuar o investimento na promoção da Saúde Mental (SM) bem como na prevenção e deteção atempada daquelas, a fim de que as pessoas idosas beneficiem dos apoios e do tratamento adequado. A WHO (2005) consideraram este grupo populacional prioritário aos diferentes níveis da intervenção na SM.

Perspetivas veiculadas por autores como Lahtinen, Lehtinen, Riikonen & Ahonen (1999) consideram a SM positiva como a capacidade para perceber, compreender e interpretar o meio envolvente, para adaptar-se ao mesmo e para mudá-lo se necessário, para pensar, falar e comunicar com as outras pessoas, sendo a mesma determinada por quatro influências principais: fatores e experiências individuais, interações sociais, estruturas e recursos da sociedade e valores culturais. A doença mental (SM negativa) envolve um continuum que se estende das mais severas desordens mentais até uma variedade de sintomas de diferente intensidade e duração, resultando numa multiplicidade de consequências. Muitas doenças mentais são experimentadas como parte da vida quotidiana normal, e não são apresentadas para tratamento ou registadas através de estudos epidemiológicos. Estes problemas da SM diários estão correlacionados com distress psicológico e apresentam-se temporariamente como falta de motivação, dificuldades de concentração e aborrecimento. De acordo com Korkeila (2000), as pessoas com SM positiva demonstram afeto positivo e traços positivos de personalidade, considerados recursos pessoais. A SM negativa reporta-se às desordens mentais, sintomas e problemas. Heikkinen (2004) referiu-se à SM das pessoas idosas afirmando que não é apenas a ausência de doença ou sintomas, mas é um recurso intelectual e emocional que suporta o bem-estar pessoal e fortalece a integração social, para uma vida plena de sentido. Considerou que os idosos, especialmente os muito idosos, sofrem muitos stresses que aumentam o risco de desordens mentais.

Os determinantes da saúde são os fatores que favorecem ou ameaçam o estado de saúde de um indivíduo ou de uma comunidade (OMS, 2004). Podem ser de escolha individual, mas também relacionar-se com características ambientais, económicas ou sociais, para além do controlo individual. São exemplos: a classe social, o género, a etnia, o acesso à educação, a qualidade da habitação, a presença de relações de suporte na comunidade, o nível de participação social e cívica, a disponibilidade de trabalho, a qualidade do ar e o desenho das construções.

Os determinantes associados às desordens mentais são aqueles que têm uma influência causal e predisõem o aparecimento das mesmas. Os fatores de risco (OMS, 2004) associam-se ao aumento da probabilidade de aparecimento, maior gravidade e duração mais longa, dos problemas de SM. Os fatores de proteção são as condições que aumentam a resistência das pessoas aos fatores de risco e às desordens. Muitas vezes, é a concomitância de um conjunto de fatores de risco e dos seus efeitos e a ausência de fatores protetores, bem como a inter-relação de ambos, que predisõem ao desenvolvimento de problemas de SM ou à preservação da mesma.

Nos mais idosos, a vulnerabilidade acrescida para as perturbações mentais, deve analisar-se à luz dos variados fatores pessoais e ambientais, percecionados como fatores de stresse (OMS, 2004; Moos, Scutte, Brenner & Moos, 2005).

O género, o nível de escolaridade, o decréscimo das capacidades funcionais, problemas de saúde (Prince, Harwood, Thomas & Mann, 1997), as perdas, a reforma (Paúl e Fonseca, 2005), a diminuição de capacidades económicas (Pinquart & Sorensen, 2000), as mudanças de residência, de meio (rural vs urbano) e os estilos de vida, funcionam como fatores que alteram, aumentando ou diminuindo, a vulnerabilidade individual (OMS, 2004).

De acordo com Heikkinen (2004), entre os acontecimentos de vida mais habituais e stressantes nos idosos, as perdas são esperadas e têm natureza diversificada: do cônjuge, de amigos, de suporte social, de saúde, no próprio e nos relativos, a comorbilidade, o decréscimo da capacidade funcional, os problemas de memória, as perdas financeiras e a perda da dimensão do futuro.

Face às perdas potenciais, não surpreende que a velhice esteja associada a menor bem-estar (BE) do que outras etapas da vida. Porém, o BE não necessita diminuir com a idade e, nalguns estudos, os idosos apresentaram níveis mais elevados de BE e de SM que os adultos jovens (Pinquart & Sorensen, 2000).

Há muita variação no modo como as pessoas se adaptam ao envelhecimento (Smith & Baltes, 1998; OMS, 2004, Paúl e Fonseca, 2005). Um vasto conjunto de variáveis internas e externas têm sido estudadas, procurando aferir-se da sua relevância para o BE e para a SM. Uma maior compreensão das relações existentes entre diferentes variáveis e os construtos em apreço é relevante para atuarmos de modo a preservá-los.

Num contexto em que se continua a prever um aumento da população idosa e da esperança de vida, com consequente acréscimo das doenças crónicas, dependência física e psíquica nos mais idosos, os serviços de saúde e as sociedades devem preparar-se para responder às necessidades que se evidenciam. Este é um desafio implícito a uma mudança de atitude face ao envelhecimento e à SM (Fernandez-Ballasteros, 2005; OMS, 2004). Nesta conjuntura é prioritário o investimento na promoção da saúde mental nomeadamente daqueles que envelhecem. Às idades mais avançadas associa-se um risco aumentado de doenças crónicas e uma diminuição geral no bem-estar e na qualidade de vida (OMS, 2004; Paúl, Ayis & Ebrahim, 2006). A depressão é uma das perturbações mais frequentes no envelhecimento (OMS, 2004), com custos decorrentes elevados. Com frequência, as perturbações depressivas não são reconhecidas nem tratadas (Cole & Dendukuri 2003). A identificação/deteção de pessoas idosas com sintomas e síndromes depressivos na comunidade deve considerar-se uma prioridade de saúde pública (Paúl e Fonseca, 2005).

MÉTODOS

O estudo de natureza psicossocial, transversal, probabilístico e inferencial procurou responder às questões: como se caracterizam os idosos da RAM relativamente à SM; as situações de SM positivas são mais ou menos prevalentes do que as negativas; que fatores pessoais e ambientais influenciam positiva ou negativamente a SM dos idosos.

A amostra, aleatória, representativa e estratificada foi selecionada da base de dados do cartão de utente do Serviço Regional de Saúde E.P.E. da RAM. Todas as pessoas possuíam 65 e mais anos e residiam na comunidade. Dos 630 idosos selecionados 67,8% acederam participar. Destes 19,9% não integraram a amostra definitiva por apresentarem defeito cognitivo (Mini Mental State Examination). Os idosos da amostra (n=342 - 54,3%), foram contactados nas suas residências, pelas Enfermeiras dos Centros de Saúde da RAM que colaboraram no trabalho de campo. Foram entrevistados com um questionário testado no estudo piloto realizado nesta pesquisa.

Obteve-se parecer favorável da Comissão de Ética do SRS E.P.E. para a realização do estudo e o consentimento informado dos idosos que participaram.

A SM foi avaliada com o Mental Health Inventory, MHI (Veit & Ware, 1984; Ribeiro, 2000), que contempla uma dimensão mais positiva o bem-estar psicológico (BEP) e outra mais negativa o distress psicológico (DP).

Na fidedignidade o MHI obteve um Alpha de Cronbach de 0,97 idêntico ao 0,96 obtido por Ribeiro (2000) para a versão adaptada a uma amostra de jovens universitários portugueses e por Ware & Veit (1984) para a versão original.

Para medição das variáveis independentes utilizou-se a Classificação Social de Graffar, (1956); para a autonomia nas atividades instrumentais da vida diária a IADL (Lawton & Brody, 1969) e para a capacidade funcional (ABVD) o Índice de Katz (Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W., 1963.). As variáveis de caracterização demográfica bem como as perceções relativas ao rendimento, à habitação, de controlo, ocupação do tempo, os acontecimentos de vida significativos, autonomia física, perceção relacionada com a saúde, queixas de saúde ou doenças, apoios de saúde e sociais, avaliaram-se com questões formuladas para o efeito, previamente testadas no estudo piloto.

No tratamento de dados procedeu-se à análise descritiva das variáveis obtendo-se a caracterização da SM dos idosos. Para determinar as prevalências de SM mais positiva e de SM mais negativa, recorreu-se à análise de clusters (MHI é uma escala de intervalo). O método utilizado foi a distância média entre os grupos (average linkage between groups) (Pestana e Gageiro, 2005). O número de clusters-3, foi determinado com base nos Coeficientes de Determinação (o mais elevado para cada cluster). Em relação à SM agruparam-se os idosos com melhor SM; com razoável e com pior SM. Para determinar a associação entre as variáveis pessoais e ambientais com a SM, usaram-se diferentes modelos de regressão logística (MRL) (Pestana e Gageiro, 2005). Algumas variáveis com mais de dois níveis, de resposta múltipla ou contínuas, agruparam-se para ficarem com dois (dummy). No entanto, algumas mantiveram-se com mais de dois níveis, considerando-se um dos níveis o de referência, a fim de não ser perdida informação da variável relevante para análise.

As variáveis nominais não sofreram transformações. As ordinais foram transformadas da seguinte forma: rendimento mensal igual ou superior a bom/ razoável ou fraco; apoio financeiro solicita a pelo menos uma pessoa/não solicita; habitação igual ou superior a boa/razoável ou fraca; ocupação do tempo no dia-a-dia pelo menos uma atividade/sem ocupação; capacidade física para satisfazer necessidades pessoais sem limitação/com limitação; AIVD sem autonomia/com autonomia; perceção de saúde no presente razoável

ou pior/boa ou muito boa; saúde relativa (comparada com a dos outros idosos e com a detida um ano antes) não sabe ou pior/idêntica ou melhor; queixas de saúde ou doenças presença 1 queixa, 2-3 queixas, 4-5 queixas, \geq a 6 queixas e ausência de queixas. Em relação à rede social (variável contínua) pontuação $<$ a 20 (Lubben, 1988) considerou-se que era muito limitada e \geq a 20 menos limitada. A variável endógena SM foi transformada em dummy, sendo a melhor SM o grupo de referência. Com pior SM consideraram-se aqueles com SM razoável ou pior na análise de clusters. Introduziram-se as potenciais variáveis explicativas uma a uma, testando se podiam ou não ser incluídas no MLR, optando-se pelo método Forward: LR (variáveis não ajustadas). Quando obtidos valores de prova inferiores a 0,05, a hipótese nula de que a variável exógena (VI) não contribuía para explicar a variável endógena (VD) foi rejeitada, sendo aquela integrada numa segunda etapa no MLR, com introdução conjunta das variáveis exógenas selecionadas (variáveis ajustadas), utilizando-se o método Backward: LR.

RESULTADOS

Na amostra as mulheres (66,4%) predominavam. A classe etária dos 65–74 anos incluiu mais idosos (64,9%) e a daqueles com idade \geq 85 anos apenas 3,5%. A idade = 72,6 anos com um = 5,77. No Funchal residiam 44,4% dos idosos e noutros concelhos 55,6%. Os reformados (78,1%) e os que detinham 1 a 11 anos de escolaridade (58,2%) prevaleciam. O analfabetismo predominou nas mulheres (65,2%). Dos idosos 44,4% eram de classe social V.

Foram encontrados níveis mais positivos nas diferentes dimensões da SM. Prevalências: SM positiva 67,0%, BEP elevado 24,3% e médio 43,6%. Apenas 3,2% apresentaram DP mais elevado e 18,4% médio. Com depressão maior (subdimensão do DP) identificaram-se 0,3% dos idosos e com nível médio 8,8%. Após seleção das possíveis variáveis explicativas para as variações na SM (variável endógena), com base no referencial teórico (3ª coluna das tabelas nº 1 e 2), constituíram-se dois modelos de regressão logística (MLR) distintos, que foram testados.

O enfoque do 1º MLR (Tabela 1) colocou-se nas capacidades próprias do idoso, físicas, de saúde e instrumentais bem como na perceção relativa à ocorrência de acontecimentos significativos e ainda nas características da rede social e apoios específicos. Analisou-se a relação das capacidades físicas e da saúde, com a disponibilidade de apoios específicos e a SM.

Tabela 1 - Associação das variáveis explicativas com a saúde mental – 1º Modelo de Regressão Logística

	n	OR não ajustados (IC 95%)	OR ajustados (IC 95%)	Valor-p
Género				
Masculino	115			
Feminino	227	0,2 (0,1-0,4)*	0,3(0,1-0,6)*	0,001*
Nível de escolaridade				
Superior a 11 anos	10			
Analfabeto	133	0,6 (0,4-1,0)	1,2(0,6-2,3)	0,668
De 1 a 11 anos	199	1,4 (0,9-2,4)	2,5(1,3-4,8)*	0,008*
Estado civil				
Casado	186			
Solteiro	32	1,5 (0,6-3,7)	1,4(0,5-4,1)	0,538
Viúvo	118	1,3 (0,6-2,7)	1,2(0,5-3,0)	0,650
Separado	3	0,5 (0,1-3,3)	1,8(0,2-14,9)	0,584
Divorciado	3	0,5 (0,1-3,3)	0,2(0,0-2,3)	0,216
Rede Social				
Muito limitada	38	0,3 (0,2-0,6)*	0,3(0,1-0,9)*	0,024*
Ocorrência de acontecimentos de vida significativos				
Não ocorreram	178	1,6 (1,0-2,5)*	0,8(0,4-1,6)	0,525
Sofreu desgostos	149	0,5 (0,3-0,8)*	0,6(0,3-1,2)	0,155
Capacidade física para satisfazer necessidades sem limitação				
Com limitação	32	0,1 (0,1-0,3)*	0,3(0,1-0,7)*	0,013*
Presença de autonomia Instrumental				
Não autónomo	188	0,6 (0,4-0,9)*	0,8(0,4-1,6)	0,558
Perceção relacionada com a saúde positiva				
Saúde no presente: razoável ou pior	274	0,2 (0,1-0,4)*	0,3(0,1-0,9)*	0,030*
Comparada com as outras pessoas: não sabe ou pior	105	0,2 (0,2-0,4)*	0,5(0,3-0,9)*	0,023*
Comparada com a detida há 1 ano atrás: não sabe ou pior	118	0,2 (0,1-0,3)*	0,3(0,2-0,6)*	0,000*
Queixas de saúde ou doenças: ausência				
1 queixa	97	1,8 (1,0-3,3)	1,7(0,8-3,5)	0,161
2-3 queixas	172	1,0 (0,6-1,7)	1,5(0,8-2,8)	0,260
4-5 queixas	54	0,4 (0,2-0,7)*	0,5(0,2-1,1)	0,079
\geq 6 queixas	6	0,5 (0,1-1,9)	1,3(0,3-5,9)	0,706
Apoios de serviços de saúde				
Está medicado	307	0,3 (0,1-0,8)*	0,8(0,2-2,9)	0,697

Após análise com as variáveis explicativas ajustadas (4ª coluna da tabela nº1), verificou-se que a probabilidade da SM ser mais positiva era inferior nas mulheres (OR = 0,3 IC 95% 0,1 - 0,6) e nos idosos com redes sociais muito limitadas (OR = 0,3 IC 95% 0,1 - 0,9). Era menor quando não sabiam ou percecionavam a saúde como pior do que os pares (OR = 0,5 IC 95% 0,3 - 0,9) e a comparavam há detida

um ano antes (OR = 0,3 IC 95% 0,2 - 0,6). Era inferior (OR = 0,1 IC 95% 0,1-0,7) se tinham limitações físicas para satisfazer as necessidades próprias. A probabilidade de SM mais positiva era superior naqueles com 1 a 11 anos de escolaridade (OR = 2,5 IC 95% 1,3 - 4,8). O Nagelkerke R Square = 44,2%. No 2º MRL (Tabela 2) o enfoque foi colocado em variáveis relativas à percepção do idoso sobre condicionantes externas: económicas, habitacionais e capacidades detidas para lidar com as circunstâncias diárias, controlando-as. A rede e apoios dos serviços sociais analisaram-se como possíveis fontes de suporte.

Tabela 2 - Associação das potenciais variáveis explicativas com a saúde mental – 2º Modelo de Regressão Logística

	n	OR não ajustados (IC 95%)	OR ajustados (IC 95%)	Valor-p
Género				
Masculino	115			
Feminino	227	0,2 (0,1-0,4)*	0,3(0,2-0,7)*	0,005*
Nível de escolaridade				
Superior a 11 anos	10			
Analfabeto	133	0,6 (0,4-1,0)	1,0(0,5-1,8)	0,883
De 1 a 11 anos	199	1,4 (0,9-2,4)	2,4(1,3-4,7)*	0,008*
Estado civil				
Casado	186			
Solteiro	32	1,5 (0,6-3,7)	2,0(0,7-5,8)	0,213
Viúvo	118	1,3 (0,6-2,7)	1,8(0,7-4,5)	0,220
Separado	3	0,5 (0,1-3,3)	0,6(0,1-5,7)	0,690
Divorciado	3	0,5 (0,1-3,3)	0,2(0,0-2,9)	0,252
Percepção acerca do rendimento auferido positiva				
Razoável ou fraco	304	0,2 (0,0-0,5)*	0,1(0,0-0,6)*	0,009*
Percepção acerca da habitação positiva				
Razoável ou fraca	154	0,4 (0,3-0,7)*	0,7(0,4-1,2)	0,178
Rede Social				
Muito limitada	38	0,3 (0,2-0,6)*	0,4(0,2-0,9)*	0,024*
Percepção de controlo				
Não controla a sua vida	26	0,2 (0,1-0,5)*	0,5(0,0-6,1)	0,591
Não decide a sua vida	30	0,3 (0,2-0,7)*	2,1(0,2-20,8)	0,541
Não decide o que quer fazer	30	0,2 (0,1-0,4)*	0,7(0,2-1,8)	0,412
Outros decidem da sua vida	49	0,4 (0,2-0,8)*	0,5(0,1-2,4)	0,417
Capacidade para se deslocar sem apoio				
Em casa: com apoio	35	0,2 (0,1-0,3)*	0,7(0,2-3,1)	0,692
Na rua: com apoio	53	0,2 (0,1-0,3)*	0,3(0,1-0,9)*	0,036*
Presença de autonomia Instrumental				
Não autónomo	188	0,6 (0,4-0,9)*	0,8(0,4-1,4)	0,417
Apoios de serviços sociais				
Recebe	27	0,2 (0,1-0,4)*	0,3(0,1-1,0)*	0,045*

Em síntese, o modelo focalizou-se na interação entre a percepção de controlo do idoso, as condições sócio económicas e a SM.

Os resultados com variáveis ajustadas (4ª coluna da tabela nº 2), permitem afirmar que a probabilidade da SM ser mais positiva era menor nas mulheres (OR = 0,3 IC 95% 0,2 - 0,7), inferior nos que percecionavam o rendimento como razoável ou fraco (OR = 0,1 IC 95% 0,0 - 0,6) e quando a rede social era muito limitada (OR = 0,4 IC 95% 0,2 - 0,9). Ter limitações físicas deslocando-se na rua apenas com apoio, diminuía a probabilidade de SM mais positiva (OR = 0,3 IC 95% 0,1 - 0,9), sendo idêntica a diminuição se auferiam apoio dos serviços sociais (OR = 0,3 IC 95% 0,1 - 1,0). Uma probabilidade superior de SM positiva determinou-se naqueles com 1 a 11 anos de escolaridade (OR = 2,4 IC 95% 1,3 - 4,7). O Nagelkerke R Square = 37,3% foi menor ao do 1º MLR e a variação da SM explicada inferior.

DISCUSSÃO

Na amostra as mulheres (66,4%) predominavam à semelhança da percentagem superior de idosas (65 e mais anos) residentes na RAM (62,6% – Censos 2001). Com 65–74 anos eram 64,9% idosos e com idades ≥ 85 anos apenas 3,5%, o que não surpreendeu face aos idosos das mesmas classes etárias residentes na RAM. As perdas acentuaram-se nas idades mais avançadas: 65-74 - 23,3%; 75-84 - 26,1%; com idade ≥ 85 anos 56,8%.

Os reformados prevaleceram (78,1%). A passagem à reforma supõe um processo de transição-adaptação (Paúl e Fonseca, 2005). Para alguns é uma oportunidade para concretização de expectativas e objetivos adiados, com aumento do investimento na vida, de satisfação pessoal e da autoestima. Para outros a adaptação é difícil, significando perda de oportunidades pessoais e sociais e originando sofrimento (Paúl e Fonseca, 2005).

Dos inquiridos 44% pertenciam à classe social muito baixa, sendo a percentagem de mulheres elevada (53,3). Em muitas sociedades as mulheres continuam com estatuto social menor e acesso limitado a oportunidades para o desenvolvimento saudável (OMS, 2004). Têm trabalhos menos gratificantes e menor educação. Há anos atrás, as desigualdades eram marcantes, situação que esteve presente na vida das idosas deste estudo, repercutindo-se nas condições sócio-económicas e nível de escolaridade. São circunstâncias que suscitam maior vulnerabilidade na SM das mulheres (Smith & Baltes, 1998).

Com SM mais positiva identificaram-se 67,0% dos idosos. No BEP, dos três níveis definidos, o médio foi o prevalente em 43,6% dos idosos. Os resultados corroboram os de outros estudos (OMS, 2004; Fernandez-Ballasteros, 2005; Paúl e Fonseca, 2005) que afirmam que a velhice é uma etapa do ciclo de vida em que os idosos mantêm, durante longo tempo, as competências e capacidades adaptativas para se desenvolverem, sentindo-se úteis e com valor próprio. A evidência de que maioritariamente possuíam um nível positivo de SM, comprova que a velhice não é sinónimo de doença.

Nas dimensões negativas da avaliação à SM, o nível mais elevado de DP surgiu com uma prevalência de 3,2%, menor que a de 20,0% encontrada por Paúl et al. (2006), num estudo à população idosa inglesa. No entanto, considerados os 18,4% de inquiridos que apresentaram no presente estudo um nível médio de DP, os valores aproximam-se. Nos fatores influentes na SM, o género feminino associou-se significativamente à SM mais negativa, o qual na revisão efetuada surgiu como fator de risco para SM mais negativa, maior suscetibilidade para menor BEP e depressão (Prince et al., 1998; Cole & Dendukuri, 2003). A maioria dos idosos com SM mais positiva possuía rede social menos limitada, o que se tem evidenciado como fator protetor da SM, do BEP e do envelhecimento bem-sucedido (OMS; 2004; Pinquart & Sorensen, 2000). Redes sociais limitadas não favorecem SM positiva e redes sociais que facultam apoio e suporte são protetoras, em situações de maior vulnerabilidade e risco. Os acontecimentos de vida negativos (desgostos) influenciam negativamente os idosos. As limitações na capacidade física para satisfazer necessidades diárias (Prince et al., 1997); e a perceção de saúde mais negativa aumentaram significativamente a probabilidade de pior SM. Esta perceção resultou da comparação que os idosos efetuaram da saúde presente com a detida no ano anterior: dos 48% que referiram acontecimentos de vida significativos no ano prévio, 84,8% foram negativos, prevalecendo os relativos à saúde (45,5%), resultados que corroboraram os de outras pesquisas. As limitações na saúde física, a presença de queixas ou doenças na sua relação com o DP e a depressão têm-se evidenciado com associação significativa (Prince et al., 1997; Prince et al. 1998, Paúl et al., 2006).

No 2º MRL a perceção pelos idosos de um rendimento mensal fraco aumentou a probabilidade de SM pior, o que é coerente com a evidência de que dificuldades económicas e pobreza são fatores de risco para a SM (Pinquart & Sorensen, 2000; OMS, 2004).

Receber apoio dos serviços sociais aumentou a probabilidade de SM mais negativa. O apoio principal era a ajuda domiciliária, admitindo-se que na circunstância os idosos estivessem mais limitados para satisfazerem sem ajuda as suas ABVD e IADL, fatores que podem ter funcionado como variáveis estranhas. A influência negativa do apoio social não era exatável, dada a evidência do mesmo como fator de proteção (OMS,2004). Nos dois MLRs verificou-se uma influência positiva da escolaridade na SM (1 a 11 anos de escolaridade/analfabetos) o que corrobora que quando mais elevada é a escolaridade maior é a proteção para a SM, contribuindo para o envelhecimento ativo e bem-sucedido (OMS, 2002).

CONCLUSÕES

Caracterizou-se a SM da população idosa da RAM como mais positiva, determinaram-se as prevalências de BEP bem como de DP bem como a probabilidade de influência positiva ou negativa dos fatores pessoais ou ambientais na SM. Dos fatores analisados no 1º e 2º MRLs a probabilidade de influência positiva na SM associa-se significativamente à escolaridade mais elevada. A probabilidade de influência negativa na SM associa-se no 1º MRL: ao género feminino, a rede social muito limitada, à perceção de saúde como razoável ou pior comparativamente à detida no ano anterior. No 2º MRL associa-se significativamente à perceção de rendimento fraco e na situação em que os idosos auferiam apoio domiciliário dos Serviços Sociais. Os fatores do 1º MLR explicam em 44,2% as variações verificadas na SM e a conjugação dos fatores no 2º MLR 37,3% das respetivas variações.

Implicações para a prática: Face às conclusões recomenda-se o acompanhamento da SM da população idosa através da ação conjugada dos organismos intervenientes na comunidade e dos profissionais de saúde. Consideração dos fatores influentes na SM integrando-os nos programas educativos, de saúde e sociais dirigidos aos grupos com mais idade, promovendo os que favorecem a SM e reduzindo os de risco.

Enfatiza-se o contributo primordial das equipas de saúde que atuam nos cuidados de saúde primários na atenção redobrada à avaliação da SM das populações e na deteção dos fatores e sinais que indicem risco acrescido para perturbações da SM. A articulação entre os profissionais dos cuidados primários de saúde e as equipas diferenciadas na intervenção em SM é essencial para proporcionar aos idosos respostas ajustadas às necessidades de cuidados que se evidenciam mais complexas.

Salientam-se neste contexto, os 19,9% de idosos que não integraram a amostra por serem identificados com defeito cognitivo, para os quais recomendamos uma intervenção na área da SM mais diferenciada. Muitos outros encontram-se na comunidade e necessitam de cuidados. Sublinhe-se a oportunidade de estudos epidemiológicos regulares à SM da população idosa e aos determinantes da SM que possibilitem monitorizar/avaliar a respetiva evolução.

Será de todo o interesse a divulgação do trabalho à comunidade científica e técnica nacional e internacional enfatizando a importância da promoção da SM da população idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cole, G. M., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: Systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1147-1156.

Fernandez-Ballasteros, R., Caprara, M. G., & Garcia, L. F. (2005). Vivir con vitalidad – a European multimedia programme. *Psychology in Spain*, 9(1), 1-12.

Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courrier*, 6, 455-459.

Heikkinen, R. L. (2004). Mental health of older people. WHO. European Ministerial Conference of Mental Health. Facing the challenges, Building Solutions.

Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged: The index of ADL - a standard measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919.

Korkeila, J. J. A. (2000). *Measuring aspects of mental health*. Stakes Publisher.

Lahtinen, E., Lehtinen, V., Riikonen, E., & Ahonen, J. (1999). *Framework for promoting mental health in Europe*. Helsinki: Stakes.

Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.

Lubben, N. (1988). Assessing social network among elderly population. *Family Community Health*, 11, 42-52.

Moos, R. H., Scutte, K. K., Brenner, P. L., & Moos, B. S. (2005). The interplay between life stressors and depressive symptoms among older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 60, 199-206.

Paúl, C., Ayis, S., & Ebrahim, S. (2006). Psychological distress, loneliness and disability in old age. *Psychology, Health & Medicine*, 11(2), 221-232.

Paúl, C., & Fonseca, M. F. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Descobrimos a regressão com a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Gráfica Manuel A. Pacheco.

Pinquart, M. J., & Sorensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective wellbeing in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15, 187-207.

Prince, M. J., Harwood, R. H., Thomas, A., & Mann, A. H. (1998). A prospective population-based cohort study of the effects of disablement and social milieu on the onset and maintenance of late-life depression. The Gospel Oak Project VII. *Psychological Medicine*, 28, 337-350.

Prince, M. J., Harwood, R. H., Thomas, A., & Mann, A. H. (1997). Impairment, disability and handicap as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychological Medicine*, 27, 311-321.

Ribeiro, J. L. P. (2000). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2(1), 77-99.

Skoog, I. (2004). Psychiatric epidemiology of old age: H70 study the nape lecture 2003. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 109, 4-18.

Smith, J., & Baltes, M. M. (1998). The role of gender in very old age: Profiles of functioning and every day life patterns. *Psychology and aging*, 13, 676-695.

Veit, C., & Ware, J. (1984). The structure of psychological distress and well-being in general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730-742.

World Health Organization (2004). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options*. Geneva.

